LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'EDITION

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

QUATRE-VINGT-DIX-HUITIÈME ANNÉE

1925

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : 49, RUE SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS (6e)

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1925

N° 1. — JEUDI 1er & SAMEDI 3 JANVIER 1925. 98e ANNÉE. JEUDI 1er & SAMEDI 3 JANVIER 1925. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — La date d'ouverture de la session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie est fixée au 19 janvier 1925.

Les dates des compositions sont fixées ainsi qu'il suit pour les différentes sections :

Médecine : 19 janvier 1925.

Chirurgie et obstétrique : 21 janvier 1925.

Anatomie, histologie, histoire naturelle, médicale et parasitologie; physiologie, chimie, physique, histoire naturelle pharmaceutique, pharmacie : 23 janvier 1925.

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition doit être faite dans une séance particulière de trois heures. (*J. O.*, 30 déc. 1924.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 2 mars 1925, pour l'admission aux emplois de médecins chefs de service dans les asiles publics d'aliénés et les asiles privés faisant fonction d'asiles publics.

Le nombre des postes mis au concours est fixé à six.

Les candidats qui désirent participer au concours devront adresser au ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leur diplôme de docteur en médecine, des pièces établissant l'accomplissement de leurs obligations militaires, des pièces justificatives de leurs états de service et de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux et du dépôt de leurs publications.

Les candidatures seront reçues au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, 1er bureau de la direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 7, rue Cambacérès, jusqu'au 10 février 1925 inclus.

Chaque postulant sera informé par lettre individuelle de la suite donnée à sa demande. (*J. O.*, 30 déc. 1924.)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique est convoqué en session ordinaire le 19 janvier 1925. La durée de la session sera de quatre jours.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Marine. — *Au grade de commandeur.* — MM. le médecin général Bonain; le médecin en chef de 1re classe de réserve Nollet.

Au grade d'officier — M. le médecin principal Goere.

Guerre. (Active.) — *Au grade de commandeur.* — MM. les médecins inspecteurs Vitoux, Niclot et Hazard, M. le médecin principal Malafosse.

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Dargein, Peldmuller, Briole, Dugrais, Spire, Baills, Donet, Sacquépée, Prat, Raymond, Vendeuvre, Guilhaumon, Cuny, de l'armée métropolitaine. MM. les docteurs Fraissinet, Dagorn, Cartron, Kérandel, Renault et Pic de l'armée coloniale.

GUERRE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Malaval, Bory, Sallet.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Peltier, Dickson, Drevet, Desse, Poirée, Jude, Gay-Bonnet.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Lambert des Cilleuls, Truchetet, Laurens, Letang, Curet, Guichard, Badie, Trucy, Baur, Marchal, Demerliac, Monziols, Salinier, Jacques, Gabrielle, Floquet, Bovier-Lapierre, Saffores.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Louis, Drouard, Vandembeusche, Tondeur, Cherfils, Trarieux, Guéghen, Géral, Gleize, Besse, Picout-Laforet, Andrieu, de Verbizier, Cordier, Curie, Ambrogi, Daigre, Gauthier, Mathey-Doret, Malafosse, Jeannest, Leconte, Adisson, Le Mitouard, Habert, Tisné, Villain.

— Corps de santé des troupes coloniales. — Sont promus dans le service de santé des troupes coloniales :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Dhoste, Saujeon, Niel.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Caccavelli, Charenton, Robic.

— Service de santé. — Sont nommés dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. — MM. les médecins sous-aides-majors Auprêtre de Lagenest,

Bouchet, Cadenat, Chevallier, Desplans, Demelin, Dumemes, Guibal, Haushalter, Jamet, Marchand, Mathieu, Morel, Pagès, Pagon, Puech, Ricard, Saunier, Spinetta, Vacheron, Veyrier, Villa, Volle, Winnaert.

MM. les médecins auxiliaires Abitboul, Alazard, Alibert, Alméras, Audibert, Augier, Bal, Bazelis, Benoit, Berger, Bertin, Billa, Bisserié, Boba, Bouvier, Brochand d'Auferville, Campionet, Chassaigne, Chavannaz, Chevallier, Crettiez, Crocy, Croquefer, Derien, Desplans, Doby, Dufour, Duhail, Dupont, Enselme, Fortier, Galle, Galy, Ganascia, Garrigues, Grimaldi, Gros, Guerry, Guy, Hillairet, Husson, Isbecque, Jacquet, Jacquet-Francillon, Janot, Juquelier, Kersenté, Lamblin, Laurette, Lauze, Lefebvre (G.-S.-J.), Lefebvre (J.-F.-M.), Lepoutre, Lévy, Luscan, Maître, Maizilly, Marlaud, Martel, Montassut, Morlot, Paillet, Perrin (J.), Perrin (P.), Planchon, Peretti, Porte, Pruvot, Randavel, Reumaux, Rolland, Rousset, Rouzé, Toubert, Turquand, Vincenti, Waterlot, Weiss, Zimero.

LE STATUT DES OFFICIERS DE RÉSERVE. — Le Sénat vient d'adopter sans modification la loi sur l'organisation des cadres des réserves votée le 25 mars 1924 par la Chambre des députés.

Nous avons longuement étudié cette loi dans le numéro 33 de la *Gazette des hôpitaux* (22 avril 1924).

Qu'il nous suffise de rappeler que l'identification entre les officiers de réserve et ceux de l'armée active devient aussi complète que possible.

En ce qui concerne les médecins il n'y a plus d'*assimilés des services*, il n'y a plus que des officiers de réserve.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 janvier 1925, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « La gangrène gazeuse », par M. Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux, et par le médecin inspecteur Sacquépée, professeur à l'Ecole d'application du Val-de-Grâce.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical, à 19 heures précises (tenue civile, prix : 22 fr.), au Cercle militaire.

Prière d'envoyer son adhésion au secrétaire général avant le 15 janvier avec le nom et l'adresse très lisibles, si l'on veut être assuré d'un couvert.

LES MÉDECINS DE THÉATRE. — Le Conseil municipal de Paris vient d'adopter à l'unanimité le projet de délibération suivant que lui proposait M. Fleurot :

« Le Conseil,

Considérant que l'intérêt du public exige dans les salles de spectacle la présence d'un médecin susceptible d'intervenir pour des cas d'extrême urgence;

Invite M. le préfet de police à maintenir le *statu quo* dans le fonctionnement du service médical et à surveiller rigoureusement l'exécution de l'ordonnance du 10 août 1908, notamment en ce qui concerne l'aménagement, dans chaque théâtre, du cabinet médical et de la boîte de secours. »

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE PSYCHOLOGIE PATHOLOGIQUE. — Des conférences sur des sujets de psychologie pathologique seront faites toutes les semaines, à 21 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à partir du mercredi 7 janvier 1925 et continueront tous les mercredis, à la même heure.

Sujets traités. — *7 janvier.* — M. Pierre Janet. L'angoisse et la peur de l'action.

14 janvier. — M. Lhermitte. Psychophysiologie du lobe frontal.

21 janvier. — M. Laignel-Lavastine. Les troubles sexuels d'origine sympathique.

28 janvier. — M. Claparède. Le point de vue biologique ou psychopathologique.

4 février. — M. Mignard. Les troubles de la spontanéité mentale.

11 février. — M. Rogues de Fursac. Le spleen.

18 février. — M. Levy Bruhl. La mentalité primitive.

25 février. — M. Wallon. La mentalité épileptique.

3 mars. — M. Blondel. Psychologie pathologique et sociologie.

10 mars. — M. Pieron. La douleur.

17 mars. — M. G. Dumas. Les maladies nerveuses expressives.

24 mars. — M. Delacroix. Le lapsus et le trouble de la pensée verbale.

31 mars. — M. H. Claude. L'activité psycho-motrice sous-corticale.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Agenda P.-L.-M. pour 1925.* — Digne de ses devanciers et plus artistique encore, l'Agenda P.-L.-M. pour 1925 comporte des contes, nouvelles, chroniques rétrospectives et d'actualité, 600 compositions et croquis de paysages, 16 illustrations hors texte en couleurs, 12 cartes postales héliogravées, un roman inédit.

Son succès auprès du public va sans cesse grandissant, et l'on ne saurait trop engager les personnes désireuses d'acquérir ce recueil annuel à se le procurer, avant l'épuisement du tirage, en s'adressant à l'Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, aux agences de voyages, Grands Magasins à Paris et dans les bureaux et bibliothèques du réseau P.-L.-M. — Prix : 7 francs.

Envoi à domicile contre mandat-poste (8 fr. 90 pour la France et 10 fr. 75 pour l'étranger) adressé au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 5 JANVIER AU 10 JANVIER 1924)

Lundi 5 janvier. — Jury : MM. Roger, président; Balthazard, Labbé (M.) et Couvelaire. — M. BRETTMAN (J.). Les rayons ultraviolets. — M. PAGÉ (A.). Hydrocéphalie congénitale et syphilis héréditaire. — M. GALLOT (J.). Traitement de la syphilis dans les maternités. — M. WACHTEL (F.). Etude de l'électrocution accidentelle. — M. THÉPÉNIER (A.). Les sucres du sang, leurs dosages, etc.

Mardi 6 janvier. — Jury : MM. Lejars, président; Brindeau, Duval et Vaudescal. — M. FLIPO (M.). Les amputations ostéo-plastiques du genou. — M. ROBINSON (Ed.). Etude du plombage des os par la masse de Delbet. — M. ROBLOT (M.). Etude sur l'heure à laquelle accouchent les femmes. — M. PAIN. Le neuro-vaccin.

Jury : MM. Teissier, président; Carnot, Bezançon et Nobécourt. — M. SOULLIER (J.). Etude de l'hémoglobinurie. — M. COFFIN (P.). Etude des abcès du poumon. — M. SEPCHAT (E.). La cure hydrominérale d'altitude du Mont-Dore. — M. SÉGUIN. La paralysie infantile.

Mercredi 7 janvier. — Jury : MM. Roger, président; Robin, Petit, Dechambre et Moussu. — M. COZETTE. De la responsabilité des Compagnies de chemin de fer dans le transport des animaux. — M. GOLVAN. La castration des vaches laitières. (Thèses vétérinaires.)

Jeudi 8 janvier. — Jury : MM. Chauffard, président; Achard, Claude et Fiessinger. — Mme HENRY (M.). Sur un cas de fièvre aseptique d'origine encéphalopathique. — M. JAUBERT (A.). L'immunité locale et ses applications. — M. YACOVLEV. Association pithiato-organique. — M. SOUN (M.). Les troubles psycho-sensoriels d'ordre visuel.

REVUE GÉNÉRALE

GANGRÈNE SÉNILE

Par Henri REDON et Adrien HARBURGER,
Internes des hôpitaux de Paris.

Définition. — La gangrène sénile est une affection liée à la sénilité des artères, elle est par conséquent fréquente chez les vieillards athéromateux, sans être exceptionnelle chez les sujets encore jeunes.

C'est une mortification en masse des tissus privés de leur apport sanguin normal. Elle est localisée le plus souvent au niveau des extrémités et plus particulièrement du membre inférieur. Débutant par une simple nécrobiose, elle évolue avec un minimum d'infection et représente le type de la gangrène sèche. Elle peut s'infecter *secondairement* et se transforme en gangrène humide.

Historique. — L'existence de la gangrène sénile remonte à la plus haute antiquité (Ramond). Dans les temps modernes, on sait que Louis XIV, Louis XVIII sont morts de gangrène sénile. L'affection semble avoir été étudiée pour la première fois par Fabrice de Hilden au XVIIe siècle ; au XVIIIe, l'Anglais Pott en a laisssé une excellente description clinique. Plus près de nous, François en 1832 lui consacrait une monographie. Depuis de nombreux points ont été élucidés par différents auteurs français et étrangers; il faut insister particulièrement sur la méthode oscillométrique du professeur Pachon et sur les travaux de son élève Jeanneney.

Étiologie. — Due à des lésions d'artérite chronique oblitérante, la gangrène sénile apparaît chez des sujets prédisposés et se localise en des points d'élection.

A. **Causes générales.** — 1. *Sexe.* — La gangrène sénile apparaît plus particulièrement chez l'homme : 20 cas chez l'homme contre 1 chez la femme (Pott).

2. *Race.* — Elle est très fréquente chez les Japonais et les Israélites.

3. *Age.* — La gangrène sénile est par définition une affection des vieillards. Exceptionnelle avant la soixantaine pour la plupart des auteurs, on peut pour Lejars la rencontrer chez des sujets relativement jeunes.

4. *Conditions sociales.* — Résultat de toutes les intoxications quelles qu'elles soient, la gangrène sénile a longtemps été considérée comme la « gangrène des riches » (Jean Roy); cependant, on la rencontre fréquemment dans les services hospitaliers.

5. *Terrain.* — Les intoxications par l'alcool, par le plomb sont parfois relevées dans les antécédents des malades.

Le *tabac* a été plus particulièrement incriminé (Chauffard, Heitz) et certains auteurs ont eu à faire dans la moitié des cas à de grands fumeurs (50, 60 cigarettes par jour) (Heitz).

La syphilis, par contre, ne semble pas devoir être particulièrement en cause. Mais ce que l'on relève toujours chez ces malades c'est l'hypertension accompagnée ou suivie d'artériosclérose et d'athérome, celui-ci n'étant qu'un degré plus avancé de celle-là.

B. **Causes locales.** — La gangrène sénile se localise avec prédilection aux extrémités plus particulièrement aux membres inférieurs (c'est la forme classique); et sur ceux-ci au niveau de la face dorsale des orteils. Elle est beaucoup plus rare aux membres supérieurs, exceptionnelle au niveau du lobule de l'oreille, du nez.

On a parfois retrouvé des antécédents lointains de gelure. Dans la règle, la gangrène sénile apparaît spontanément, mais on peut retrouver parfois un traumatisme local minime, coup, écorchure, brûlure.

C. **Causes déterminantes.** — C'est l'oblitération d'un tronc artériel de gros calibre par rétrécissement de sa lumière et formation à ce niveau d'un thrombus secondaire.

Cette oblitération est unilatérale le plus souvent et bien que l'artériosclérose atteigne tout le système artériel. En outre (Bergé, in thèse Lefèvre), la gangrène n'accompagne pas fatalement cette oblitération dans la règle progressive, et à laquelle remédie la circulation collatérale. Cependant, on peut se demander pourquoi la gangrène apparaît au niveau d'un seul membre et comment l'oblitération d'un gros tronc artériel peut n'entraîner qu'une nécrose aussi minime.

Enfin, il faut remarquer que la gangrène siège en des points toujours les mêmes, d'une vitalité anatomique faible et peut-être la circulation de la face dorsale du pied pourrait-elle expliquer cette localisation élective.

Anatomie pathologique. — 1. **Macroscopique.** — Le membre, dans son ensemble, est diminué de volume. Les téguments sont blafards, marbrés de taches livides. La plaque de gangrène elle-même est noire, dure, parcheminée, sèche, comme momifiée. Au bout de quelque temps elle se ratatine. Dans l'ensemble, qu'elle siège sur un orteil, ou s'étende au pied, la forme extérieure du membre est conservée. A la coupe, on constate la disparition de la graisse sous-cutanée (Ramond) qui semble avoir infiltré les autres éléments et les baigne. Les vaisseaux sont aplatis, les muscles cassants. Lorsque l'infection s'installe, des traînées de lymphangite apparaissent au pourtour de la lésion initiale, de l'œdème déforme le pied, des phlyctènes apparaissent : ce sont les lésions banales de la gangrène humide.

2. **Microscopique.** — 1. ARTÈRE. — *a.* Artère principale le plus souvent en tuyau de pipe.

Son *calibre* est rétréci plus ou moins régulièrement, ou obstrué en un point.

Ses *tuniques* : L'interne présente soit un simple bourgeonnement sans lésion de la limitante interne : il n'y a pas encore d'athérome ; soit des lésions d'athérome vrai. Il y a alors clivage de la limitante interne avec une ou plusieurs plaques calcaires faisant saillie dans l'endartère, ou bien des foyers athéromateux ulcérés. On peut mettre en évidence autour du placard calcaire des amas granulo-graisseux plus ou moins riches en acide gras et en cholestérine.

La média et l'adventice présentent des lésions d'inflammation chronique ayant amené la disparition du tissu élastique et une réaction conjonctive autour du plexus nerveux périartériel (Buerger) dont l'action d'abord irritante peut aboutir à l'atrophie. Les vasa-vasorum eux-mêmes sont entourés et irrités.

Certains symptômes de la phase prodromique et peut-être même les douleurs accompagnant le sphacèle seraient sous la dépendance de ces lésions du plexus périartériel (Babinski et Heitz).

Le *caillot* est d'abord localisé en un point, puis envahit toute la lumière de l'artère. Buerger, Dieulafoy y ont observé des proliférations leucocytaires, parfois des abcès miliaires.

Le caillot s'organise, présente des cellules conjonctives et quelques fibres élastiques ; on y observe des néoformations vasculaires orientées dans le sens de la lumière artérielle. De ce caillot pourront partir des embolies microscopiques allant oblitérer les collatérales.

b. Artères collatérales. *L'avenir du membre dépend de leur intégrité.* La thrombose tend à se propager en aval. En amont, elle se propage également, mais généralement ne dépasse pas la grosse bifurcation artérielle. Celle-ci est-elle touchée, la circulation sera arrêtée et la vie du membre compromise. Souvent aussi les collatérales sont oblitérées par des embolies parties d'un thrombus principal en voie d'organisation. L'obliquité de ces collatérales explique que l'apparition des symptômes se fasse à un niveau plus bas que celui de l'oblitération et, d'autre part, permet d'expliquer la théorie du cône de gangrène.

2. Veines. — Au niveau de la veine, inflammation subaiguë des trois tuniques avec parfois formation d'un caillot oblitérant.

3. Nerfs. — Le plexus périartériel est toujours touché. Le nerf satellite de l'artère l'est moins fréquemment. Les lésions sont des lésions de névrite intra et périfasciculaire. Le nerf est adhérent au vaisseau, étouffé par la sclérose. On les observe surtout dans ce type particulier de gangrène, que, avec Lecène, et à la suite des Allemands Friedländer (1876), Winiwartner, von Zeug Manteuffel, de l'Américain Buerger, des Français Routier et Heidenreich, Gilbert et Coury, nous *distinguerons de la gangrène sénile.*

4. Tissus. — La conservation des éléments anatomiques est remarquable comme si les tissus avaient été fixés au préalable. Les fibres musculaires sont translucides. Un fait est remarquable et constitue « comme la signature microscopique de l'affection » (Chantemesse et Podovitzki), c'est la *caryolyse* qui se produit ici de façon précoce (douze à vingt-quatre heures), alors qu'elle ne se produit après la mort qu'au moment de la putréfaction. Pour que se produise cette disparition des noyaux, il semble qu'il y ait besoin de l'imbibition des sucs plasmatiques vivants (Ramond), suivant les cas la caryolyse se fera par désagrégation en fragments irréguliers (mort rapide ou par fonte progressive de la substance nucléo-chromatique (mort lente).

En résumé. — L'artère principale présente des lésions d'endartérite oblitérante et de thrombose, d'une part; de périartérite, d'autre part. Les artères collatérales longtemps indemnes *peuvent* présenter les mêmes lésions. Les veines sont parfois oblitérées (angiosclérose). Les nerfs périartériels sont irrités par la sclérose (névrite). Enfin, les tissus sont momifiés. La caryolyse est d'observation constante et semble un signe pathognomonique.

Physiologie pathologique. — L'étude attentive et suivie de cas d'artériosclérose des membres inférieurs a montré que l'on pouvait scinder en trois périodes l'évolution de l'affection.

Dans une *première période,* qui n'est pas de notre sujet, la circulation n'est réduite que par intermittence. L'oblitération s'accentuant, la circulation devient *constamment réduite* et l'on verra alors apparaître la claudication intermittente. Enfin, dans une *troisième période* de circulation nulle par oblitération complète, la gangrène sénile *pourra* survenir sous l'influence d'une infection légère, de la suppression de l'apport sanguin des collatérales, d'un spasme de quelque durée.

Mais l'oblitération d'un tronc artériel n'est pas suffisante pour expliquer l'ischémie d'un territoire anatomique. Cruveilhier a montré expérimentalement qu'il était nécessaire pour cela d'injecter tout un territoire vasculaire. La gangrène apparaîtra donc lorsque les collatérales seront oblitérées, soit par un petit embolus parti de la thrombose, soit par une extension de l'endartérite à l'embouchure d'une collatérale.

Il faut encore faire jouer un rôle important au système nerveux périartériel (Thomas et Lévy-Valensi) dont l'irritation provoquera parfois prématurément chez les artérioscléreux un spasme, cause lui-même d'une claudication intermittente. Celle-ci serait différenciée de la claudication intermittente vraie ou organique par l'*épreuve du bain chaud* (Babinski et Heitz).

Il y a donc gangrène, puisque disparition de l'apport sanguin : cette gangrène sera sèche parce que les voies de retour sont libres. Elle sera aseptique ou peu septique parce que « sèche ». Elle le demeurera lorsque les précautions nécessaires auront été prises.

Mais la gangrène demeure-t-elle sèche parce que les veines et les lymphatiques demeurent perméables ? La classique expérience de Kussmaul avec l'iodure de potassium injecté dans un territoire gangrené semblerait le prouver. Cependant cette expérience a donné des résultats inverses à d'autres auteurs et le professeur Achard, en particulier, n'a pas retrouvé dans les urines le bleu de méthylène injecté (Ramond).

C'est cette expérience qui a permis à certains auteurs de tenter la fixation des tissus à l'aide de liquides fixateurs ou caustiques : créosote, formol (Achard, Bouchard).

En résumé, trois périodes :

a. Claudication intermittente fonctionnelle par spasme.

b. Claudication intermittente organique par circulation insuffisante.

Toutes deux confondues cliniquement et qui ne peuvent être distinguées que par l'oscillométrie et le bain chaud.

c. Période de circulation nulle par oblitération. C'est la période où va survenir la gangrène.

*
* *

Clinique. — Nous décrirons une gangrène sénile typique du membre inférieur. C'est, pratiquement, la seule qu'on observe en clinique.

On la divise classiquement en deux périodes, l'une prégangréneuse, marquée par la claudication intermittente, l'autre période de gangrène, elle-même scindée en trois phases de momification, d'élimination, de réparation.

I. **Période de circulation réduite, période prégangréneuse.** — Le signe capital est la CLAUDICATION INTERMITTENTE. C'est en 1831 qu'un vétérinaire, Bouley, a pour la première fois établi les rapports entre le phénomène de *crampe douloureuse* et l'oblitération partielle d'un vaisseau (dans ce cas observé sur un cheval, il s'agissait d'athérome des iliaques. En effet la circulation quoique déficiente suffit à assurer la vie du membre au repos. Elle ne suffit plus à un membre au travail qui exige une circulation jusqu'à dix fois plus active (méiopragie; Potain).

Chez l'homme la claudication intermittente a été décrite pour la première fois par Charcot en 1850.

C'est souvent un jour de froid, à l'occasion d'une fatigue exagérée, d'une marche rapide que se déclanche la première crise. C'est une sensation douloureuse qui peut débuter soit au genou, soit au niveau du pied et de là s'étendre soit vers le haut, soit vers le bas. La douleur généralement unilatérale, s'accompagne parfois d'une sensation de froid. Le malade boîte, s'arrête, est souvent obligé de s'asseoir, ses muscles sont comme parésiés; le repos suffit à arrêter la crise. Reprend-il son chemin, la douleur réapparaît aussi vive si l'effort est aussi soutenu: elle peut tarder à revenir si le travail demandé ne dépasse pas la capacité fonctionnelle du membre.

Ces crises d'*angor cruris* parfois espacées, peuvent devenir subintrantes, et faire du malade un infirme. Dans d'autres cas elles sont assez légères pour ne réaliser qu'une simple claudication passagère. Par temps chaud, les crises sont plus espacées et peuvent permettre à nouveau une vie active. Elles sont plus fréquentes et plus intenses au contraire par temps froid et humide, sur un sol inégal ou montant, lorsque la marche se fait plus rapide. Les émotions peuvent la faire apparaître; ce qui — ainsi que l'influence du froid — montre le rôle du sympathique périvasculaire.

La crise frappe d'abord, comme il est naturel, le membre le plus atteint. Lorsqu'elle se reproduit, c'est du même côté car le repos imposé au membre malade permet au côté moins touché de ne pas dépasser sa capacité de travail.

Un examen pratiqué après la crise permet le plus souvent un diagnostic aisé.

A. LE MEMBRE. — Sa *coloration* est normale ou pâle dans le décubitus. Si on le laisse pendre quelques instants hors du lit, il se produit en général une coloration rouge plus ou moins vive, allant jusqu'au vermillon (Vaquez), simple doigt de gant, semelle ou chaussette. Elle disparaît dans le décubitus.

Cette coloration dont l'apparition est précoce, est susceptible de rétrocéder lorsque la circulation locale s'améliore, elle peut avoir, de ce fait, une certaine importance pronostique.

Enfin, on peut mesurer l'angle à partir duquel elle apparaît. Il s'agit de l'angle que fait le membre avec le plan du lit, *angle de capacité circulatoire* de Buerger, qui lui a attribué une grande importance diagnostique et pronostique. Cet angle s'élève dans les cas sévères à 90 degrés.

A la palpation le membre apparaît froid. Cette hypothermie remonte plus ou moins haut, dépasse rarement le genou. Elle est le plus souvent unilatérale, elle est très précoce et précède parfois de plusieurs années la phase de claudication intermittente. Elle semble plutôt relever de lésions du sympathique car on a observé des oblitérations artérielles presque complètes, sans aucune modification thermique.

On peut enfin observer parfois un certain degré d'œdème malléolaire. Mais la recherche clinique de beaucoup la plus importante, celle qui pratiquement a le pas sur toutes les autres, c'est la recherche et l'examen des pulsations artérielles qui sera suivie d'un examen oscillométrique.

On prendra le pouls au niveau de la pédieuse, de la tibiale postérieure, de la fémorale au niveau du triangle de scarpa. Il est diminué ou aboli au-dessous de l'obstacle. Il est souvent exagéré, véritable coup de bélier au-dessus.

Il y a souvent retard du côté malade sur le côté sain.

On étudiera enfin l'état de la circulation dans le membre malade. La méthode oscillométrique au Pachon (Cawadias-Heitz) est ici de première importance. Bien qu'elle renseigne seulement sur la perméabilité des gros troncs artériels, l'absence d'oscillations suffit à indiquer un état de moindre vitalité.

Ces recherches seront toujours pratiquées sur les deux membres symétriques.

Il nous paraît plus clair de faire un chapitre d'ensemble sur l'oscillométrie.

On pratiquera également l'épreuve du bain chaud dont les résultats permettent de départager ce qui revient d'une part à l'élément spasmodique, d'autre part à la lésion organique.

Le membre est plongé, pendant dix minutes, dans de l'eau à 40 degrés (Babinski-Heitz) : L'extrémité rougit et sa température s'élève.

Lorsque le facteur nerveux est seul en cause, les oscillations affaiblies doublent; dans les lésions organiques au contraire on n'observe aucune modification oscillométrique ou une augmentation minime.

Cette manœuvre, comme toutes les explorations devra être pratiquée des deux côtés. Elle permettra de juger comparativement la circulation, de rechercher une déficience minime chez des malades ne se fatiguant pas assez pour provoquer l'apparition d'une crise, de délimiter les lésions en hauteur, enfin de suivre l'évolution de la maladie et les résultats du traitement.

L'épreuve du bain froid sera également pratiquée, mais ses renseignements ont moins d'importance. Enfin on pourrait, dès cette période pratiquer la manœuvre de Moscowicz dont nous verrons tout l'intérêt au traitement.

Continuant l'examen du membre malade, on recherchera la *sensibilité cutanée.* Elle est rarement modifiée. Parfois cependant on note de légers troubles subjectifs ou objectifs : paresthésies, diminution de la sensibilité aux trois modes, fourmillements.

Les *réflexes* sont généralement normaux; chez les diabétiques on les a trouvés affaiblis ou absents, et ce fait est de mauvais pronostic.

Le *réflexe cutané plantaire* est parfois aboli.

Les *masses musculaires* peuvent être légèrement atrophiées parfois douloureuses à la pression profonde.

La *radiographie* a pu dans quelques cas montrer l'opacité des artères qui apparaissent « tantôt comme un flou granuleux, tantôt comme un trait opaque » (Heitz et Infroit); elle a permis d'observer d'autres fois un certain degré de raréfaction osseuse (fig. 1).

Enfin l'*examen électrique* a pu montrer un affaiblissement des réactions galvaniques et faradiques.

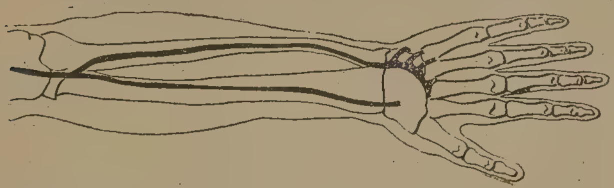


Fig. 1. — *Schéma d'une radiographie d'avant-bras montrant des artères calcifiées.* — Elles seraient plus visibles sur un profil.

B. Le malade. — Il s'agit en général d'un polyscléreux, qui, suivant la prédominance de la sclérose sur un territoire viscéral se présentera avec des troubles variables.

C'est parfois un pléthorique, gros mangeur; parfois au contraire un homme maigre à sénilité précoce et qui présente de la dyspnée d'effort, des douleurs précordiales, parfois des troubles psychiques révélant l'artérite cérébrale.

On étudiera systématiquement le cœur, rarement sain; on recherchera un clangor du deuxième bruit de la base, le signe de la temporale, signe classique de sclérose artérielle.

On pourrait étudier le tracé sphygmographique qui présente un plateau caractéristique.

Enfin l'examen ne sera complet qu'après une étude de la fonction rénale.

Différents auteurs ont pratiqué des recherches de laboratoire d'un grand intérêt pathogénique, mais qui sortent du domaine de la clinique courante.

On a signalé une glycémie supérieure de moitié à la normale sans glycosurie; l'hyperadrénalinémie est constante comme chez la plupart des hypertendus (Josué), de même que l'hypercholestérinémie (Heitz et Grigaut) qui ne surprend pas chez des athéromateux.

Certains ont en outre noté de la polyglobulie et parfois de l'hyperviscosité du sérum sanguin.

Cette première période de circulation réduite se prolonge plus ou moins longtemps, cinq, dix ans, parfois davantage, suivant les soins que reçoivent les malades. Parfois au contraire l'évolution sera très rapide et l'on a pu parler de gangrène d'emblée.

II. Phase de gangrène. — C'est rarement pendant la période des crampes douloureuses que celle-ci apparaît.

Plus souvent elle est annoncée par l'apparition d'un nouvel élément : la douleur continue de décubitus (Demonts-Rocher) qui doit la faire craindre à brève échéance.

Cette douleur survient chaque fois que le malade est étendu. Tantôt elle survient au moment du coucher, tantôt après un repos de quelques heures. Elle est parfois localisée à un orteil, ou diffuse à toute la jambe.

Tantôt simple sensation de picotement, elle peut devenir un véritable supplice. Elle se fait chaque jour plus intense, plus étendue, plus longue. Le malade souffre sans cesse, à la jambe comme enserrée dans un étau, ne peut plus prendre aucun repos que la jambe pendante hors du lit, ou assis dans son fauteuil.

La douleur de décubitus doit être attribuée, pour Quénu et Leriche, aux lésions du plexus nerveux péri-artériel. Spontanément ou sous l'influence d'un traumatisme minime, ou du froid, la gangrène va apparaître. Elle débute le plus souvent au pourtour de l'ongle, atteint toute la face dorsale de l'orteil, parfois l'orteil entier; elle gagne plus rarement le pied, exceptionnellement la jambe. Mais il faut bien savoir qu'à cette lésion limitée répond une oblitération artérielle haute et s'en souvenir pour le traitement.

La peau de la région qui va se gangréner passe par une teinte blanc gris ou jaunâtre, puis apparaissent des taches comparables à des nævi vasculaires (Trousseau); mais rapidement les tissus perdent leur élasticité, la peau prend un aspect parcheminé, se rétracte, prend bientôt la teinte noire caractéristique de la gangrène sénile.

Dans d'autres cas le début se fait par une phlyctène remplie de liquide roussâtre siégeant autour de l'ongle, parfois par une petite ulcération suintante qui creuse en profondeur, et c'est après que le suintement a cessé, que la région prend l'aspect noirâtre classique.

A cette période les douleurs sont très vives, continues, au niveau des régions atteintes et irradiant dans tout le membre, et ces douleurs contrastent assez singulièrement avec l'anesthésie que l'on observe au niveau des parties malades (anesthésie douloureuse).

L'impotence fonctionnelle des segments atteints est absolue. On peut la méconnaître, car les tendons demeurant plus longtemps indemnes peuvent transmettre encore quelques mouvements aux tissus morts. Quoiqu'il s'agisse d'une simple nécrobiose il y a cependant une légère intoxication de l'organisme par résorption des produits de désintégration cellulaire, mais elle est minime ou peut manquer.

L'évolution des lésions locales permet de distinguer trois phases.

A. Phase de momification. — *La gangrène.* — La région nécrobiosée est noire, ratatinée, froide, insensible, dure, sonne sec sous le stylet.

La peau alentour est rose vif ou rouge par lymphangite réticulaire; hypo ou hyperesthésiée suivant les cas.

Le pied se place généralement en équin. Le membre est rapetissé et induré dans son ensemble, semé de marbrures bleuâtres, froid au toucher.

Il est important de rechercher l'état de sa circulation, on recherchera le pouls en se méfiant du pouls de ses propres doigts.

On mettra en œuvre la méthode oscillométrique, la manœuvre de Moscowicz, la raie vasomotrice de Cosacesco, le bain chaud, l'épreuve à l'éther, dans le but de déterminer la limite de vitalité normale.

B. Phase d'élimination. — Abandonnée à elle-même la zone mortifiée tend à s'éliminer spontanément. Un sillon se creuse à la limite des tissus malades et des tissus sains. Il débute par un point ulcéré qui s'étend et circonscrit la plaque, il est sinueux et présente des dentelures irrégulières. Il creuse peu à peu en profondeur, atteint l'os et dans les cas favorables aboutit à l'amputation spontanée. La date à laquelle apparaît ce sillon est essentiellement variable, parfois précoce, et c'est le cas le plus fréquent, il apparaît dans les huit jours, parfois il peut tarder plusieurs mois. Parfois les parties molles mortes les premières tombent seules laissant l'os à nu.

C. Phase de réparation. — Cependant que le sillon se creuse et que les parties gangrènes se détachent, la surface saine bourgeonne de sorte que

réparation et élimination se faisant parallèlement la cicatrisation est presque terminée lorsque l'escarre sèche de « dessiccation noire » (Lejars) s'élimine.

La réparation se fait par bourgeonnement comme dans toute lésion banale.

*
**

Évolution. — Mais il s'en faut que l'évolution soit toujours aussi schématique. D'une part en effet la récidive est fréquente, plus étendue que la première atteinte, soit sur le même orteil, soit sur un autre; d'autre part il est des cas assez nombreux ou la réparation ne se fait pas, l'infection s'installe et dès lors apparaît la plus grave des complications : la gangrène humide.

Complications. — Gangrène humide. — C'est elle que nous étudierons d'abord, soit qu'elle s'étende progressivement, soit qu'elle survienne par à-coups. Le pied devient rapidement rouge, chaud, œdémateux, marqué de placards noirâtres et de traînées rouges de lymphangite. L'infection s'est surajoutée au processus d'oblitération artérielle. La fièvre s'allume, l'état général devient grave, le facies s'altère, et le malade meurt de septicémie à moins qu'une amputation hâtive et très haute ne sauve le malade.

Nous nous bornerons à signaler les poussées de phlébite superficielle, les hémorragies par ouverture d'un gros vaisseau lors de la chute de l'escarre.

Quant aux complications d'ordre général, ce peuvent être un ictère passager, une albuminurie transitoire. Les graves complications pulmonaires hépatiques, rénales ne surviennent que chez les sujets tarés.

*
**

Formes cliniques. — La gangrène sénile est peu sujette aux variations. On peut cependant signaler des formes à début brusque sans phase de claudication intermittente; des formes à évolution rapide, une poussée d'artérite aiguë se greffant sur l'athérome.

Nous insisterons seulement sur la forme des diabétiques. La nécrobiose n'est chez eux que le début d'une gangrène humide et parfois l'élément déterminant du coma, et l'on comprend, dès lors, l'intérêt de l'analyse d'urine chez tout malade qui fait de la gangrène sèche.

Chez les syphilitiques, la gangrène apparaît à un âge relativement jeune, s'accompagne de douleurs intenses, évolue rapidement à moins qu'on n'institue un traitement spécifique.

On décrit, en outre, des formes suivant la localisation.

Les formes bilatérales, considérées aujourd'hui comme rares, sont fréquentes pour les anciens auteurs.

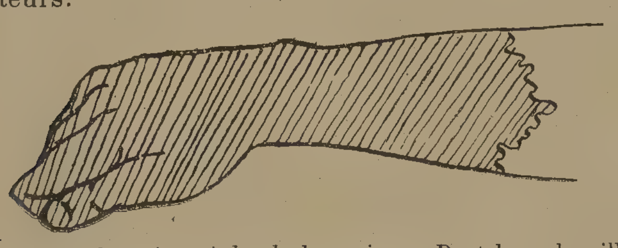


Fig. 2. — *Gangrène sèche de la main.* — Dentelure du sillon d'élimination, attitude en griffe (Lyot).

La localisation au membre supérieur, est rare, elle peut frapper seulement un doigt ou remonter jusqu'à l'avant-bras (main en griffe, fig. 2).

Enfin, nous ne ferons que signaler les plaques de gangrènes localisées au nez, au lobule de l'oreille, à la verge qui sont citées par différents auteurs.

*
**

Pronostic. — Le pronostic quo ad vitam est généralement réservé, et Wartburg, dans sa statistique, donne 21 morts sur 32 cas observés.

En effet, les malades affaiblis succombent souvent par intoxication dans les cas de gangrène massive.

La nécrobiose est au début aseptique, le danger est dans l'infection menaçante (Lardennois). La gangrène humide, pour rare qu'elle soit aujourd'hui, assombrit néanmoins le pronostic.

Même guéri, le malade est à la merci d'une récidive, soit in situ, soit après intervention au niveau du moignon d'amputation, soit sur le membre opposé, soit enfin au membre supérieur.

Et même dans les cas les plus favorables le malade reste toujours un infirme et présente un terrain tout préparé pour les infections intercurrentes. Enfin, ces malades sont avant tout des polyscléreux et comme tels ils demeurent exposés à une des complications de la sclérose artérielle. Ils peuvent mourir d'artérite cérébrale (hémorragie avec hémiplégie, ramollissement), de néphrite chronique, d'insuffisance ventriculaire gauche, au cours d'une crise d'angine de poitrine ou d'œdème aigu du poumon.

Cependant, il faut savoir qu'il est des cas où, selon le mot de Josué, la gangrène sénile réserve des surprises agréables.

*
**

Procédés spéciaux d'examen. — Nous avons décrit l'épreuve du bain chaud et la recherche de d'angle de capacité circulatoire.

Les deux recherches les plus importantes à pratiquer sont la manœuvre de Moscowicz et l'étude oscillométrique.

Ces manœuvres n'ont pas d'ailleurs de réel intérêt diagnostique, elles sont, par contre, d'un appoint capital lorsqu'il s'agit de porter un pronostic et de décider de la conduite à tenir.

L'*exploration oscillométrique* est aujourd'hui la méthode de choix, la seule qui soit entrée dans la pratique journalière, parce que la plus simple et la plus précise à la fois. Cette exploration sera pratiquée systématiquement au membre supérieur et inférieur.

On sait que normalement les chiffres obtenus au niveau du membre inférieur sont légèrement supérieurs à ceux que l'on trouve au bras. On la pratiquera sur les deux membres symétriques et des résultats trouvés on conclura à la capacité circulatoire relative des deux membres, mais il faut bien savoir que chez un sujet normal, il n'est pas rare de trouver de l'un à l'autre membre des variations minimes, non pathologiques ne dépassant pas alors six à dix divisions (Heitz) pour l'oscillométrie.

On se rappellera encore que l'absence des oscillations ne veut pas dire absence de circulation (après ligature d'une artère principale on a le silence à l'oscillomètre sans que pour cela le membre soit privé de tout apport sanguin), *mais* dans tous les cas il y a vitalité médiocre et l'on peut conclure avec Jeanneney que la méthode oscillométrique est un « critère de la vitalité du membre ».

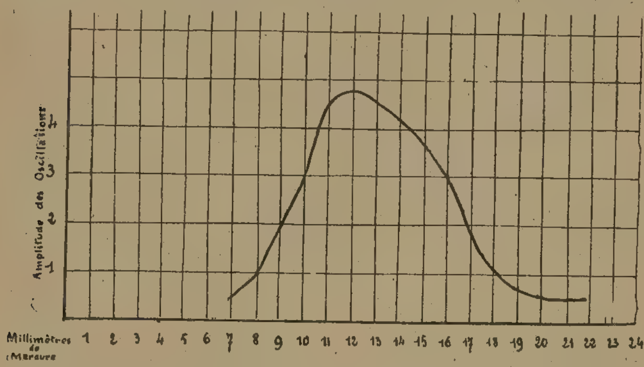
Enfin, au moment de pratiquer l'examen on se

souviendra qu'on a affaire à des artères fragiles qu'il faut ménager, on gonflera *lentement* le brassard en explorant sans cesse les oscillations.

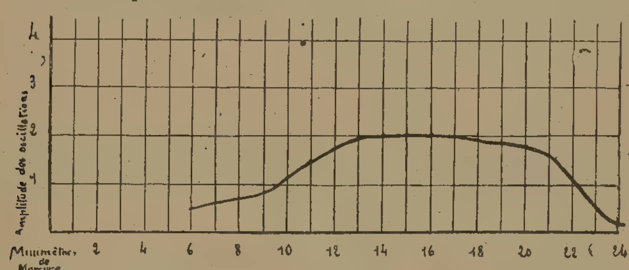
Ces données posées et ces précautions prises, on procède à l'examen qui sera pratiqué symétriquement et segment par segment.

Cette « exploration segmentaire » (Paillard) a une grosse importance, elle permet de mesurer la vitalité du membre en ses différents points, parfois de trouver le niveau de l'oblitération et même, dans certains cas, sa nature, comme nous le verrons plus loin.

Les résultats obtenus sont variables aux diverses phases de la maladie. Il importe toujours d'inscrire ces résultats sur une courbe (fig. 3 et 4). *A la phase*



Courbe oscillométrique normale, — On note l'ascension rapide, la chute brusque, l'élévation de l'indice. La T. A. est normale.



Courbe oscillométrique chez un artérioscléreux. — On remarque l'ascension lente et faible, le plateau. La T. A. est élevée.

Fig. 3 (d'après Paillard).

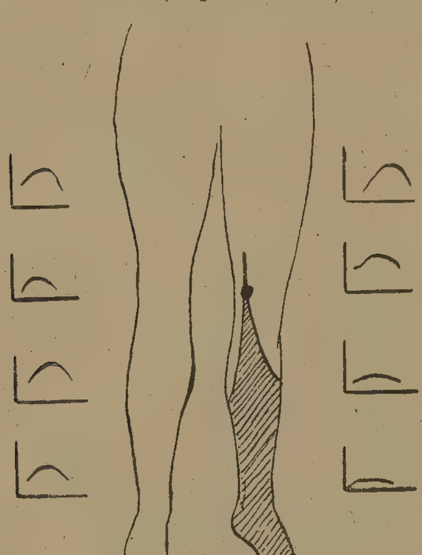


Fig. 4. — *Schéma des tracés successifs obtenus dans une exploration oscillométrique comparative pour une oblitération de la poplitée.* — Le cône de gangrène (d'après Jeanneney).

de claudication intermittente fonctionnelle, la recherche des oscillations au moment de la crise montre que l'indice oscillométrique tend vers o, la courbe s'écrase.

Si l'on pratique alors l'épreuve du bain chaud, on voit l'indice remonter et dépasser même l'indice normal du membre au repos.

Un peu plus tard, les oscillations diminuent encore et l'on peut enfin les voir supprimées sans que pour cela il n'y ait plus irrigation, mais il n'y a plus maintenant onde pulsatile à proprement parler, il y a « irrigation uniforme. »

Enfin, c'est à la période de *gangrène* qu'il est intéressant de savoir où siège l'obstacle ; c'est maintenant que la méthode de l'exploration segmentaire va rendre de grands services : on va successivement placer le brassard au niveau des malléoles, de la jarretière, au creux poplité, à la cuisse et on localisera l'obstacle, soit à la tibiale, soit à la poplitée ou à la fémorale, parfois même au niveau des iliaques (fig. 5).

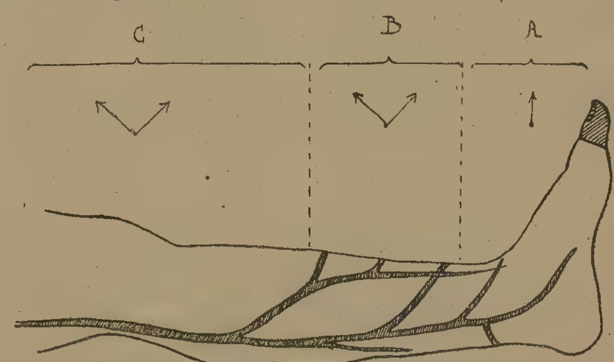


Fig. 5. — *Schéma des résultats de l'épreuve oscillométrique pour une oblitération du tronc tibio-péronier ayant amené une gangrène du gros orteil.* — En A, oscillations nulles. En B, oscillations légères dues à l'apport des collatérales. En C, oscillations d'amplitude normale.

S'il y a thrombose, on constate une baisse constante de l'indice tendant vers o.

S'il y a embolie, les résultats sont parallèles, mais Cassaët a montré que, dans certains cas, on peut voir s'inscrire sur le cadran un véritable coup de bélier du sang sur l'obstacle.

Pratiquée maintenant, l'épreuve du bain chaud montrera la prédominance de l'élément organique, l'élévation de l'indice oscillométrique étant minime.

Des renseignements obtenus, il est possible de conclure à la valeur de la circulation, car « le rapport $\frac{\text{Io côté malade}}{\text{Io côté sain}}$ représente assez bien le taux de la circulation du côté malade par rapport au côté sain » (Jeanneney).

On pourra compléter l'examen par l'*exploration capillaroscopique* (Guillaume), la sphygmographie, la capsule oscillographique. Enfin, lorsque la pression est difficile à trouver on essayera le sphygmosignal.

C'est plus rarement aujourd'hui que l'on pratique la classique manœuvre de Moscowicz.

Après avoir exprimé le sang veineux du membre par élévation et mise en place d'une bande d'Esmarch, on supprime la circulation par un garrot. Puis, après avoir enlevé la bande, on détache le garrot ; les capillaires brusquement dilatés laissent pénétrer le sang, il apparaît alors à la jonction des régions bien et mal nourries une ligne de démarquation nette où la peau devient brusquement plus pâle. C'est la limite de cette hyperhémie comparée

au côté sain qui montre le niveau ou la circulation cesse d'être normale. Une oblitération de la poplitée arrête l'hyperhémie à mi-jambe, une oblitération iliaque à mi-cuisse.

Cette manœuvre brutale n'est pas sans danger, elle est, en outre, atrocement douloureuse. On peut arriver à un résultat analogue par un des procédés suivants :

Soit l'*arrosage à l'éther*. Il se produit une vasodilatation intense appréciable seulement en territoire sain.

Soit la recherche de la *raie vasomotrice de Cosacesco*. On promène sur le membre de haut en bas un objet mousse (dents de fourchette, par exemple), avec une certaine pression, il se produit d'abord une ligne blanche au point de pression, elle devient rapidement rouge : le point où s'arrête cette hyperhémie donne le niveau où la circulation devient déficiente. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 DÉCEMBRE 1924)

Séro-prophylaxie de la rougeole. — M. Léon BERNARD rapporte les conclusions de la Commission nommée aux fins d'étudier le travail de M. Robert Debré sur la séro-prophylaxie de la rougeole.

Le vœu suivant est proposé à l'Académie pour être transmis aux Pouvoirs publics :

« L'Académie de médecine, convaincue à la fois de la gravité de la rougeole comme facteur de mortalité surtout chez les petits enfants et de la valeur de l'emploi du sérum de convalescents comme méthode prophylactique, recommande aux Pouvoirs publics de saisir les administrations compétentes en vue d'instituer, au mieux des intérêts de la population, et en conformité avec les conditions locales, des centres de production de sérum. »

M. MARFAN, tout en acceptant le principe de la séro-vaccination de la rougeole, ne voudrait pas qu'on en fît une méthode d'obligation, ce qui pourrait attirer des reproches à l'égard des médecins qui emploieraient d'autres méthodes, telle que, par exemple, l'emploi d'un autre sérum.

Les conclusions du rapport sont mises aux voix et adoptées.

La vivisection. — M. BALTHAZARD fait un rapport au nom d'une Commission qui a été nommée pour répondre à une lettre de M. le ministre de l'Hygiène qui est accompagnée d'une note du Conseil municipal demandant que l'Académie veuille bien émettre un vœu tendant à réprimer les abus des vivisections dans les laboratoires, à empêcher les mutilations inutiles et à n'autoriser que les vivisections réellement utiles aux progrès de la science.

M. Balthazard répond à cela qu'il ne connaît pas ces abus des vivisections, ni ces mutilations inutiles. Il fait observer que les chefs de laboratoire sont des savants assez consciencieux pour ne pas se livrer à ces abus. Il ajoute que toute vivisection est précédée d'une anesthésie préalable, soit locale, soit régionale, soit générale.

Les professeurs des écoles vétérinaires, chargés de l'enseignement de la physiologie, ont recours à cette même anesthésie préalable. Au reste, au point de vue de l'enseignement, les vivisections d'autrefois sont remplacées actuellement par des films cinématographiques qui reproduisent exactement et indéfiniment les opérations pratiquées sur les animaux.

Les vivisections sont donc actuellement réduites au minimum. Il suffit de rappeler, à ce sujet, que, sans les vivisections, Claude Bernard et Pasteur n'auraient pu réaliser les progrès dont ils ont doté la science.

M. Balthazard conclut donc que les critiques contre la vivisection sont injustifiées et que la surveillance des laboratoires demandée par le Conseil municipal existe déjà.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. HENRIOT qui donne le compte rendu financier de l'année 1924 et du rapport annuel, pour 1923, de M. CAMUS sur les Instituts vaccinaux et les dépôts de vaccin autorisés par l'Etat.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 DÉCEMBRE 1924)

La réceptivité et l'immunité à la scarlatine. L'intradermo-réaction à la toxine streptococcique de Dick. — M. Chr. ZOELLER, ayant pris comme toxine-étalon une toxine fournie par les docteurs Dick et Zingher, a étudié la réaction de Dick ou réaction de réceptivité à la scarlatine et apporte les premiers résultats obtenus par ce procédé sur 125 sujets de race blanche ; il a constaté 38 réactions positives, soit 30,4 p. 100 ; elles se sont présentées sous forme d'une rougeur plus ou moins étendue et infiltrée apparue entre la vingt-deuxième et la vingt-quatrième heure, parfois prurigineuse au moment de son apparition. La proportion des sujets réceptifs est à peu près celle des réactions de Schick positives dans le même milieu. Chez un scarlatineux, la réaction positive au troisième jour était négative au huitième jour.

L'auteur a étudié les sérums de divers sujets pour déterminer s'ils effacent ou neutralisent une réaction de Dick positive. Un sérum de sujet à Dick positif n'est pas neutralisant.

Les sérums de sujets à Dick négatif sont neutralisants ; il y a lieu de tenir compte des cas limités ; les sérums des sujets ayant eu la scarlatine sont neutralisants. Le sérum d'un scarlatineux, non neutralisant au début de la maladie est neutralisant au moment de la convalescence. Le sérum d'un sujet qu'on vaccine par la toxine streptococcique devient neutralisant. Deux sérums de sujets à Dick négatif ont éteint la réaction de Schutz-Charlton chez un scarlatineux à la période d'éruption.

L'auteur étudie, enfin, la réaction protéinique non spécifique, décrite par Zingher, à propos de la réaction de Dick, sous le nom de pseudo-réaction de Dick, montre les divergences qui peuvent se constater selon le moyen de contrôle employé et met en garde contre ces diverses causes d'erreur.

L'intérêt de la réaction de Dick ne paraît pas douteux. Elle peut contribuer au diagnostic des formes frustes de scarlatine ; elle favorise une étude plus approfondie des streptococcies ; elle indique probablement la réceptivité à l'infection scarlatineuse et permet de suivre les tentatives d'immunisation active.

Dans le domaine de la pathologie générale, elle se présente comme une réaction de réceptivité, réaction sœur de la réaction de Schick, accompagnée comme elle d'une réaction satellite. Sans doute, la protéinoréaction streptococcique paraît devoir être moins spécifique que l'anatoxi-réaction. L'auteur estime cependant que l'étude parallèle de ces intradermoréactions, d'une technique simple et inoffensive, peut ouvrir des horizons nouveaux sur les problèmes de l'immunité et de l'allergie.

Alexie pure à début brusque suivie d'ictus passager avec hémorragie méningée. — MM. Jean MICHAUX, A. LAMACHE et J. PICARD. Brusquement un matin, le sujet présente, après un violent mal de tête, une alexie à peu près pure, accompagnée de très légers phénomènes d'agnosie. La malade peut cependant vaquer à ses occupations, mais le soir, ictus avec perte de connaissance durant une demi-heure. Réveil rapide, retour complet de toutes les fonctions ; nul signe neurologique sauf l'alexie qui persiste depuis un mois. Au point de vue oculaire, hémianopsie avec rétrécissement du champ visuel, surtout pour les couleurs.

A la ponction lombaire, hypertension rachidienne (52 au Claude) et hémorragie méningée. Cette ponction lombaire a été suivie d'une amélioration nette de l'alexie et de l'hémianopsie.

M. FAURE-BEAULIEU confirme l'analogie étroite entre ce cas et celui qu'il a présenté avec E. Jacquet. Dans celui-ci

l'alexie était également pure en tant que symptôme aphasique, mais l'était moins en tant que symptôme agnosique : avant d'être alexique pure, la malade avait été une grande agnosique. Toutefois, dans le cas de Michaux, comme dans le cas publié sur la rubrique d'alexie visuelle, on trouve des symptômes donnant une note agnosique. Ces faits montrent que l'alexie se place en marge de l'aphasie et rentre plutôt dans le syndrome agnosie visuelle.

Pleurésie interlobaire gauche et tuberculose pulmonaire du lobe supérieur droit. — MM. Rist et Couland. Réactivation d'une tuberculose pulmonaire du lobe supérieur du poumon droit après une pleurésie interlobaire gauche consécutive à un traumatisme. Pneumothorax. Guérison du foyer tuberculeux. Réveil de la pleurésie interlobaire. Guérison par vomiques successives.

Un cas d'obésité monstrueuse. — MM. H. Grenet et L. Pélissier présentent une femme de trente-sept ans pesant 207 kilogrammes. Sa taille est de 1m67. L'obésité prédomine aux bras, aux cuisses, au tronc. Les avant-bras et les jambes sont respectés, séparés du bras et des cuisses par un véritable sillon. L'abdomen laisse retomber sur les cuisses un large tablier graisseux. L'aspect des seins est particulièrement impressionnant ; on ne peut les soulever qu'à deux mains, leur poids gêne la malade dans ses mouvements, et ils sont le siège de douleurs sourdes. Le périmètre abdominal atteint au-dessous des seins, à la hauteur de la taille, 1m66 ; à l'ombilic, 1m80 ; au niveau des fesses, 1m85. Le périmètre thoracique est, sous les aisselles, de 1m47. Il n'existe aucune apparence myxœdémateuse. La malade est cyanosée asthénique, somnolente, elle ne présente aucun trouble psychique. Ses urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. Elle a toujours été un peu forte ; elle était grosse mangeuse. Mais l'obésité n'a vraiment commencé à se développer qu'il y a quinze ans, à la suite d'un accouchement après lequel les règles sont devenues fort rares (environ quatre fois par an) et toujours très peu abondantes. Il y a un an et demi elle pesait déjà 170 kilogrammes. La réaction de Wassermann est négative dans le sang ; l'urée sanguine est de 0g25 par litre. L'examen du fond de l'œil est normal. L'aspect radiographique de la selle turcique est absolument normal.

Les épreuves des tests glandulaires montrent un fonctionnement hypophysaire normal, un fonctionnement thyroïdien légèrement exagéré. Le métabolisme basal est très légèrement exagéré. Depuis l'entrée de la malade on a noté : 1° L'apparition de douleurs paroxystiques, dans la cuisse droite, dans le sein droit et l'abdomen ; 2° le développement de masses adipeuses nouvelles, dans le sein droit et sous le menton.

L'intégrité très relative de la face, l'intégrité des extrémités, les douleurs permettent de soulever l'hypothèse de syndrome de Dercum. Il n'y a pas, il est vrai, de troubles psychiques, mais dans ce syndrome ils sont inconstants. M. Achard a insisté d'ailleurs sur l'imprécision des limites de la maladie de Dercum et a rappelé que, dans l'obésité banale, les extrémités peuvent être peu atteintes et les douleurs peuvent exister. Il s'agit ici d'une obésité diffuse, avec quelques caractères particuliers que nous avons mis en relief.

Les résultats des tests glandulaires et de la radiographie mettent hors de cause l'hypothèse d'une lésion thyroïdienne ou hypophysaire.

Mais l'on est frappé par la coïncidence entre le début de l'obésité et l'apparition de troubles ovariens postgravidiques. Il y a lieu de retenir aussi l'influence du régime alimentaire très abondant (viande, légumes, pâtes, entremets, pâtisserie, pain) que la malade a longtemps suivi et qui lui était facilité par ses fonctions de cuisinière.

La valeur séméiologique des varicosités liminales basothoraciques dans les compressions de la veine cave supérieure. — MM. M. Chiray et R. Stieffel présentent un nouveau cas de compression anévrismatique de la veine cave supérieure et montrent que dans ce cas, comme dans les deux précédents déjà présentés par l'un d'eux, il existe des varicosités liminales basothoraciques qui témoignent d'une circulation complémentaire à la limite du réseau cave supérieur. L'importance prédominante de ces varicosités du côté où la circulation complémentaire est prédominante, montre bien qu'elles sont directement liées à la gêne circulatoire.

A propos d'un cas de dilatation bronchique développée dans une sclérose pulmonaire avec symphyse pleurale consécutive à une pleuro-pneumonie tuberculeuse. — MM. Sergent, Pruvost et Cottenot rapportent l'observation d'une jeune fille de vingt-trois ans qui fut prise assez brusquement, en mai 1922, d'une tuberculose subaiguë à type pleuro-pneumonique du côté gauche. En raison de l'unilatéralité et la présence du bacille de Koch un pneumo-thorax fut tenté, mais impossible en raison d'une symphyse pleurale.

Dans une deuxième phase, la sclérose broncho-pulmonaire s'accentue de plus en plus sans s'accompagner de toux ni d'expectoration, comme précédemment. Au cours de la troisième phase, au contraire, non seulement la sclérose est plus accentuée, mais aussi apparaissent pour la première fois des signes clavitaires et une expectoration très abondante non bacillifère en rapport avec des dilatations bronchiques, mises en valeur par l'épreuve du lipiodol.

Les rapports et les dilatations bronchiques avec la tuberculose sont ici évidents ; il se dégage aussi ce fait que la sclérose pulmonaire joue un rôle dans la pathogénie de la bronchectasie.

Les injections intraveineuses et intramusculaires dans les états psychopathiques et névropathiques. — MM. Crouzon et Lemaire relatent les résultats qu'ils ont obtenus par l'emploi du somnifène, en injections intraveineuses aux doses employées en chirurgie ou en obstétrique pour obtenir l'anesthésie, c'est-à-dire, aux doses de 5, 8 et 10 centimètres cubes.

Ils ont obtenu dans ces cas, au bout de quelques secondes, pendant l'injection même, un sommeil profond d'une durée de vingt-quatre heures environ, accompagné, dans un cas, d'abolition des réflexes tendineux et cornéens.

Ces injections de somnifène aux doses chirurgicales leur ont rendu les plus grands services chez les grands agités (agitation, maniaque, agitation au cours de la paralysie générale, etc.), alors que les différents médicaments usuels, n'avaient qu'une efficacité restreinte, ils ont pu, chez ces malades, calmer l'agitation, rendre le séjour de ces malades possible au voisinage des autres, supprimer l'épuisement du système nerveux dû à l'agitation prolongée, et par des injections répétées, arriver à gagner du temps, de façon à permettre le maintien de ces malades à l'hôpital.

C'est là un traitement d'exception, il est vrai, mais qui paraît devoir rendre les plus grands services dans la thérapeutique de certains états psychiques.

Les auteurs ont pu, dans un cas de schizophrénie avec mutisme profond, faire parler la malade et procéder à son analyse psychologique.

A côté des injections intraveineuses, les auteurs ont pu obtenir quelques résultats satisfaisants dans des excitations psychiques moindres, dans les insomnies, par les injections intramusculaires de 2 à 5 centimètres.

Le sommeil vient plus lentement et, est de plus courte durée, mais le résultat de ce traitement est très satisfaisant, dans les petits états psychonévropathiques.

Sur certains symptômes de la lithiase biliaire et en particulier de certains signes réflexes. — M. Mussio Fournier (de Montevideo) signale l'importance diagnostique des symptômes suivants dans le diagnostic de la lithiase biliaire.

1° Il est très fréquent d'observer chez ces malades l'existence de symptômes d'ordre réflexe dans le bras droit tels que sensations d'engourdissement ou des névralgies. Ces symptômes peuvent se présenter en dehors de tout phénomène douloureux hépatique, peuvent représenter le premier trouble dont se plaigne le malade et se soulagent par l'application de la chaleur sur la vésicule même quand celle-ci n'est pas spontanément douloureuse. La présence d'une parésie réflexe dans le bras droit à la suite d'une violente douleur abdominale doit éveiller l'hypothèse d'une colique hépatique.

2° L'existence de gastralgies à frigore (boissons glacées, bains froids) chez un dyspeptique qui ne souffre pas dans autres circonstances (excès alimentaires) doit faire penser à la lithiase biliaire.

3° L'apparition de violentes douleurs dorsales accompa-

gnées de nausées et même de régurgitations pituiteuses n'est pas rare chez ces patients.

4° L'exagération des troubles dyspeptiques à la suite des secousses corporelles doit éveiller l'idée d'une lithiase biliaire. L'apparition d'un mouvement fébrile accompagné d'urobilinurie dans ces circonstances est particulièrement significative. L'auteur souligne l'absence de caractère pathognomonique qui possèdent tous ces faits, lesquels doivent être considérés comme des simples petits symptômes avertisseurs.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 6 DÉCEMBRE 1924)

L'action physiologique de l'ouabaïne sur la conductibilité intracardiaque. — MM. Ch. LAUBRY et L. DEGLAUDE. — Les travaux de Lapicque et de ses élèves démontrent que les poisons du groupe digitalique agissent sur tous les muscles en général en augmentant la chronaxie, et avec une intensité d'autant plus grande que le muscle considéré a une chronaxie plus élevée. Sur le cœur l'action se porte donc spécialement sur le faisceau auriculo-ventriculaire, dont la chronaxie est trois fois plus forte que celle des cavités. C. Veil a montré que les troubles de conductibilité apparaissent quand le rapport d'un tiers des chronaxies est changé.

Les auteurs ont cherché à mettre en évidence ces troubles de conductibilité, sur le cœur de grenouille, par la méthode électrocardiographique. Ils ont choisi le glucoside le mieux défini de la série digitalique : l'ouabaïne et ils ont obtenu des tracés très démonstratifs, dans des conditions de technique précisées avec soin. L'examen de ces tracés permet de constater avec la plus grande netteté les troubles de conductibilité : écartement de la première phase du complexe ventriculaire, allongement de l'espace PR, dissociation auriculoventriculaire; bloc total.

M. LAUGIER. Ce phénomène est-il réversible?

M. DEGLAUDE. Il ne l'est pas.

Transmission des anticorps tuberculeux de la mère à l'enfant : concentration ou réactivation au niveau du placenta. — MM. Robert DEBRÉ et Marcel LELONG ont examiné, à l'aide de la réaction de déviation du complément avec un antigène tuberculeux, 35 fois le sang du cordon, 32 fois le sang veineux maternel correspondant, ainsi que le sang de 69 nourrissons issus de mères tuberculeuses, séparés dès la naissance ou en tout cas avant contamination.

Ils ont vérifié la réalité et la fréquence de transmission des anticorps tuberculeux de la mère à l'enfant. De plus ils ont constaté que ce passage n'est pas une filtration simple. Le placenta peut arrêter les anticorps totalement ou partiellement; il peut les laisser passer sans en modifier le taux; mais surtout il semble assez fréquemment avoir vu ces anticorps avec action de concentration ou de réactivation, les faisant apparaître dans le sang du cordon à un taux supérieur à celui qu'ils avaient dans le sang maternel ou même les faisant apparaître dans le sang du cordon alors qu'on ne pouvait le mettre en évidence dans le sang maternel. Ces anticorps tuberculeux transmis par la mère à l'enfant ne persistent pas dans le sang circulant du nouveau-né : ils disparaissent en quelques semaines selon un rythme automatique. Leur présence ne coïncide pas avec celle d'une réaction tuberculinique où avec la présence de lésions tuberculeuses macroscopiques ou histologiques et les inoculations des viscères du nourrisson ont été négatives dans tous les cas où elles ont été pratiqués.

Les cultures secondaires après filtration dans le phénomène de d'Hérelle. — M. Paul HAUDUROY décrit les caractères culturaux des formes anormales apparues dans les cultures secondaires après filtration. Ces formes sont facilement repiquables dans les milieux usuels, en aérobie excepté. L'auteur pense que ce sont des granules vus à l'ultramicroscope par d'Hérelle pendant la lyse qui traversent les filtres et redonnent naissance à des formes normales.

LIVRES NOUVEAUX

Dans l'intimité de l'empereur (1), par le docteur CABANÈS.

Notre ami Cabanès vient de faire paraître un nouveau volume, le vingt-sixième sauf erreur.

Dans son œuvre, il semble s'appliquer surtout à suivre le conseil de Boileau : « Polissez-le sans cesse et le repolissez. » Des nombreux personnages historiques qu'il a étudiés, tant au point de vue de l'histoire que de la psychologie et de la pathologie, avec ce souci constant de la vérité... son seul maître, il n'en est pas qui ait plus piqué son insatiable curiosité que Napoléon : Il nous a déjà donné, *Au chevet da l'empereur, Napoléon jugé par les Anglais.*

Quoi qu'on ait pu dire de ce « surhomme », il reste toujours quelque chose à ajouter. Ce nouveau volume de 500 pages, illustré de nombreuses figures et richement documenté, contient tout, ce qu'en cherchant bien, Cabanès a pu recueillir de détails sur l'empereur intime.

Dans un avant-propos qui, à lui seul, ferait un petit volume, l'auteur nous décrit le pouvoir fascinateur de Napoléon. Cette fascination dépassait, paraît-il, tout ce qu'on peut imaginer. Quelle belle étude psychologique que celle de cette emprise sur les hommes et les foules ! Elle était bien de nature à tenter Cabanès.

Que d'exemples frappants, que d'anecdotes intéressantes, que de réflexions judicieuses, on trouvera dans cette partie de l'ouvrage.

Suit une introduction dans laquelle l'auteur, après avoir rappelé les recherches de ses devanciers, nous fait sa profession de foi : « D'autres, dit-il, font de l'histoire officielle, grave, solennelle, toute de convention ; nous n'y cherchons, pour notre part, que l'intérêt des choses vues, vécues et ressenties. Sans doute, encourrons-nous le reproche de desservir la mémoire de celui que nous mettons en scène, dépouillé de son auréole ; mais nous n'avons d'autre objectif que de servir un maître ; ce maître c'est la vérité. »

Napoléon dans son intérieur, la psycho-physiologie de Napoléon, Napoléon homme de science et, en appendice, le service de santé de Napoléon, tels sont les divers points de vue sous lesquels Cabanès a envisagé l'empereur.

Dans l'impossibilité où nous nous trouvons de résumer une œuvre de cette importance, nous ne pouvons qu'engager nos lecteurs à la lire, ils reconnaîtront avec nous que la lecture en est profondément instructive et attachante, autant par le sujet lui-même que par la façon élégante dont il est présenté.

A. BROCHIN.

Précis de parasitologie humaine [parasites animaux et végétaux, les bactéries exceptées] (2), par P. VERDUN, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine de Lille, et A.-H. MANDOUL, professeur de parasitologie et de zoologie à la Faculté de Bordeaux.

Ce Précis est le premier de la série des ouvrages écrits sur cette matière à l'usage des étudiants et des praticiens. Débarrassé du fatras d'une érudition indigeste, il a réalisé, du premier coup, le manuel-type où se trouvent exposées, dans une langue claire et simple, les seules connaissances utiles au médecin.

Cette troisième édition a été mise au point par le professeur A.-H. Mandoul (de Bordeaux). Malgré les retouches et les remaniements nécessités par les progrès réalisés en parasitologie, l'architecture générale de l'ouvrage a été respectée; l'auteur a su faire tenir les acquisitions nouvelles de la science dans les limites modestes du cadre primitif.

De nouvelles figures et de belles planches en couleur, reproduction d'aquarelles, représentant des lésions parasitaires, peintes aux armées par un artiste de talent, illustrent brillamment le texte de cet ouvrage.

L. G.

(1) Paris, Albin Michel, édit., 22, rue Huyghens.

(2) Troisième édition. In-8 de 950 pages avec 434 figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, cartonné toile. — Prix : 46 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 2. — MARDI 6 & JEUDI 8 JANVIER 1925. 98e ANNÉE. MARDI 6 & JEUDI 8 JANVIER 1925. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an. Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à six places de médecin des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 février 1925, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, 49, rue des Saints-Pères.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 h., du lundi 26 janvier au samedi 7 février inclusivement.

— Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. — La réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude se réunira le lundi 9 février 1925, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le nombre des places d'assistant d'électro-radiologie à attribuer par cette Commission est fixé à huit.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du lundi 12 janvier au samedi 24 janvier 1925 inclusivement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins-majors de 2e classe Avril, Thibault, Bresson, Tronyo, Monteux, Xambeu, Lacassagne, Lenoir, Sciaux, Douboureau, Hote-Bridon, Raynaud, Beaujeun, Connesson, Bondil, Rabaute, Roussy, Kerebel, Mazurie, Laurence, Quemener, Le Coty, Jeandeau, Guirriec, Vrignaud, Stefani, Bonrepaux, Lacaze, Keruzore, Malaussene, Dodoz, Laigret.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Sacquépée, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire à Paris, nouvellement promu est maintenu provisoirement dans ses fonctions.

— M. le médecin inspecteur Cadiot, sous-directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, nouvellement promu est maintenu provisoirement dans ses fonctions.

— M. le médecin principal de 1re classe Monéger est nommé directeur du Service de santé du 33e corps d'armée à l'armée du Rhin.

A. D. R. M. — Samedi dernier, l'A. D. R. M. convoquait ses membres pour entendre une causerie du docteur Marcel Thalheimer sur son récent voyage aux Etats-Unis d'Amérique.

Nombreux furent les membres de l'A. D. R. M. qui assistèrent à cette réunion présidée par M. Appell, recteur de l'Université, assisté de M. le doyen de la Faculté et du professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M.

Continuant la série des très intéressantes et instructives conférences données par les docteurs Lemaître, sur l'Argentine, le Chili, le Paraguay, la Bolivie et le Pérou; Burnet, sur la Russie ; Cadenat sur l'Orient et Joltrain sur le Canada, le docteur Thalheimer exposa avec beaucoup de clarté ce qu'il avait vu, ce qu'il avait entendu, ce qu'on lui avait demandé. Bonne note fut prise des suggestions qui lui furent faites et des modifications qui pourraient avantageusement être apportées par l'A. D. R. M. pour faciliter le séjour et les méthodes de travail des étrangers de passage à Paris pour parfaire leurs études.

CROISIÈRES DE REPOS ET DE SANTÉ. — M. le docteur Loir organise une nouvelle croisière de repos et de santé qui partira du Havre pour gagner Marseille en faisant escale à Bordeaux, Lisbonne, Alger.

La croisière durera quinze à seize jours. Le départ aura lieu le 4 avril sur la *Ville-de-Strasbourg*.

Des conditions spéciales sont faites aux médecins et aux étudiants en médecine.

Il y a 30 places disponibles à 878 francs; 14 places à 450 francs et 300 places à 300 francs.

Ces prix comprennent tous frais de voyage du Havre à Marseille, de logement sur le bateau et de nourriture pendant 15 jours. Sont exclus les frais des excursions à terre.

La croisière n'aura lieu que s'il y a au moins 300 adhérents

inscrits avant le 15 février S'inscrire auprès de M. Loir, 12 *bis*, rue de Colligny, Le Havre.

Pendant la croisière, M. le docteur Loir fera, pour les étudiants et les médecins qui le voudront, un cours de préparation à l'examen de médecin sanitaire maritime.

Le Professeur BERGONIÉ

Le nom de Bergonié s'inscrira dorénavant dans le martyrologe de la science à côté de celui des nombreuses victimes médicales tombées au service des malades et pour le progrès de la science.

Né à Cassineuil (Lot-et-Garonne), le 7 octobre 1857, Jean-Alban Bergonié, attiré par la grande cité universitaire voisine, vint s'inscrire à la Faculté des sciences de Bordeaux où il passa sa licence en sciences naturelles.

Il commença en même temps ses études de médecine et se spécialisa dès sa thèse inaugurale dans l'étude de la physique médicale, science à laquelle il devait désormais consacrer tous les instants de sa vie.

Nommé professeur agrégé en 1901, puis professeur titulaire, il ne voulut pas se contenter des sereines satisfactions que donne le laboratoire; il alla tout de suite « au malade » en créant à l'hôpital Saint-André, dans une modeste cabine de bain qu'on lui avait généreusement concédée et qu'il montrait plus tard avec orgueil, l'embryon de ce service d'électrologie puis d'électroradiologie qu'il ne cessa de développer et de tenir au niveau des acquisitions nouvelles de la science pour le plus grand bien des pauvres et des malheureux. Il y créa aussi de toutes pièces le premier enseignement complet d'électrothérapie et de radiologie; et ce service a été, on peut le dire, le modèle sur lequel ont été calqués les services qui fonctionnent actuellement dans les principaux hôpitaux de Paris et de la Province. Mais son activité qui ne connaissait pas de bornes — il avait supprimé le repas de midi pour gagner du temps — le poussa à créer les *Archives d'électricité médicale* qui, grâce à un labeur incessant, devinrent bientôt et demeurèrent pendant trente ans le journal de notre spécialité le plus répandu et le plus justement réputé du monde entier.

Conscient que notre jeune spécialité avait besoin pour se développer pleinement que ceux qui s'y intéressent mettent en commun leurs recherches et leurs travaux et les soumettent à la critique de leurs confrères, il obtint en 1899, de l'Association française pour l'avancement des sciences, qu'une section spéciale fut créée, qui devint la XIIIe section, celle de l'Electrologie et de la Radiologie médicales. Il ne se contenta pas de créer il en devint l'animateur, et jusqu'au moment où le mal qui devait l'emporter l'en éloigna, on put le voir assidu à chaque séance, son carnet devant lui, son crayon à la main, tantôt prenant des notes pour son journal, tantôt communiquant lui-même, tantôt intervenant dans les discussions avec ce bon sens qui savait si bien résumer et mettre au point les questions les plus embrouillées.

Et c'est ainsi qu'il se révéla un véritable Maître; parce qu'il sut grouper autour de lui le faisceau des jeunes qui se lancèrent dans la spécialité vers 1900; qu'il sut les guider, les diriger; souvent les inspirer avec ce souci constant qu'il avait que l'électroradiologie française acquière le droit de cité qui lui était dû dans le cadre des sciences médicales; et que par le nombre et la qualité de ses travaux elle fût la première du monde.

*
* *

Que de travaux sont sortis des recherches de Bergonié, faites soit à l'hôpital Saint-André, soit à sa clinique de la rue du Temple; leur énumération seule en serait interminable. On en trouvera tout au long la substance dans les trente-deux années de son journal.

Il se consacra d'abord à l'électrologie, et plus particulièrement au traitement des affections qui intéressent le neurone moteur périphérique : traitement des névrites; de la paralysie infantile; des atrophies musculaires et c'est ainsi qu'il fut amené à construire son fauteuil à ergothérapie passive, connu sous le nom de fauteuil de Bergonié, employé surtout pour combattre l'obésité, mais qui est aussi un excellent appareil de régénération musculaire.

Sans que son activité se détournât de l'électrothérapie; il se mit à travailler avec son ardeur coutumière la radiologie et la curiethérapie; et il ne faut pas oublier que nous lui devons des précisions de haute valeur sur la radiosensibilité cellulaire — base de la radiothérapie — et qu'une des lois de la science nouvelle porte son nom associé à celui du docteur Tribondeau. Il a, par cette acquisition, par beaucoup d'autres du même ordre, par la véritable croisade qu'il a entreprise, largement contribué à la lutte contre le cancer.

Il y a consacré ses dernières années d'activité et toutes ses forces déclinantes; il y a pensé jusqu'à la fin.

Il avait créé, dès 1922, à Bordeaux, à l'hôpital Saint-André, un centre puissamment outillé, mais qui ne satisfaisait déjà plus son esprit sans cesse épris de perfectionnement et qui allait être remplacé par un autre, modèle de genre, dont il put, il y a quelques semaines, poser la première pierre.

Bergonié, qui s'est toujours dépensé sans compter, paya comme toujours de sa personne pendant la grande guerre. Nommé chef du service d'électroradiologie et de physiothérapie de la XVIIIe région; il organisa ce service d'une manière si parfaite, qu'il servit de modèle aux autres organisations du territoire.

Par l'invention et la mise en pratique de l'électrovibreur, par les directives qu'il sut donner pour la rééducation des blessés, il a largement contribué à la défense nationale.

Comme bien des ouvriers de la première heure, il fut atteint par les effets nocifs des radiations contre lesquelles on ne songeait pas à se protéger. Les lésions qu'elles provoquèrent en lui l'obligèrent à subir plusieurs interventions mutilantes dont la dernière en date fut il y a environ dix-huit mois la désarticulation de l'épaule.

Depuis, le mal qui avait paru un instant suspendre sa marche avait repris son essor sournoisement envahissant.

Tous ceux qui l'ont connu savent avec quel stoïcisme hautain il envisageait le sort qu'il savait lui être réservé à brève échéance.

Il est resté jusqu'à la dernière heure sur la brèche, soutenu par son admirable compagne et collaboratrice Mme Bergonié; et il est tombé en élevant ses dernières pensées vers son œuvre inachevée, vers ce centre anticancéreux de la rue Saint-Genès qu'il voulait magnifique, et auquel il a légué le matériel de sa clinique et une somme très importante pour la construction de nouveaux locaux.

Ardeur au travail, volonté créatrice, ténacité dans la réalisation : tels sont les traits principaux de ce grand caractère que fut Bergonié, et qui lui valurent d'être élu en 1895 membre correspondant de l'Académie de médecine; en 1916 correspondant de l'Académie des sciences; de recevoir à deux reprises différentes la médaille d'or de la fondation Carnegie; et enfin le 14 décembre dernier la dignité de grand'croix de la légion d'honneur.

On ne peut mieux synthétiser l'homme qui vient de disparaître qu'en rappelant les fortes paroles prononcées à cette occasion par le maréchal Pétain qui lui dit en lui remettant les insignes : « Vous êtes un combattant admirable, dont l'héroïsme, la noblesse des sentiments, le dévouement font honneur à la France et à l'humanité. »

Dr LOUIS DELHERM.

ABSENCE FOLLICULAIRE DE PRESQUE TOUTES LES DENTS PERMANENTES D'ORIGINE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

Par MM. MATHIEU-PIERRE WEIL,
Médecin des hôpitaux de Paris,
et GEORGES VILLAIN,
Professeur à l'Ecole dentaire de Paris.

L'absence folliculaire des dents permanentes constitue généralement un trouble très localisé. Elle se limite, en effet, presque toujours à une, deux ou trois dents. Elle est généralement bilatérale et symétrique, bien qu'il ne s'agisse cependant pas là d'un caractère absolu. A. Fournier en a signalé le premier toute l'importance; Edmond Fournier (1) y insiste dans son livre; Merville (2) est revenu récemment sur cette question. Le plus souvent, ce sont les incisives qui sont intéressées, tout particulièrement les incisives supérieures, les latérales surtout; les canines ne présentent pour ainsi dire jamais ce trouble de développement car, comme le font observer Frey et Ruppe (3), les dents qui ont les plus fréquentes anomalies de nombre sont celles qui sont constituées en séries plus nombreuses.

Ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel qu'on a signalé l'absence des quatre incisives inférieures (A. Fournier) ou supérieures [Mansell Moullen (4)]. Cependant A. Wolff (5) a cité le cas d'une jeune fille de vingt-cinq ans qui présentait une absence totale de dents à la mâchoire inférieure; Chompret (6) aurait observé un cas où tout le système dentaire, celui de première et de seconde dentition, faisait totalement défaut; Guéricke et Thurnam (7) ont vu une malade chez laquelle l'absence de toutes les dents et de leurs alvéoles coïncidait avec une alopécie congénitale. Cependant, d'après Magitot (8), il n'existerait pas de fait authentique d'absence congénitale de toutes les dents, en dehors, cela va sans dire, de lésions pathologiques graves des maxillaires pouvant entraîner leur perte et celle de leur follicule.

Nous avons eu l'occasion d'observer récemment une malade remarquable par l'importance que le trouble dystrophique atteignait chez elle; elle ne présentait, en effet, comme dents de seconde dentition, que deux incisives centrales supérieures et deux secondes grosses molaires inférieures.

OBSERVATION. — Mlle C..., âgée de quatorze ans bientôt, est née à terme. Son enfance n'a été traversée que de maladies banales (rougeole, broncho-pneumonie, coqueluche). Elle a été opérée à trois ans pour végétations et hypertrophie des amygdales.

Son développement, tant physique qu'intellectuel, est entièrement normal. Son intelligence est celle d'une jeune fille de son âge, sa taille de 1m59, son poids de 46kg400. Elle n'est pas encore réglée. Elle présente un léger astigmatisme oculaire, de l'acrocyanose des mains, et une tendance au livedo.

A part ces petits troubles, elle est parfaitement normale. Un examen clinique minutieux et un examen radioscopique complet n'ont permis de déceler chez elle aucune anomalie.



FIG. 1. — *Moulage de la denture* (seules $\frac{1 \mid 1}{7 \mid 7}$ sont des dents permanentes).

Ses dents temporaires sont apparues normalement, mais elles n'ont pas disparu de même. Aujourd'hui, alors qu'âgée de près de quatorze ans elle ne devrait plus en avoir aucune, elle présente encore, en fait de *dents de lait* :

En haut : *A droite*, la canine et les deux molaires;

A gauche, l'incisive latérale (très abrasée par la canine antagoniste), la canine, les molaires.

En bas : *A droite*, les deux incisives et la canine; une molaire aurait été avulsée à Pâques de l'année dernière;

A gauche, les deux incisives et la canine; une deuxième molaire temporaire très carriée lui a été extraite récemment de ce côté.

Les incisives temporaires ont subi une abrasion mécanique intense; leurs couronnes sont presque totalement détruites; la surface abrasée est lisse et dure; aucun trouble pulpaire. Les premières molaires temporaires supérieures sont relativement petites par rapport aux secondes.

En fait de *dents définitives* notre malade ne présente que deux incisives centrales supérieures et deux molaires permanentes inférieures. Ces dernières ont évolué à onze ans : en raison de leur forme, siège et date d'éruption, nous supposons qu'il s'agit des deuxièmes grosses molaires (dents de douze ans) bien que les premières grosses molaires, ou dents de sept ans, soient totalement absentes.

Ces dents permanentes sont à peu près normales; cependant les deux incisives centrales supérieures sont très légèrement coniques, et les deux molaires permanentes n'ont pas une couronne tout à fait normale : elles sont courtes et arron-

(1) Edmond FOURNIER. *Stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis*, Paris 1898.
(2) MERVILLE. Valeur diagnostique des dystrophies dentaires dans la syphilis héréditaire, *Th. de Paris*, 1921.
(3) FREY et RUPPE. *Pathologie de la bouche et des dents*, Paris 1922.
(4) Mansell MOULLEN. *Brit. med. Journ.*, 1884, t. I. f. 52.
(5) A. WOLFF. *Samlung klinischer Vorträge* (*Volkmann*), 1888, p. 2507.
(6) CHOMPRET. Cité par Edmond FOURNIER. Loc. cit., p. 87.
(7) GUÉRICKE, THURNAM. Cités par DIEULAFÉ et HERPIN. In *Traité de stomatologie* de Gaillard et Nogué, 1910, t. II.
(8) MAGITOT. *Ibid.*

dies, celles de gauche présentent un petit cuspide supplémentaire sur sa face mésiale.

Une étude radiographique minutieuse des arcades dentaires montre l'absence totale de tous les autres follicules des dents permanentes.

Notre malade a donc perdu, sans remplacement, certaines dents de première dentition, à savoir :

En haut : une incisive latérale inférieure droite.

En bas : une molaire temporaire droite et une molaire temporaire gauche. La malade et sa mère affirment en effet qu'en dehors des deux prémolaires de première dentition dont nous avons signalé l'avulsion, aucune autre dent n'aurait été extraite.

L'examen de la face présente :

Diamètre bi-zygomatique > bi-temporal > bi-goniaque; angles et plans faciaux normaux.

Rapports :

- $\frac{\text{Maxillaires}}{\text{face}}$: normaux.
- $\frac{\text{Arcade}}{\text{maxillaire}}$: bi-retrusion faible.
- $\frac{\text{Arcade supérieure}}{\text{arcade inférieure}}$: (pas de rapports antagonistes par suite absence dents).
- $\frac{\text{Dents}}{\text{Arcade}}$: développement satisfaisant des arcades, étant donné l'absence de nombreux follicules.

Les antécédents de cette jeune fille sont intéressants à préciser. La mère est normalement constituée; l'examen minutieux de ses divers organes n'a permis de déceler aucun trouble morbide. Elle a eu quatre grossesses :

La première a donné naissance à un garçon qui est mort à l'âge de neuf mois au cours d'une crise convulsive rapportée à une gastro-entérite (oct. 1907); il présentait une double hernie, ombilicale et inguinale droite, et à neuf mois il n'avait encore aucune dent.

La seconde s'est terminée par une fausse couche de trois mois (janv. 1908).

La troisième a donné naissance à notre malade (sept. 1910).

La quatrième s'est terminée par une fausse couche de trois ou quatre mois.

Cette femme a été opérée d'un kyste de l'ovaire droit entre la deuxième et la troisième couche (juillet 1909).

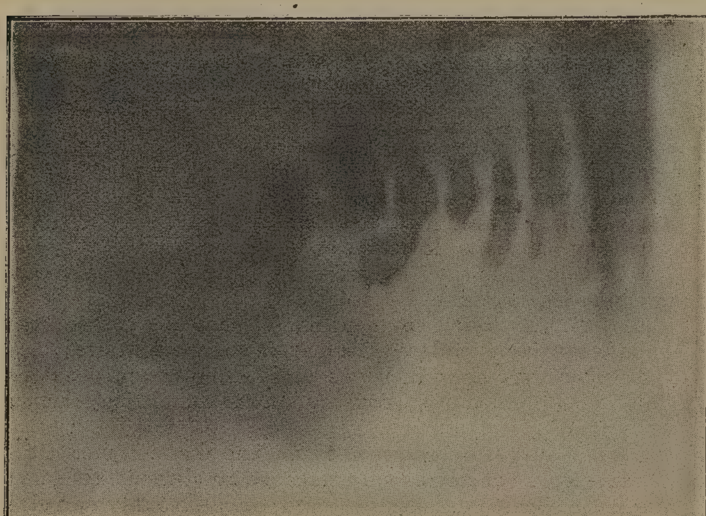


Fig. 2. — *Radiographie des maxillaires* (côté droit). — A noter la résorption radiculaire.

Le père de notre malade est également d'une santé parfaite et ne présente aucun signe d'adultération organique aussi minime soit-elle. Il a cependant contracté la syphilis au service militaire. Cette syphilis a été diagnostiquée alors, et le sujet en connaît l'existence; elle s'est caractérisée par un chancre de la verge sans bubon suppuré, dont il reste à l'heure actuelle une cicatrice caractéristique, ovoïde, dépigmentée, nettement limitée, des dimensions d'un pois, au niveau de la région moyenne du dos de la verge. Elle n'a été que très incomplètement traitée.

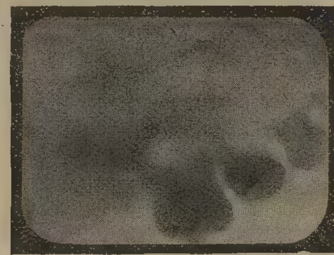


Fig. 3. — *Radiographie du maxillaire inférieur gauche* indiquant nettement que la dernière dent située sur l'arcade supérieure est une dent temporaire.

Nous avons recherché l'état de la réaction de Bordet-Wassermann chez notre malade et chez ses parents. Les résultats ont été les suivants :

Enfant : Wassermann négatif. Hecht négatif.

Mère : Wassermann négatif. Hecht positif (déviation de deux doses d'alexine).

Père : Wassermann négatif.

Les parents présentent une dentition normale, aucune absence folliculaire et il n'en existe pas, à leur connaissance, chez leurs ascendants.

En *résumé*, il s'agit d'une jeune fille de quatorze ans environ qui, en dehors de toute autre dystrophie, présente une absence congénitale de tous ses follicules dentaires, hors ceux des deux incisives centrales supérieures et de deux molaires inférieures que nous croyons être les dents de douze ans. Les parents sont en parfaite santé, mais la mère a perdu un enfant de convulsions et a fait deux fausses couches. L'origine de tous ces accidents réside dans une syphilis paternelle; le père cependant n'en présente actuellement aucune manifestation et ne semble en avoir eu aucune après les accidents primitifs; la réaction de Bordet-Wassermann est négative dans son sang comme dans celui de l'enfant; seule la réaction de Hecht est légèrement positive dans le sang maternel.

Cette observation est remarquable à maints points de vue.

L'importance du trouble dentaire mérite déjà par lui-même de retenir l'attention, puisqu'en dehors de deux incisives et de deux molaires on note l'absence de toutes les autres dents permanentes et de leurs follicules. D'autre part, certaines dents de première dentition (une incisive supérieure, deux molaires inférieures) sont tombées spontanément sans être remplacées par des dents permanentes, contrairement à la loi générale selon laquelle l'absence congénitale d'une dent permanente va toujours de pair avec la persistance de la dent temporaire correspondante.

L'origine hérédo-syphilitique de cette dystrophie est évidente. Il n'en est que plus intéressant de noter l'état de parfaite santé des générateurs et la négativité des réactions humorales chez les parents et chez l'enfant. Hors la notion de deux fausses couches et d'un enfant mort précocement de convulsions, rien dans cette famille ne vient révéler l'infection de l'enfant, et celle-ci ne se caractérise guère que par un trouble dystrophique à localisation exclusivement dentaire.

La question de la nature de ce trouble mérite d'être discutée. Est-il bien exclusivement dentaire ? Est-ce bien au niveau de la région des follicules des dents que s'est fait sentir l'action du spirochète

syphilitique? Il est bien difficile de l'affirmer comme de l'infirmer. Nous sommes cependant frappés de l'existence, chez notre malade, de livedo et d'acrocyanose des mains, troubles dont l'origine semble bien résider dans une insuffisance fonctionnelle des glandes vasculaires sanguines et tout particulièrement du corps thyroïde. Ne serait-ce pas cette atteinte prénatale du système thyroïdien, ou de façon plus générale du système endocrinien qui serait à l'origine de ses accidents dentaires? Nous serions assez tentés à l'admettre, étant portés à croire que c'est au niveau des glandes closes que réside le primum movens de bien des troubles de la dentition, et tout particulièrement de ceux qui sont liés à une viciation du métabolisme calcique qui est si étroitement fonction de l'activité de ces organes.

Cette observation montre enfin tout l'intérêt qui s'attache à la collaboration du dentiste et du médecin. Le clinicien ne doit pas omettre d'examiner systématiquement l'état de la dentition de tous ses malades; c'est là qu'il trouvera souvent la cause de leur affection; mais le stomatologiste doit toujours penser, en présence d'un trouble dentaire, que son origine peut résider dans une altération de l'état général que seul un examen médical complet pourra souvent permettre de dépister et de guérir.

ACTUALITÉS

LE CANCER EST-IL HÉRÉDITAIRE?

Quand on aborde, par un côté ou par un autre, la question du cancer, on est toujours gêné, sinon arrêté, par l'ignorance complète dans laquelle nous sommes de son origine. Des trois théories en présence, embryonnaire, parasitaire, cellulaire, aucune n'apparaît pleinement satisfaisante. Toutes, sans doute, possèdent à leur appui quelques faits; mais toutes également se heurtent à d'autres faits qui les contredisent; les nouveaux procédés d'exploration, l'expérimentation et les épreuves humorales ne renseignent pas mieux; la thérapeutique par le bistouri ou les radiations n'éclaire aucunement l'étiologie, et la chimiothérapie et l'opothérapie se sont montrées d'effets trop peu sûrs pour qu'on en puisse tirer des indications précises. Aussi, pour esquiver les difficultés, beaucoup de spécialistes déclarent-ils, aujourd'hui, que « le cancer est biologiquement une maladie à part, qui n'a d'analogie avec aucun autre processus morbide connu jusqu'ici » (1).

Manifestement, c'est là, non une solution, mais un aveu d'impuissance. On se sent quelque peu découragé, tout en refusant de l'avouer, par les résultats insignifiants d'efforts si divers et si prolongés, et, pour justifier ces échecs, on a tendance à chercher, à la source de la malignité, une cause extraordinaire et vaguement mystérieuse. Je crains qu'on ne fasse ainsi fausse route. Aux innombrables maladies que nous étudions, nous ne connaissons que deux causes : le parasitisme et les états dyscrasiques, étant admis que, dans le cadre de ces derniers, rentrent les affections déterminées par les radiations ou par les irritations mécaniques et que les tumeurs embryonnaires de Conheim, les dysembryomes de M. Letulle et les séclusions de Rippert constituent des monstruosités et appartiennent proprement à la tératologie. Parce que nous n'avons pas encore réussi à savoir si le cancer est d'origine parasitaire ou d'origine cellulaire et humorale, nous ne sommes nullement autorisés à invoquer une troisième cause qu'on ne discerne pas d'ailleurs bien clairement. Au point de vue logique, il est préférable de supposer que nous abordons mal l'étude du cancer, maladie essentiellement polygénétique, c'est-à-dire qui peut être due soit à des parasites variés, soit à des modifications cellulaires ou humorales très différentes.

* * *

Il est intéressant de noter, à ce propos, que seuls les états dyscrasiques sont vraiment héréditaires et encore sous des modalités qui ne sont pas toujours les mêmes que celles dont les parents sont affectés. Si le germe est touché par une viciation métabolique, il ne réagit pas nécessairement par un trouble identique : un goutteux ne donne pas forcément naissance à de futurs goutteux. Au contraire, le parasitisme n'est pas héréditaire, car le descendant ne contient pas à sa naissance, dans ses tissus, le parasite dont le père et surtout la mère sont infectés, pour la raison qu'un ovule ou un spermatozoïde parasité succomberait rapidement et serait par conséquent impropre à la reproduction. A cette règle concernant les maladies infectieuses, il n'existe qu'une exception constatée, la syphilis : des fœtus de femmes en évolution d'avarie ont été trouvés envahis par le tréponème. Cependant il est très douteux qu'il s'agisse, dans ce cas, d'une hérédité vraie, d'une hérédité de germe; du moins on n'en a pas la preuve. Plus vraisemblable est la contamination seconde de l'embryon par le parasite, qui, grâce à sa forme et à sa mobilité spéciale, réussit à s'infiltrer à travers les membranes protectrices du placenta. On serait alors en présence d'une infection acquise avant la naissance et pas du tout d'une véritable hérédité.

Ce sont ces considérations générales qui donnent une réelle importance à la question de l'hérédité du cancer, car si on arrive à démontrer que le cancer est héréditaire, il y a beaucoup de chances pour qu'il soit d'origine dyscrasique — cellulaire ou humorale — tandis que, dans le cas contraire, l'influence parasitaire demeure plus probable. Malheureusement, nous allons voir qu'au problème ainsi posé aucune solution définitive n'a encore pu être fournie.

Dans ces tout derniers temps, on s'est beaucoup occupé de l'hérédité du cancer. M. G. Roussy, dans son livre remarquable sur « L'Etat actuel du problème du cancer », n'y insiste pas très longuement, mais M. Letulle, dans son travail sur « Les familles à cancer » (1) et M. H. Vignes dans son « Mouvement médical sur l'hérédité du cancer » (2), étudient plus à fond cette importante question. Rappelons d'ailleurs qu'ici même (3) un praticien très distingué, le docteur Et. Guenot, avait apporté il y a plus de dix ans, sur ce sujet, un document très intéressant qui concluait à l'existence de familles cancérisées et à l'hérédité de la localisation.

Les déclarations de M. Letulle sont très nettes :

(1) G. Roussy. La nature du cancer. *Bull. méd.*, 24-27 sept. 1924, p. 1070.

(1) Letulle. *Presse méd.*, 26 sept. 1924.
(2) H. Vignes. *Presse méd.*, 24 sept. 1924.
(3) Et. Guenot. *Gaz. des hôpit.*, n° 106, 18 sept. 1913.

« Oui, il existe des « familles à cancers », affirme-t-il, et les exemples n'en sont point aussi rares que certains auteurs le prétendent ». C'est pourquoi il engage tous ses confrères à se documenter avec soin, non seulement sur les familles où des cas de cancer sont signalés, mais aussi sur celles qui s'attestent jusqu'alors « providentiellement » protégées contre cette redoutable maladie. Cette enquête, à si longue échéance qu'elle soit, aurait le mérite de mettre en lumière les conditions favorisantes ou non de la malignité et peut-être, par là, de faciliter la découverte de la cause première.

M. H. Vignes est un peu moins ferme dans ses déductions. Après avoir montre les difficultés presque insurmontables de cette enquête, après avoir rappelé l'observation impressionnante de Broca (16 cas de cancer dans une famille de trente-neuf personnes), celle de la famille Bonaparte, celle de Critzman (jumeaux indemnes quand les non jumeaux sont atteints), incline à penser, avec S. van Dam, que le cancer se comporte, dans certains cas, plutôt comme une maladie familiale que comme une maladie véritablement héréditaire; elle frappe pour un temps une famille, puis disparaît à la troisième ou quatrième génération; il s'agirait d'une cause cancérigène banale, non héréditaire, atteignant des gens qui ont vécu ensemble, ou bien encore d'un facteur d'hérédité cancéreuse ou de prédisposition au cancer, se transmettant de préférence par la mère mais obéissant à des lois que nous discernons mal. Il est ainsi amené aux curieuses expériences de Mlle Maud Slye sur l'hérédité du cancer spontané de la souris. Ces expériences conduisent à admettre qu'il y a des souches particulièrement sujettes au cancer et que, dans ces souches, le cancer paraît obéir aux lois de l'hérédité mendélienne. N'insistons pas sur les objections qui ont été adressées à cette conception. Notons seulement que, comme l'a indiqué Wachtel, partisan de la théorie de Mlle M. Slye et de son application à l'homme, elle explique le fait que le cancer peut sauter plusieurs générations et reparaître chez les descendants, en d'autres termes rester à l'état latent sans cesser d'être présent. M. H. Vignes paraît en somme se ranger à cette manière de voir; il reconnaît que si la prédisposition cancéreuse, dont nous ignorons totalement la nature, n'existe pas dans un grand nombre de cas, cela ne permet pas d'en déduire que l'hérédité ne joue pas un certain rôle dans le cancer, et alors, dans l'affirmative, cette hérédité revêt l'aspect d'un caractère mendélien, tantôt récessif, comme le croit Mlle M. Slye, tantôt dominant, comme le soutient Lynch.

***

On voit que nous sommes loin d'être fixés sur l'hérédité du cancer. Non seulement il est souvent isolé dans une lignée, mais encore, dans les familles dites cancérisées, il se montre très divaguant. Le professeur Delbet a objecté, avec raison, que, dans ces dernières, les proportions de cancéreux ne sont pas celles qu'indiquent les lois de Mendel. Mais on peut faire une autre remarque. De toute évidence, l'hérédité mendélienne est une hérédité d'éléments figurés, chromosomes, grains de pigments, mitochondries, microbes, etc., qui, dans une cellule donnée, existent ou n'existent pas. On ne peut pas concevoir cette hérédité s'appliquant à des états physico-chimiques diffus, à des suspensions colloïdales, à des sols. Si donc on devait admettre que l'hérédité cancéreuse suit les lois de Mendel, on serait invincib ement conduit à le considérer comme d'origine parasitaire, peut-être ultravirulente, ce qui rend difficile la découverte de ses agents.

Un point encore doit retenir notre attention. Maladie familiale et maladie héréditaire ne sont pas du tout la même chose. La maladie familiale résulte des conditions semblables dans lesquelles vivent tous les membres de la famille et quand ces conditions cessent la maladie disparaît. Or, on ne peut nier qu'il y ait des maisons à cancer. A la campagne, où les familles habitent le même logement de père en fils, ces maisons sont connues. Des gens indemnes viennent y habiter et deviennent cancéreux; leurs enfants également; leurs petits enfants se dispersent et s'ils n'ont pas contracté la maladie avant d'aller s'installer ailleurs, eux et leurs descendants cessent d'être cancéreux. A Paris et dans toutes les grandes villes, on a dénombré des maisons à cancer, mais le lien étiologique est ici beaucoup plus difficile à établir, parce que les gens vont et viennent; ils attrapent le cancer dans un appartement, sans le savoir, mais vont en mourir dans un autre. D'où la grande importance de l'enquête réclamée par M. Letulle, à la condition qu'elle porte également sur les locaux d'habitation successifs et que le carnet sanitaire des maisons soit rigoureusement tenu à jour. On ne peut espérer tirer de ces renseignements des indications immédiates. Ce n'est qu'à la longue et à mesure qu'ils se préciseront qu'ils deviendront capables d'orienter les recherches sur l'étiologie du cancer.

Pour le moment, contentons-nous d'avouer notre ignorance. Il n'est pas prouvé que le cancer soit héréditaire; il n'est pas certain non plus qu'il constitue une maladie à part. Les travaux de Borrel, de Fibiger, de Peyton, de Bra, etc., ouvrent une voie qui sera peut-être féconde. Autrefois, il y avait des régions, des maisons à paludisme; des familles y étaient décimées; les gens qui y passaient attrapaient la maladie. On ne savait pas pourquoi. On le sait depuis Laveran et le paludisme est en voie de disparition. Peut-être en sera-t-il de même du cancer, quand nous nous déciderons à l'étudier en suivant la méthode rigoureuse et patiente dont Pasteur nous a fourni le modèle.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1924)

Récidives de scarlatine *(à propos du procès-verbal).* — M. Comby signale trois cas typiques de récidives de scarlatine. Il insiste sur la valeur de la desquamation de la langue comme signe important pour le diagnostic.

M. Hallé partage l'opinion de M. Comby pour le diagnostic avec la rougeole et la rubéole, mais la desquamation de la langue existe aussi dans les érythèmes scarlatiniformes.

M. Netter considère la desquamation de la langue comme un signe tardif d'où la valeur du laboratoire d'après les recherches modernes pour le diagnostic différentiel précoce.

Septicémie à bacillus ramosus. — MM. L. Boez et R. Holtzmann. Il s'agit d'une septicémie subaiguë avec anémie progressive ayant évolué vers la mort en cinq semaines. Au point de vue objectif on a uniquement observé une adénite sus-claviculaire, rien ne permettait cliniquement de

prévoir que le germe à incriminer était un anaérobie. L'isolement du bacillus ramosus a été obtenu au moyen d'un dispositif spécial permettant de réaliser simplement l'hémoculture anaérobie en milieu solide et décrit par L. Boez dans les *Comptes rendus de la Société de biologie*, 1924, t. XCI.

Septicémie à micrococcus fœtidus. — MM. L. Boez et Keller. Diagnostic par la méthode d'hémoculture anaérobie en milieu solide. Septicémie puerpérale. Deux hémocultures en bouillon restent négatives, tandis que deux hémocultures anaérobies en milieu solide décèlent respectivement huit et douze colonies de micrococcus fœtidus. Le caractère anaérobie du microbe expliquent les échecs des premiers examens et montre l'avantage d'une technique qui permet la recherche des microbes anaérobies stricts et facultatifs du sang ainsi que leur numération.

Troubles visuels dus au 914. Leur pathogénie. — M. Milian rapporte l'observation d une malade qui, à la troisième injection de 0g45 de 914, a présenté une myopie subite par contracture des muscles ciliaires due à une intoxication arsenicale.

M. Flandin rapporte 1 cas semblable à la suite de douze injections d'hectine B chez un malade atteint d'amibiase.

Polynévrite sensitivo-motrice survenue chez une tuberculeuse après un pneumo-thorax thérapeutique. — MM. Lévy-Valensi, Philibert et Lechaux présentent une jeune fille atteinte de lésions tuberculeuses discrètes qui à la suite d'un pneumo-thorax artificiel, fit une polynévrite des petits muscles, des mains et des branches terminales des deux sciatiques. En l'absence de toute intervention médicamenteuse ou autre, les auteurs croient à une polynévrite tuberculeuse et s'appuyant sur deux autres cas moins purs d'ailleurs, se demandent s'il y a coïncidence ou action déterminante du pneumo-thorax, agissant à la façon d'un traumatisme qui aurait mobilisé bacilles ou lésions.

Phrénicotomie dans la tuberculose excavée. — MM. J. Rolland, A. Maurer, J. Valtis présentent l'observation d'un cas de phrénicotomie pratiquée par l'un d'eux chez une jeune femme pour une tuberculose excavée de la base du poumon droit.

Sur le cliché pris après l'intervention, on voit, grâce à l'ascension du diaphragme paralysé, la capacité de l'hémithorax droit réduite de plus d'un tiers, et la volumineuse cavité en partie collabée. Les résultats cliniques ont été jusqu'ici satisfaisants.

Les auteurs ont déjà opéré plusieurs malades dans les mêmes conditions : ils se réservent de publier leurs observations dans un travail d'ensemble où ils préciseront leur technique opératoire. Ils se contentent aujourd'hui de rappeler brièvement les indications de cette méthode thérapeutique préconisée, dès 1911, par Stuertz et beaucoup trop négligée en France.

Appelée à suppléer le pneumothorax artificiel, dans les cas où il est irréalisable, elle peut être employée concurremment avec lui pour compléter ses effets, lorsqu'il est partiel, et prolonger son action, lorsqu'il est abandonné dans des délais normaux ou prématurément à la suite d'adhérences qui le suppriment progressivement.

MM. Sergent et Ameuille font des réserves sur les résultats éloignés.

Hirsutisme avec diabète et troubles psychiques. Discussion sur l'origine endocrinienne. — MM. Crouzon, Marquezy et Lemaire montrent une malade atteinte d'insuffisance polyglandulaire avec hirsutisme, adipose rappelant celle de Dercum, diabète léger, aménorrhée. Elle présente, en outre, un syndrome psychique assez spécial, dont une des caractéristiques est le contraste entre l'activité physique élémentaire ordonnée et la profonde inertie intellectuelle (cette malade est restée huit mois sans parler : elle n'est sortie de ce mutisme que passagèrement sous l'influence d'une injection intraveineuse de somnifène, phénomène que deux d'entre nous avaient déjà observé d'autre part).

L'origine endocrinienne de ces troubles paraît indiscutable; il est difficile de préciser quelle est la glande atteinte. Pourtant la déformation de la selle turcique d'une part, l'existence de troubles psychiques rappelant ceux qui ont été signalés dans les néoplasies de la région basilaire du cerveau, d'autre part, permettent de penser à une lésion hypophysaire ou infundibulo-tubérienne.

Encéphalite épidémique à forme choréique grave, traitée par le salicylate de soude intraveineux. Guérison. — MM. René Bénard, Marchal et Y. Bureau présentent une malade qui fut atteinte d'encéphalite épidémique à type de grande chorée fébrile, et dont l'évolution fut extrêment grave. Pendant quinze jours, l'état sembla désespéré : amaigrissement cadavérique, alternatives de torpeur diurne et d'agitation nocturne extrême, état de mort imminente. Un traitement par l'urotropine intraveineuse resta sans effet; par contre, à la suite de dix injections de salicylate de soude intraveineuses en sérum glucosé à 10 p. 100 suivant une méthode personnelle, la guérison s'installa progressivement. A l'heure actuelle, au bout de deux mois, et à part quelques grimacements minimes, la malade est complètement guérie.

Les auteurs insistent sur ce fait qu'il n'existe dans la littérature à peu près aucun fait de forme choréique ayant présenté un semblable degré de gravité, et s'étant néanmoins terminé par la guérison.

Un cas de dystrophie cruro-vésico fessière par agénésie du sacrum. — M. André Léri et Mlle Linossier présentent un cas de cette curieuse dystrophie, déjà décrite par Aunard, Foix et Mouzon et par Foix et Hillemand. Il s'agit d'une malade atteinte d'une atrophie massive de tout le train postérieur, portant spécialement sur les fesses (sujet sans fesses) et sur les muscles de la jambe. En outre, incontinence d'urine, vessie de dimension extrêmement réduite, abolition des réflexes achilléens, malformation des pieds, hypoesthésie périanale à tendance syringomyélique. Il est intéressant de signaler l'intégrité des organes génitaux, innervés par le plexus lombaire : la malade a eu trois grossesses.

Cette dystrophie est due à l'absence du sacrum et du coccyx et probablement à l'atrophie des nerfs du plexus sacré. Ces sujets sont de véritables invertébrés du sacrum « insacrés ».

M. Foix présente un malade semblable.

Broncho-spirochétose de Castellani. — M. Dimitracoff (de Sofia).

Un cas de bilharziose vésicale européenne. — M. Dimitracoff (de Sofia).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 10 décembre 1924)

Fracture spontanée après une ostéosynthèse. — M. Anselme Schwartz communique l'observation suivante adressée par M. Séjourné : un enfant de douze ans est opéré par Hallopeau d'une fracture du tiers supérieur de l'humérus par ostéosynthèse, guérison sans incident. Trois ans après, à la suite d'un léger traumatisme, nouvelle fracture présentant tous les caractères d'une fracture pathologique.

A la radiographie, on voit la vis implantée par Hallopeau libre dans une cavité avec fracture au niveau de la première. M. Séjourné enlève la vis, applique son appareil. Guérison.

M. Alglave demande s'il n'y a pas eu d'élévation de la température après l'ostéosynthèse indiquant un certain degré d'ostéite. On voit d'ailleurs parfois des fractures itératives sans qu'il y ait eu d'ostéosynthèse. M. Alglave cite un fait à l'appui de cette opinion.

M. Mathieu demande s'il n'existait pas un kyste osseux.

M. Mouchet d'après la première radiographie ne croit pas qu'il y ait eu un kyste osseux. Il estime que cette première fracture aurait pu être traitée par les appareils.

MM. Savariaud et Grégoire partagent cet avis.

M. Anselme Schwartz croit pouvoir conclure de cette petite discussion qu'il y a lieu de réduire de plus en plus les indications de l'ostéosynthèse.

Luxation récidivante de la rotule. Capsulorraphie. — M. Mathieu fait un rapport sur une observation de M. Papin

(de Bordeaux). Une femme de vingt-trois ans a eu neuf ans auparavant une entorse grave du genou, avec épanchement sanguin intra-articulaire. Dans la suite, marche défectueuse et grande mobilité de la rotule. Puis se produit une luxation externe de la rotule facilement réductible. Cette luxation se reproduisant à plusieurs reprises, M. Papin pratique une capsulorraphie à l'aide d'une longue incision sur le côté interne, avec fils non résorbables. Guérison, bon résultat fonctionnel, mais huit mois après, il y a une nouvelle tendance à un déplacement de la rotule vers le côté externe, et M. Papin craint une nouvelle récidive.

M. Mathieu a observé un cas analogue. Il croit qu'il faut incriminer, dans ces cas, l'allongation du ligament rotulien et qu'il y aurait lieu, ainsi que l'a proposé M. Mouchet de pratiquer le raccourcissement ou la transplantation de ce ligament.

M. Mouchet a eu recours à ce procédé dans un cas de luxation congénitale. Dans ce cas, le développement exagéré du condyle rendait très difficile la transplantation du ligament rotulien. C'est pourquoi, avant de pratiquer la capsulorraphie, il a fait une boutonnière capsulaire par laquelle il a fait passer le ligament.

M. Savariaud pense que, dans le cas de M. Papin, la capsulorraphie seule n'a pas suffi. Il croit qu'il aurait fallu réséquer le tissu fibreux résultant des anciennes lésions.

M. Chevrier fait observer que dans la plupart des cas, la capsulorraphie suffit. Il reconnaît toutefois que dans certains cas il faut agir sur le ligament rotulien, mais il faut pour cela que le ligament soit relâché.

M. Robineau dans un cas où ce relâchement était très net a pratiqué un raccourcissement de 3 centimètres. Il en est résulté d'abord un peu de gêne dans la flexion qui a rapidement disparu sous l'influence d'un traitement consécutif approprié.

Cholecystite aiguë. Cholecystostomie. — M. Mocquot fait un rapport sur une observation de M. Sikora (de Tulle). Il s'agit d'une femme de vingt-sept ans, ayant eu plusieurs crises hépatiques qui présenta brusquement tous les signes d'une cholecystite aiguë, M. Sikora intervient, ouvre largement la vésicule, en extrait une vingtaine de calculs, fixe la vésicule à la paroi, guérison définitive.

M. Sikora insiste sur les bons résultats fournie par la cholecystostomie et estime que cette opération mériterait de revenir en faveur.

Il reconnaît toutefois qu'il y a parfois des récidives ou des complications qui nécessitent une cholecystectomie secondaire.

M. Cunéo à l'appui de cette opinion qu'il partage cite un fait personnel dans lequel la cholecystostomie n'a pas enrayé les accidents, la température se maintenant à 40 degrés. Il a fait alors une cholecystectomie avec drainage du cholédoque qui a amené une prompte guérison.

M. Basset est éclectique. Quand il y a des adhérences il croit préférable d'enlever la vésicule.

M. Okinczyc estime qu'il faut tenir grand compte de l'état des parois de la vésicule; c'est ainsi que chez un homme de soixante-treize ans il a découvert un abcès entre la vésicule et le foie qui aurait échappé si l'on avait fait une simple cholecystostomie.

Lésions d'apparence néoplasiques apparaissant six mois après une application de radium. — M. Grégoire fait une communication quelque peu troublante, bien qu'il déclare tout d'abord n'en tirer aucune conclusion de cause à effet. Il a eu l'occasion d'examiner récemment une femme de vingt-huit ans qui eut quelques hémorragies utérines et qui était hantée par l'idée qu'elle avait un cancer. Malgré une biopsie négative, malgré l'avis contraire de son chirurgien, elle se fit faire une application intravaginale de radium, qu'elle garda pendant soixante-douze heures.

A la suite de cette application elle eut des douleurs atroces dans le rectum et des pertes vaginales sanguinolentes et même de vraies hémorragies.

Elle vint à Paris où elle consulta M. Grégoire qui trouve dans le vagin des masses scléreuses et ulcérées et, par les touchers vaginal et rectal combinés constate l'existence d'une masse occupant toute la cloison recto-vaginale. Son diagnostic clinique est celui de cancer. Mais la malade étant repartie il n'a pu en avoir la preuve histologique.

M. Roux-Berger regrette l'absence de détails sur les doses de radium employées et il pense que les lésions constatées par M. Grégoire sont des lésions de radionécrose.

MM. Cunéo et Lardennois partagent l'avis de M. Roux-Berger.

M. Faure signale un fait analogue dans lequel le rétrécissement produit dans le rectum par une radionécrose fut tel qu'il fallut faire un anus artificiel.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1924)

Chorée chronique. — MM. Babonneix et Maurice Lévy présentent une jeune femme atteinte de chorée depuis quatre ans. Les mouvements sont ceux de la chorée de Sydenham. L'état intellectuel est celui de la chorée de Huntington. On n'observe chez elle aucun élément de la série pyramidale ou cérébelleuse. S'agit-il de chorée prolongée, plus ou moins analogue aux cas publiés par MM. Claude et Euzière, ou d'une chorée de Huntington au début? Seule, l'évolution résoudra le problème.

Tumeur rachidienne. Longue évolution. Absence de douleurs. Contrôle lipiodolé. Opération. Guérison. — MM. Sicard, Haguenau et Coste présentent un malade dont la tumeur rachidienne a été méconnue dans de nombreux services hospitaliers depuis sept ans qu'elle évolue. Le début brusque, rappelant celui d'une hématomyélie, l'absence complète de signes localisateurs et surtout de douleurs, malgré l'existence d'une parésie spasmodique des membres inférieurs, pouvaient faire errer le diagnostic. Mais la ponction lombaire montrait une dissociation albumino-cytologique et une injection de lipiodol permettait de constater un blocage sous-arachnoïdien. L'opération, faite par M. Robineau, donna accès sur une tumeur extradurale, de la dimension d'un œuf de poule, qui était un neurogliome (Roussy). Mais le malade présenta ensuite des signes de compression de la queue de cheval, et M. Sicard l'a soumis à un rayonnement X ultra-pénétrant, qui détermine une amélioration considérable.

A ce propos, les auteurs envisagent les indications de la radiothérapie dans les tumeurs intrarachidiennes. Ils y ont eu recours quatre fois. Dans un cas de neurogliome, il y eut amélioration considérable et rapide, mais récidive : il fallut intervenir. et M. Robineau trouva beaucoup d'adhérences. Un cas de métastase épithéliale de cancer thyroïdien fut très amélioré. Dans les deux autres observations, le succès fut plus contestable. M. Roussy estime qu'il y a lieu de faire une distinction entre les métastases épithéliales, qui sont radiosensibles, et les neurogliomes, qui doivent être radio-résistants. Peut-être s'agit-il, dans le cas de neurogliome de M. Sicard, d'une action indirecte comme celle qui a été constatée dans des paraplégies d'origine traumatique (Babinski) ou même pottique (Raymond et Lhermitte).

D'autre part, comment expliquer les compressions sans douleur? MM. Sicard et Lhermitte pensent que la tumeur peut réaliser spontanément la section des voies conductrices de la sensibilité douloureuse, comme dans la cordotomie latérale que pratique M. Robineau. M. Roussy estime que l'indolence serait plutôt liée à la lenteur avec laquelle évoluent généralement les neurogliomes.

Le lipiodol ascendant sous-arachnoïdien. — MM. Sicard et L. Binet montrent qu'il est possible d'obtenir une huile iodée suffisamment opaque aux rayons X, et cependant douée de pouvoir ascensionnel après son injection dans le liquide rachidien. Le lipiodol ascendant, injecté par voie lombaire chez le sujet en attitude verticale, se retrouve dans les espaces cérébraux. Les investigations à l'aide du lipiodol ascendant pourront ainsi compléter les données fournies par le lipiodol descendant.

Vertèbres cancéreuses et paracancéreuses. Aspects radiographiques. — MM. Sicard, Haguenau et Coste proposent d'établir une classification nosologique des lésions vertébrales

qu'on peut observer au cours des états cancéreux : cancer primitif, métastase cancéreuse, atteinte de la vertèbre par contiguïté ou par continuité, ostéomalacie vertébrale pure sans cellule cancéreuse, vertèbre à porose ou à opacité ou à poro-opacité radiographique.

Radiologiquement, on observe, chez les cancéreux, trois types d'altération. La plus fréquente est l'écrasement du corps vertébral, atteint de porose ou d'ostéomalacie : « vertèbre blanche ».

Plus rares sont la « vertèbre noire » avec hyperostéogénèse et opacité accrue (« vertèbre d'ivoire » de Souques) et la « vertèbre pommelée », dans laquelle il y a mélange de porosité et d'opacité. Dans tous les cas, le disque est conservé. M. Sicard montre des pièces squelettiques qui correspondent au premier et au troisième de ces trois types.

Au point de vue histologique, certaines de ces lésions vertébrales ne renferment aucune cellule cancéreuse : elles seraient d'essence cancéreuse, mais non de nature directement cancéreuse, et elles mériteraient dans ces conditions le nom de paracancéreuses. Cette notion est l'objet de réserves de la part de M. Roussy.

Syndrome rubro-thalamique (syndrome supérieur de la région du noyau rouge). — MM. Ch. Foix et P. Hillemand présentent une malade atteinte d'hémiplégie légère avec troubles cérébelleux, tremblement à type de sclérose en plaques, phénomènes choréo-athétosiques, aspect anormal de la contracture, légers troubles de la sensibilité permettant de déceler une atteinte de la région thalamique, sans troubles oculaires. Ce fait est à rapprocher des observations précédentes de MM. Chiray, Foix et Nicolesco, de MM. Léri, Halbron et Weissmann-Netter, de M. Roussy, Mlle G. Lévy et M. Bertillon.

La chorée intermittente du vieillard. — MM. J. Lhermitte et M. Nicolas admettent qu'il existe, chez les vieillards, deux variétés de chorées qui se distinguent tant par la clinique que par l'anatomie pathologique : la chorée liée aux lésions destructives du pédoncule cérébelleux supérieur et la chorée consécutive aux altérations du corps strié. Or, les auteurs présentent une malade âgée de quatre-vingt-trois ans, atteinte de chorée subaiguë intermittente avec fébricule, sans phénomène cérébelleux ou pyramidal pendant les phases de rémission, et dont la première poussée a débuté, il y a deux ans, par des myoclonies de la commissure labiale. Ils pensent, dans ce cas, à une localisation striée, et ils incriminent un processus infectieux, vraisemblablement le virus filtrant de la chorée. Ils rappellent à cette occasion que, dans un cas de chorée chez un vieillard, Harvier a réussi, par l'inoculation, à mettre en valeur la présence d'un virus filtrant dans le cerveau.

Troubles sympathiques et radiculaires au cours d'un mal de Pott cervical avec destruction des masses latérales. — M. Et. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine présentent un jeune malade chez lequel le mal de Pott cervical a débuté par des troubles sudoraux qui intéressaient le membre supérieur droit, l'hémithorax droit et la moitié droite de la face. Ces troubles existent maintenant depuis sept ans, et ils se sont associés à de l'œdème de la face, à de la protrusion du globe oculaire, à une certaine dilatation de la pupille, en même temps que s'installait une paralysie incomplète du plexus brachial droit, avec atrophie musculaire sans troubles de la sensibilité.

Les troubles sudoraux, vaso-moteurs et pupillaires traduisent manifestement l'irritation du ganglion cervical inférieur droit ou des filets sympathiques qui y aboutissent.

L'existence du mal de Pott s'affirme par la présence d'un abcès latéro-cervical droit. L'inclinaison latérale de la tête est considérable, et la radiographie montre une destruction complète des masses latérales droites et de la partie droite des corps vertébraux au niveau de C_5, C_6, C_7 et D_1.

Contribution à l'étude des compressions de la queue de cheval par mal de Pott. — M. Et. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine. Parmi les observations rapportées, l'une est celle d'un mal de Pott L_3-L_4, au cours duquel l'ensemble des troubles moteurs, réflexes et sympathiques, sans troubles de sensibilité, avait permis de faire le diagnostic de compression localisée exclusivement sur les racines antérieures de L_4, L_5, D_1. L'autopsie permit de vérifier exactement ce diagnostic. Quatre autres observations montrent également la valeur des syndromes de la queue de cheval pour le diagnostic topographique des maux de Pott bas situés.

Idiotie amaurotique avec rotation continuelle de la tête. — MM. Souques, Lafourcade et Terris présentent une enfant de dix mois, chez laquelle on constate les principaux caractères de l'idiotie amaurotique familiale de Tay-Sachs (troubles intellectuels, amaurose par atrophie optique bilatérale, asthénie musculaire, ascendance israélite, etc.), et, en outre, des mouvements continuels de rotation de la tête.

L'intérêt de ce cas réside, non dans l'idiotie amaurotique familiale aujourd'hui bien connue, mais dans la coexistence de la rotation incessante de la tête. A ce propos, les auteurs se demandent si ces mouvements involontaires ne sont pas dus à une altération des cellules nerveuses du corps strié.

Hémihypertrophie musculaire dans la syringomyélie. — MM. G. Guillain et T. Alajouanine montrent un syringomyélique qui présente, outre une chéiromégalie, une hémihypertrophie de tout le membre supérieur et des muscles de la ceinture scapulaire du côté correspondant. La force musculaire n'est pas augmentée ; les réactions électriques ne sont pas modifiées, sauf au niveau d'une boule fibreuse incluse dans le biceps. Enfin, on relève, sur le membre supérieur, l'existence d'un syndrome sympathique : élévation de la température locale (1°5), augmentation de la tension artérielle et de l'indice oscillométrique, diminution et retard de la sudation à la pilocarpine. Le myoœdème apparaît plus facilement de ce côté, et la radiographie montre une décalcification diffuse et quelques menues hyperostoses, mais sans arthropathie. Les auteurs ne connaissent pas d'autre cas analogue dans la littérature.

Agueusie par maladie de Paget cranienne chez un syphilitique. — MM. Barré et Specklin. Un sujet se plaint d'avoir des troubles importants du goût depuis quelques mois. Il présente, en outre, une paralysie faciale et une inexcitabilité vestibulaire bilatérale. La radiographie du crâne montre un état pommelé typique, avec épaississement des parois, déformation des trous, énorme élargissement du sinus frontal. La réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang. Le liquide céphalo-rachidien est normal ; la réaction de Bordet-Wassermann y est négative. Les auteurs pensent que les troubles nerveux signalés sont dus à la compression des nerfs à leur sortie du crâne.

M. Léri rappelle le mécanisme en lequel il a insisté et à la suite duquel le ramollissement cranien de la maladie de Paget entraîne le rétrécissement des trous de la base du crâne et la compression des nerfs craniens.

Trois cas de neurotomie rétrogassérienne. — M. T. de Martel montre trois de ses opérés chez lesquels la brèche osseuse est minime et peu apparente.

Un cas d'anosognosie dans une hémiplégie gauche. — MM. Babinski et Joltrain.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 5 décembre 1924)

Traitement des papillomes vésicaux. — M. Pasteau emploie la fulguration et l'électro-coagulation par voie endovésicale contre tous les petits papillomes isolés ou multiples.

Pour les tumeurs plus volumineuses, des séances multiples sont nécessaires. Mais un des principaux avantages de cette méthode est la possibilité du traitement ambulatoire sans anesthésie générale.

Quand la tumeur est trop volumineuse, quand le pédicule est trop large ou quand les tumeurs sont trop nombreuses, la taille devient l'opération de choix. Mais il convient, avant de suturer la muqueuse, de faire porter la fulguration sur la tranche de section elle-même.

Calculs enclavés du cholédoque sans ictère par rétention. — M. Huguier, au cours de nombreuses cholécystec-

tomies pour lithiase de la voie accessoire (vésicule et cystique), a trouvé, dans trois cas, des calculs enclavés dans la voie principale, alors qu'au moment de l'opération, les malades étaient « blanches », sans ictère par rétention, sauf la dernière malade qui avait un très léger subictère des conjonctives.

Toutes les opérées avaient eu uniquement des crises « vésiculaires » à répétition.

Chez les trois opérées, M. Huguier fit la cholédocotomie avec drainage de l'hépatique et la cholécystectomie. Guérison parfaite dans les trois cas.

De l'abus de l'ostéosynthèse. — M. Petit de la Villéon considère que l'ostéosynthèse est d'un secours excellent dans la thérapeutique de certaines fractures, mais il s'élève contre la mode qui semble vouloir, de nos jours, donner à cette opération une place trop importante dans la pratique des fractures.

Du point de vue du fracturé, M. Petit de la Villéon préfère un bon appareillage avec plâtre ou extension, dont les résultats sont le plus souvent excellents.

Présentation de malade. — M. Judet présente une malade qui, à la suite d'un traumatisme, présente une demi-flexion permanente de la dernière phalange du médius : l'action de l'extenseur est supprimée. La radiographie ne montre aucune lésion osseuse, de telle sorte qu'il faut admettre l'arrachement pur du tendon extenseur.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — Chaire de clinique médicale de l'hôpital Cochin (M. le professeur F. Widal). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

Premier cours. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie. Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

Deuxième cours. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° *Etude des ictères.* — Recherche de la bilirubine, de l'urobiline et de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° *Insuffisance hépatique.* Rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémocultures et séro-diagnostic.

Réactions de fixation (2 leçons). — Généralités. Sérodiagnostic de la syphilis. Maladie hydatique. Lèpre. Peste. Mycoses. Réactions de floculation.

Cytodiagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleurotuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours auront lieu chaque jour, à 14 heures, à la Clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 12 janvier 1955 et seront terminés le 4 février.

Le droit d'inscription est fixé à 100 fr. pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versement relatifs à ces cours au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— Institut d'hygiène. — *Diplôme d'hygiène.* — Un enseignement de bactériologie et d'hygiène sera donné, en vue de l'obtention du diplôme d'hygiène, du 15 janvier au 15 juin.

1° *Enseignement de la bactériologie et de la parasitologie*, sous la direction de MM. les professeurs F. Bezançon et Brumpt et de MM. Philibert et Joyeux, agrégés.

2° *Enseignement de l'hygiène.* — Sous la direction de M. le professeur Léon Bernard et de M. Robert Debré, agrégé.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 heures à 17 heures (guichet n° 4).

— Conférences complémentaires de clinique psychiatrique pratique (Hôtel-Dieu), — M. J. Lévy-Valensi, médecin des hôpitaux, fera, à partir du 30 janvier, une leçon clinique le vendredi soir, à 17 h. 1/2, dans le service du professeur Roger, salon de la salle Sainte-Anne.

Objet des conférences : « Les délires. »

La première leçon aura lieu le vendredi 30 janvier.

— Cours d'enseignement et de perfectionnement (Clinique thérapeutique). — *Radiologie du cœur. Méthodes graphiques et électrocardiographie*, sous la direction de M. le professeur Vaquez. — MM. Bordet et Yacoël commenceront à la Clinique thérapeutique de la Pitié, le 12 janvier 1925, à 10 h., des leçons avec exercices pratiques et examen de malades sur la Radiologie du cœur, les Méthodes graphiques et l'Electrocardiographie.

Vingt-cinq leçons seront consacrées à ces matières.

Le nombre des assistants est limité. — Le droit d'inscription est de 150 fr.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 h. (Guichet n° 4).

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — Le docteur Génévrier fera, à partir du samedi 10 janvier, une série de leçons sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose pulmonaire. Ces leçons auront lieu tous les samedis, à 17 heures, 191, rue de Vanves (autobus Plaisance-Hôtel-de-Ville) et seront précédées, de 15 à 17 heures, d'examens cliniques et radioscopiques.

RENSEIGNEMENTS

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

HÉMOPTYSIES TUBERCULEUSES

Accident fréquent au cours de la tuberculose pulmonaire de l'adulte et qui s'observe dans toutes les formes et à toutes les phases de la maladie.

Elle constitue avant tout :

Un élément de diagnostic : dans les formes aiguës, ou au début de la tuberculose fibro-caséeuse banale.

Un élément de pronostic dans la tuberculose avérée.

L'hémoptysie, en elle-même, peut revêtir différents types :

I. **Hémoptysies foudroyantes** (des cavitaires). — Précédée ou non de petites hémoptysies discrètes, ou brusquement. Le malade pâlit. Malaise intense. Angoisse.

Petite toux. Rejet brusque d'un flot de sang par la bouche, le nez. Mort par syncope, ou par asphyxie, en quelques minutes.

Mort plus lente par anémie rapide.

II. **Hémoptysies de moyenne abondance** (forme commune). — Prodromes : gêne rétrosternale, légère angoisse.

Picotements laryngés, saveur cruorique.

Toux quinteuse qui ramène quelques gorgées de sang. Sang rouge vif, spumeux, aéré, de 100 à 200 grammes. Puis la toux se calme, l'hémoptysie s'arrête, mais pendant deux ou trois jours le malade rejette quelques crachats rouges, puis noirâtres, puis de moins en moins teintés. Etat d'anémie variable.

III. **Hémoptysie minime.** — Deux ou trois crachats de sang rouge (crachats fibrino-cruoriques de Sabourin) ou même simples filets sanglants dans l'expectoration.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Eliminer :

L'épistaxis déglutie ;
Les gingivorragies ;
Surtout l'hématémèse : cas difficiles.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE

Toute hémoptysie doit avant tout faire penser à la tuberculose. Il s'agit donc en réalité de faire la preuve de celle-ci; par l'*examen des crachats*.

a. *Cytologie* : hématies, polynucléaires. Cellules alvéolaires.

b. *Bactériologique* : souvent il se produit à la suite de l'hémoptysie une véritable décharge de bacilles de Koch (M.-P. Weill). Recourir, au besoin, aux procédés d'enrichissement.

FORMES CLINIQUES

Variables suivant la forme évolutive et la période de l'évolution.

I. **Tuberculose aiguë.** — L'hémoptysie y est peu fréquente.

1. Granulie pulmonaire : accident exceptionnel; s'observerait surtout dans la forme catarrhale d'Empis.

2. Phtisie aiguë galopante : hémoptysie fréquente par suite de l'extension rapide du processus ulcéreux.

3. Pneumonie caséeuse : se produit surtout vers le septième ou huitième jour et constitue un appoint considérable pour le diagnostic.

II. **Tuberculose pulmonaire chronique.** — Fréquence variable : peut manquer totalement, ou au contraire être tellement fréquente qu'on parle de formes hémoptoïques.

1° **Tuberculose fibro-caséeuse banale.** — Elle peut se produire au début, à la période d'état ou à la période cavitaire.

A. Au début. — Elle survient au milieu d'une santé en apparence parfaite. Mais en réalité on retrouve presque toujours, soit dans les jours qui précèdent, soit dans les jours qui suivent, des *symptômes d'imprégnation bacillaire* (fatigue, anorexie, léger amaigrissement, élévation thermique vespérale, troubles digestifs).

L'examen des poumons révèle également quelques signes discrets :

Sonorité diminuée à un sommet;
Diminution du murmure vésiculaire ;
Parfois quelques craquements.

Et surtout à la radio : sommet gris, s'éclaire mal à la toux.

En résumé : signes de tuberculose au début, que l'hémoptysie aura permis de dépister, et qui va évoluer.

Mais, dans quelques cas, l'hémoptysie n'est suivie ni accompagnée d'aucun signe évolutif. Ce sont les *hémoptysies d'alarme de la tuberculose abortive.*

B. Période d'état. — Distinguer :

Les petites hémoptysies banales qui se produisent de temps à autre sans que l'évolution en soit modifiée,

Et les hémoptysies liées à une *poussée évolutive*, beaucoup plus importantes. Elles sont alors :

Précédées de symptômes généraux d'imprégnation, et de symptômes fonctionnels (toux, point de côté, élévation de température) : *phase préhémoptoïque.*

Puis survient l'hémoptysie : d'abondance moyenne, formée de crachats sanglants, rouge vif ou visqueux.

L'auscultation (pratiquée avec précautions) décèle quelques râles sibilants et ronflants, ou parfois un foyer de condensation.

Les *signes généraux*, surtout, ont une importance capitale :

Température : subit une recrudescence, s'élève jusqu'à 39 degrés, puis tombe progressivement dans les cas favorables, ou persiste dans les cas graves.

Pouls : accéléré, petit, faible. La tension artérielle est basse, mais remonte progressivement. Lorsque sa valeur reste basse : pronostic fâcheux.

Examen des crachats : véritable décharge bacillaire vers le quatrième ou cinquième jour.

Examen des poumons : soit simple extension des lésions (et la maladie reprend sa marche chronique), soit apparition d'un processus aigu pneumonique, bronchopneumonique, ou granulique, à marche rapide (embolies bronchiques de Sabourin).

En résumé, l'hémoptysie se produit à la période d'acmé d'une poussée évolutive. Elle a surtout une grosse valeur pronostique.

C. Période cavitaire. — Hémoptysies foudroyantes par rupture d'un anévrisme de Rasmüssen, souvent précédées de petites hémorragies prémonitoires.

2° **Tuberculose fibreuse évolutive** (Bard). — Ici l'hémoptysie est très fréquente : ce sont de véritables formes hémoptoïques.

Soit, *formes hémoptoïques à étapes éloignées* (Bezançon, de Jong) avec, dans l'intervalle, un minimum de symptômes généraux et physiques; soit *formes hémoptoïques vraies* : les hémoptysies se produisent à l'occasion d'une cause minime (climatérique, météréologique, menstruation, médicaments). Ce sont des tuberculeux florides, souvent hypertendus, chez qui l'examen révèle des signes de sclérose pulmonaire, surtout aux sommets.

Parfois, au moment de l'hémoptysie, se produit une recrudescence des signes : souffle léger, râles humides cavernuleux, matité. Puis tout s'apaise (formes fibro-congestives).

Quelques types particuliers (Bezançon et de Jong) :

Hémoptysies matutinales,
Hémoptysies périodiques : tous les ans, tous les trois mois, etc.
Hémoptysies menstruelles chez la femme.

PRONOSTIC

Dépend :

De l'abondance ;

De la répétition : si les formes hémoptoïques comportent un bon pronostic parce qu'elles sont l'indice d'un processus fibreux, elles peuvent cependant constituer un danger par leur répétition même.

De la poussée évolutive, surtout. Se baser sur la fièvre, la tension artérielle, la formule leucocytaire, et ne pas oublier que l'hémoptysie peut contribuer à essaimer le bacille de Koch et à déterminer par le mécanisme de l'embolie bronchique une phtisie aiguë galopante ou même une granulie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Nous publierons dans notre prochain numéro le nouveau règlement du concours d'accoucheur des hôpitaux.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — Un concours pour la nomination à deux emplois de médecin chef de service des asiles publics d'aliénés de la Seine s'ouvrira à la Préfecture de la Seine, à Paris, le lundi 16 mars 1925.

Sont admis à prendre part au concours les seuls médecins du cadre des asiles publics d'aliénés ayant, au moment de leur inscription, moins de cinquante-cinq ans d'âge et plus de cinq ans effectifs de service.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (bureau des établissements départementaux d'assistance, annexe de l'Hôtel-de-Ville, 2, rue Lobau), de 10 à 12 h. et de 14 à 17 h., du 9 au 21 février 1925.

Le règlement du concours fait l'objet d'un décret en date du 25 novembre 1924, inséré au *Journal officiel* du 3 décembre suivant.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Sont promus, de la 3e à la 2e classe, MM. les professeurs Sébileau, Léon Bernard, Duval, Gosset, J.-L. Faure et Cunéo.

— Un congé de six mois, à dater du 1er novembre 1924, a été accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Nicolas, professeur d'anatomie.

— Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Lavier, préparateur à la Faculté.

— Alger. — Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, a été accordé, sur sa demande, à M. Laffont, agrégé.

— M. le docteur Ferrari est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions d'agrégé (anatomie).

— Bordeaux. — M. le docteur Monties est nommé chef de clinique d'électricité médicale.

— Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Jeanneney, agrégé.

— Montpellier. — Un congé d'inactivité d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Turchini, agrégé.

— Strasbourg. — Un congé d'un an, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Duverger, professeur.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Caen. — M. Husson, pharmacien, est délégué, pour l'année scolaire 1924-1925, dans les fonctions de professeur suppléant de la chaire de pharmacologie et matière médicale.

— Marseille. — M. Jourdan, professeur, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er novembre 1924.

— L'Institut de médecine et de pharmacie coloniales de l'Ecole de plein exercice de Marseille délivre des diplômes de médecins et de pharmaciens coloniaux, deux fois par an. La première session d'examens a lieu fin mars, la deuxième fin juin. Chaque session est précédée d'un enseignement d'un trimestre. Les cours commencent le 3 janvier et le 1er avril.

Après chaque examen, une épreuve complémentaire sur la législation sanitaire maritime permet de conférer, aux candidats qui ont obtenu le diplôme de médecin colonial, le titre de médecin sanitaire maritime.

L'enseignement est clinique, théorique et pratique.

— Poitiers. — M. Berland, ancien chef de travaux, est nommé chef de travaux honoraire.

— Rennes. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chefs de travaux, les professeurs dont les noms suivent :

MM. Caille (travaux biologiques et chimiques), Castex (travaux de physique médicale), Houlbert (travaux de picrographie), Lefeuvre (travaux de physiologie), Lenormand (travaux de chimie pure).

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

HYGIÈNE. — *Au grade d'officier* — M. le docteur Clément-Simon, médecin chef de l'Infirmerie spéciale de Saint-Lazare, rédacteur en chef du *Bulletin médical.*

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Bénazet et Cheurlot (de Paris), Davenière, Fontan (de Trie-sur-Baïse), Gayraud (de Nice), Marc Landolt (de Paris), Magnant (de Gondrecourt), le professeur Etienne Martin (de Lyon), Maurer (de Paris), Perrier (de Nîmes).

— Nous relevons également deux nominations, au grade de chevalier, qui seront accueillies avec la plus respectueuse sympathie :

Mme Hartmann, née Deharne (Lucy-Jeanne-Camille), présidente de la section d'assistance de la ligue franco-anglo-américaine contre le cancer; trente-cinq ans de services. Organisatrice de services très complets de prophylaxie anticancéreuse et d'assistance aux cancéreux et à leurs familles, s'y consacre avec le plus absolu dévouement et s'est faite ainsi l'auxiliaire précieuse des praticiens spécialistes.

Mme Koehler, née Lumière (Jeanne-Claudine-Odette), présidente du Comité de patronage des écoles maternelles de Lyon; trente ans de services. A rendu aux œuvres d'hygiène sociale et de puériculture auxquelles elle se consacre depuis de longues années des services considérables, donnant un magnifique exemple d'activité, de dévouement et d'abnégation.

GUERRE. (Réserve.) — *Au grade d'officier.* — MM. Gross, Debeyre, Rouvière.

Au grade de chevalier. — MM. Jullian, Lavallée, Guintard, Dalimier, Igonet, Fontanilles, Vignères, Crutel, Garrelon, Folliot, Glénard, Trouvé, Bouet, Malterre, Lemière, Bory, Cadenat, Bénazet, Risacher, Moity, Lemonon, Durand, La Bernardie, Phelip, Marioton, Rebatel, Dechavanne, Dhers, Thévenin, Bergeret, Mercier, Bouvet, Fructus, Paoli, Bouer, Rechon.

MÉDAILLE MILITAIRE. — MM. Leyrat, Frandin, Valat, Hudelo, Gallerand, Audebert, médecins sous-aides-majors.

MM. Latour, Digon, Noetinger, Bertrand, médecins auxiliaires.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — COMMISSION CONSULTATIVE DE PROTHÈSE ET D'ORTHOPÉDIE. — Sont désignés pour faire partie de la Commission en 1925, MM. les docteurs Rieffel, chirurgien des hôpitaux; Sibut, médecin principal; Duguet, Moureaux, Ripert et Rœderer.

Commission tripartite supérieure de surveillance et de contrôle des soins médicaux, chirurgicaux et pharmaceutiques :

MM. le médecin inspecteur Odile, président; les docteurs Lenglet, Noir et Decourt, suppléants ; Caillaud, Humbel et Philippeau.

ADMISSION A DOMICILE. — Par décret du président de la République française, sont autorisés à établir leur domicile en France pour jouir des droits civils pendant cinq ans, à la condition d'y résider :

M. Hommel (Jacques-Auguste), étudiant en médecine, né le 26 décembre 1899 à Nuremberg (Allemagne), demeurant à Strasbourg (Bas-Rhin).

M. Ziv (Tobias), docteur en médecine, né le 9/21 février 1869, à Jourbourg (Russie), demeurant à Paris (*J. O.*, 30 déc.).

NOTES DE PRATIQUE

CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Se rappeler les préceptes de Huchard et Fiessinger :

« Le traitement rénal constitue la base fondamentale de la médication. Seulement, si l'on renforce la valeur diurétique de la théobromine par l'action cardiotonique de la digitaline à très faibles doses, les effets heureux seront bien plus marqués. »

Il convient donc de prescrire, cinq à dix jours de suite, deux cachets par jour de 0g50 de *Théosalvose digitalique.* On suspend quatre à cinq jours, pour reprendre ensuite cinq à dix jours.

Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose spartéinée.* Continuer plusieurs mois.

CHRONIQUE

XXVe ANNIVERSAIRE DE LA FONDATION DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LITTORAL MÉDITERRANÉEN

Pour fêter le XXVe anniversaire de sa fondation, la Société médicale du littoral méditerranéen a invité les professeurs des Facultés et Ecoles de médecine, les Sociétés de médecine, la presse médicale française, les Universités et Sociétés médicales de Belgique, du Luxembourg et de Genève, à venir visiter, en quatre journées, la côte entre Cannes et Menton. Beaucoup avaient répondu à cet aimable appel et ceux qui ne sont point venus ont eu tort. Les réceptions qui leur ont été faites à Cannes le 27 décembre, à Nice le 28, à Menton et Monaco le 29, à Monaco et à Beaulieu le 20, n'ont point été au-dessous de la légendaire réputation d'hospitalité de la côte d'Azur :

Promenades en auto-car dans les merveilleux paysages de la région sous un soleil éblouissant, banquets dans de somptueux palaces, délicieux concert offert par le gouvernement de la principauté de Monaco, nombreuses conférences, causeries fort instructives parmi lesquelles nous avons remarqué celles du docteur Bufnoir (de Cannes) sur le climat de Cannes, du docteur Sardou (de Nice) sur les caractéristiques du climat de la côte d'Azur, du docteur Jaubert (d'Hyères) sur l'héliothérapie, du docteur Maurice Faure (de Nice) sur l'œuvre scientifique du prince Albert 1er de Monaco; visites des établissements de cure héliothérapique de la côte, de l'ozonisation des eaux de Villefranche, de l'institut océanographique de Monaco, constituaient un programme aussi varié qu'agréable et instructif.

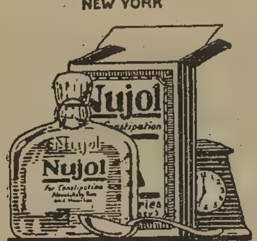
Les visiteurs ont pu se rendre compte de l'effort considérable accompli depuis vingt-cinq ans par la Société médicale du littoral méditerranéen.

Fondée en 1900, pour lutter contre la campagne de dénigrement systématique dont le climat de la côte d'Azur était l'objet à l'étranger et surtout en Allemagne, la Société fait preuve d'une grande activité dans le domaine de l'hygiène urbaine. Les étapes en sont marquées par la lutte contre la poussière au moyen du goudronnage des routes (Dr Guglielminetti) expérimenté d'abord à Monaco, la lutte contre la fièvre typhoïde par l'adduction d'eaux de source, par la création de trois usines d'ozonisation des eaux dotant la côte d'Azur d'une eau de boisson irréprochable, la généralisation du tout-à-l'égout, la lutte contre les mouches et les moustiques par le pétrolage des eaux stagnantes.

La Société a aussi fait un gros effort de propagande scientifique en France et à l'étranger, par la fondation d'observatoires météorologiques, par l'organisation après entente avec les syndicats d'initiatives de Congrès de climatothérapie et de thalassothérapie (1904, 1907, 1914, 1920), de voyages d'études médicales sur la côte d'Azur pour les étudiants et professeurs des Facultés (Strasbourg 1923, Paris 1924, Bordeaux 1925, Nancy 1926, etc.), enfin en aidant à la publication des travaux médicaux intéressant la région.

On constate trop souvent le peu de tendance du corps médical à grouper ses efforts, aussi nous est-il particulièrement agréable de citer le bel exemple de solidarité professionnelle donné par la Société médicale du littoral méditerranéen.

M. L.



REVUE GÉNÉRALE

GANGRÈNE SÉNILE[1]

Par Henri REDON et Adrien HARBURGER,
Internes des hôpitaux de Paris.

Diagnostic. — Le diagnostic de la gangrène sénile est un diagnostic facile à la période de gangrène. Ce qui est important à cette période c'est de déterminer le niveau de l'oblitération et de choisir un traitement.

Par contre, c'est à la phase prégangréneuse qu'il est important de déceler l'oblitération artérielle à son début pour tâcher de prévenir l'apparition de la gangrène.

1° A la phase prégangréneuse. — C'est la période de la claudication intermittente et des douleurs.

S'agit-il d'une claudication intermittente d'origine artérielle? La seule cause d'erreur c'est la *claudication médullaire* (Déjerine) due à une artérite médullaire. Elle se présente avec un aspect clinique identique à celui de la claudication par artérite.

Mais elle est *indolente*, et ce symptôme négatif est de première importance.

En outre, l'examen *complet* du malade ne permet pas l'erreur : On ne trouve, en effet, dans ces cas, aucune modification des pulsations artérielles et les épreuves oscillométriques sont négatives. Par contre, l'examen neurologique du malade décèlera des troubles médullaires : modification des réflexes qui sont exagérés, troubles sphinctériens, réflexe cutané plantaire en extension.

Nous ne ferons que citer une affection plus rare, la *méralgie paresthésique* de Roth. Il s'agit d'une névralgie du fémoro-cutané ou plus particulièrement d'une de ses branches qui s'aggrave par la marche, la fatigue, pour se calmer au repos. Naturellement, il n'existe aucun symptôme artériel.

Dans les cas moins nets, il est arrivé d'avoir à discuter la *sciatique*, les *varices*, le *rhumatisme*, la *crampe musculaire*.

« Il faut se méfier des douleurs rhumatoïdes, lorsqu'elles surviennent chez les vieillards » (Ramond).

Dans d'autres cas, c'est pour des phénomènes d'un autre ordre que le malade consulte. On élimine facilement l'*acrocyanose :* c'est une affection qui frappe plutôt les jeunes, siège aux quatre membres, demeure indolente.

L'*érythromélalgie* de Weir-Mitchell, affection rare, caractérisée par des crises douloureuses avec coloration rouge vif des extrémités, sensation de chaleur accompagnée de sueurs.

Dans tous les cas où l'on pourrait hésiter c'est l'exploration du système artériel qui permettra d'affirmer que l'on a ou non, affaire à une artérite chronique.

2° A la période de gangrène. — *a. Tout au début* lorsque, seule, existe une phlyctène ou une plaque de « gangrène blanche », le diagnostic peut se poser avec une *engelure*, mais on sait toutefois combien les engelures sont rares chez le vieillard, elles sont souvent bilatérales, s'accompagnent d'une sensation de prurit caractéristique.

b. Lorsque l'escarre noire est constituée, le diagnostic est assuré. Pour être certain d'avoir affaire à une gangrène sénile, il faut éliminer la *maladie de Raynaud* et l'intoxication (si rare aujourd'hui) par l'ergot de seigle. Il s'agit dans les deux cas de spasme artériel.

La maladie de Raynaud frappe surtout des jeunes sujets, elle est bilatérale, siège surtout aux membres supérieurs. Avant d'arriver au stade de gangrène qui est rarement atteint, elle passe par les deux phases de syncope, puis d'asphyxie locale.

Quant aux *gangrènes par oblitération artérielle aiguë*, que celle-ci soit due à une *artérite infectieuse* ou à une *embolie*, ce sont le plus souvent des gangrènes réalisant le type de gangrène humide.

Cependant, le diagnostic peut se poser à leur début. Mais la gangrène par embolie, débute brusquement par un coup de fouet. Il y a dans les antécédents une affection embolisante (rétrécissement mitral, endocardite).

L'artérite survient chez un malade présentant une infection aiguë en cours (typhoïde, etc.).

La *syphilis* qui réalise souvent des types d'artérite chronique, donne lieu quelquefois à des artérites aiguës évoluant comme une artérite infectieuse. Les antécédents, le Wassermann aideront à la révéler.

Il importe enfin de rechercher en présence d'une plaque de gangrène une *cause physique* (gelure, traumatisme, brûlure, caustique).

c. Lorsque l'infection a pris le pas sur la gangrène, au stade de gangrène humide, il faut avant tout penser à la *gangrène diabétique* de cause exogène, due à un traumatisme ou à une écorchure minime infectée.

Nous avons vu cependant que les diabétiques souvent athéromateux peuvent faire également de la gangrène sénile typique.

Quant à la *gangrène gazeuse*, d'origine traumatique, le diagnostic ne se pose pas.

Il nous reste à étudier une affection particulière qui simule entièrement la gangrène sénile à toutes ses périodes et qui fut longtemps confondue avec elle. Il s'agit de la THROMBO-ANGÉITE OBLITÉRANTE (« non syphilitic arteritis obliterans of Hebrews) ».

C'est une affection chronique, vraisemblablement toxi-infectieuse et frappant presque exclusivement les Israélites de l'Europe centrale.

Elle a été décrite par Leo Buerger en 1906, et depuis étudiée par Parkes Weber, Erb et Willy Meyer, en France par Gilbert et Coury.

Cliniquement elle est exactement superposable à la gangrène sénile.

Elle s'en distingue cependant par les points suivants :

1. Elle survient chez les sujets jeunes, avant trente ans, le plus souvent.
2. On la rencontre uniquement chez les Israélites de l'Europe centrale.
3. Dans l'étiologie on relève le plus souvent le typhus exanthématique, l'intoxication tabagique.
4. Au point de vue anatomopathologique, il faut insister sur les lésions d'angiosclérose et de névrite atteignant le nerf satellite, et sur ce fait que l'oblitération artérielle siège en un point limité,
5. Enfin, cliniquement, on ne relève ni hypertension, ni néphrite chronique, ni syphilis.

Nous verrons au cours du chapitre traitement, l'intérêt qu'il y a à diagnostiquer la cause de l'arté-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 1, p. 5.

rite chronique, la hauteur de l'oblitération, la valeur de la circulation collatérale.

Traitement. — Ici encore, nous devons envisager la période prégangréneuse et la phase de gangrène, et pour les deux le traitement médical et le traitement chirurgical.

I. A la période prégangréneuse. — 1. TRAITEMENT MÉDICAL. — C'est un traitement préventif, le traitement de base de l'artériosclériose : régime hypoazoté, hypochloruré; désintoxication, cures hydrominérales (Vittel-Contrexeville), tonicardiaques et diurétiques qu'on administrera rapidement.

Enfin comme thérapeutique active l'iode sous forme d'iodure ou de combinaisons organiques.

Contre l'hypertension légère, la silice, les nitrites.

Il y aura aussi intérêt à développer la souplesse artérielle par l'air chaud, les bains chauds, les bains carbogazeux (Royat), la haute fréquence, l'hyperhermie passive ou méthode de Bier. Lian et Descourt ont récemment conseillé la diathermie dans la claudication intermittente, diathermie qui agit en développant la circulation collatérale.

Il faut faciliter la circulation en diminuant la viscosité et la coagulabilité sanguine par le citrate de soude en ingestion ou injection. Enfin M. Chiray dans le même but a proposé l'application de sangsues à ces malades.

On évitera toutes les causes de spasme artériel (froid, humidité, émotion), on restreindra l'activité du sujet pour éviter l'apparition de la claudication. Le port de la jarretière est à proscrire.

2. LE TRAITEMENT CHIRURGICAL s'adresse plus particulièrement aux douleurs (c'est la sympathectomie péri-artérielle). Elle provoque parfois la guérison, permet souvent de longues rémissions, mais c'est encore une opération peu employée.

Dans tous les cas, on luttera contre la douleur par les analgésiques et les antispasmodiques (antipyrine, belladone, opiacés).

On a proposé encore l'anastomose artério-veineuse, pour utiliser la perméabilité veineuse. (Von Wieting). C'est une opération réservée à la période de début, qui est sans danger et peut améliorer certains cas (Lenormant).

Enfin, pour combattre l'hyperadrénalinémie certains auteurs ont conseillé la surrénalectomie unilatérale (Oppel), d'autres lui préfèrent l'irradiation. Les résultats sont médiocres.

II. A la phase de gangrène. — Le traitement hygiéno-diététique hâtera la guérison spontanée lorsqu'elle est possible et devra toujours être observé. On peut être en présence d'une gangrène qui se répare spontanément, mais toujours au prix d'une longue immobilisation. Aussi, deux écoles sont-elles nées.

D'une part les abstentionnistes qui se bornent à aider la nature; d'autre part les interventionnistes qui, eux, préfèrent sacrifier d'emblée ce qui est mort pour hâter la guérison,

1. L'ABSTENTION. — C'est la méthode à employer lorsque la gangrène est limitée et sans tendance à l'extension, lorsque le sujet est trop âgé pour faire les frais d'une intervention.

La gangrène apparue il faut attendre la chute de l'escarre. On s'attachera à réduire au minimum l'infection par :

Pansements rigoureusement aseptiques ou mieux antiseptiques; on embaumera les tissus par des pansements à la poudre de Lucas-Championnière, au baume du Pérou, au liquide de Mencière. On fera de l'air chaud pour hâter la « granulation » des tissus. On évitera les antiseptiques forts, plus particulièrement l'acide phénique.

Cependant nous avons vu que certains auteurs avaient proposé la fixation des tissus par des injections de formol, de créosote, en se basant sur ce fait que les voies de retour leur paraissaient oblitérées.

Il faudra aussi lutter contre la douleur par le moyen d'analgésique et on a proposé (Quénu, 1893) la névrotomie, efficace à condition de porter sur tous les nerfs de la jambe.

Actuellement, on tend à lui préférer la sympathectomie.

2. L'INTERVENTION. — Nous ne ferons que signaler les interventions qui ont été proposées pour pratiquer l'ablation *du caillot par artériotomie :* L'INTERVENTION LOGIQUE DEMEURE L'AMPUTATION. La discussion porte seulement sur le niveau auquel on amputera, on discute depuis quarante ans, et l'accord est loin d'être fait, quoique sous l'influence de Quénu on semble en venir à l'amputation économique.

a. *L'amputation haute.* — Autrefois, avec les auteurs allemands, on amputait très haut au genou pour une gangrène de l'orteil, à mi-cuisse pour une gangrène du pied, et encore actuellement Lejars et d'autres auteurs conseillent dans tous les cas l'amputation au-dessus du genou.

L'amputation haute vise à enlever tout le territoire de vitalité douteuse : l'oblitération siège haut par rapport à la gangrène et la plupart des chirurgiens admettent la théorie de la gangrène en cône.

Il faut donc passer au-dessus de l'oblitération. Jadis on ne pouvait se baser que sur la palpation et la méthode de Moscowiscz.

De nouveaux procédés (l'oscillométrie) permettent de localiser, avec plus de certitude, le siège de l'oblitération. Il faut amputer là où l'indice oscillométrique a sa valeur normale.

Enfin, des auteurs américains ont même proposé de dénuder l'artère de bas en haut et de lier au-dessus de l'oblitération.

Cette méthode a donc l'avantage d'être une opération définitive et elle évite un des écueils de la méthode économique : le sphacèle des lambeaux.

Mais, c'est une opération grave qui fait du malade un mutilé et, d'autre part, il semble que dans bien des cas la circulation collatérale, soit capable d'assurer la vie des lambeaux dans l'amputation basse.

b. *L'amputation basse.* — Aussi certains auteurs, à la suite de Landow en Allemagne, Quénu en France ont-ils préconisé l'amputation économique :

« Pour une gangrène de la phalangette, amputation de phalange; pour une gangrène des orteils, amputation de l'avant-pied; pour une gangrène des orteils et du dos du pied, amputation de la jambe au tiers inférieur », et, dans tous ces cas, il y a eu guérison. (Quénu, *Soc. de chir.*, 1914.)

D'autre part, l'amputation basse permet une nouvelle intervention, s'il y a récidive. Enfin, c'est une opération moins shockante. Ce qu'on lui reproche, c'est la fréquence du sphacèle secondaire encore qu'il « soit devenu rare depuis qu'on a supprimé sa vraie cause : une infection légère sur des tissus mal nourris (Lecène) ».

Dans tous les cas, avant d'amputer il importe de préparer son malade en le désintoxiquant, en asséchant les lésions. Il faut se garder d'intervenir tant que la gangrène n'est pas nettement limitée. Il faut attendre l'apparition du sillon d'élimination, s'assurer qu'il n'existe pas à distance ni phlyctène, ni tache suspecte.

On opérera autant que possible sous rachianesthésie avec des doses faibles (8 centigrammes de novocaïne). On opérera sans bande d'Esmarch et sans garrot ; le plus souvent l'artère ne donne pas de jet. Mais il n'en faut pas conclure à l'absence de circulation. On taillera des lambeanx courts qui seront ainsi mieux nourris et offriront moins de prise à l'infection.

La période post-opératoire nécessite les plus grands soins : soutenir le cœur, veiller à l'apparition d'albumine ou de sucre dans les urines. Localement ; veiller à la parfaite asepsie du pansement.

En résumé, l'amputation haute demeure l'opération la plus sûre, mais elle est grave. L'amputation basse serait l'idéal, mais elle expose fréquemment au sphacèle secondaire malgré toutes les précautions.

c. *Le sphacèle secondaire.* — Attribué par Delbet au trouble amené dans la circulation par la plicature des lambeaux (d'où le conseil de Souligoux de sacrifier le squelette pour avoir un parfait affrontement.

Mais dans bien des cas, il s'agirait plutôt (Chastenet de Géry et son élève Dariau) d'un spasme artériel dû à l'intervention et qui provoquerait l'ischémie du territoire traumatisé.

Pour y parer, ces deux auteurs ont conseillé et ont eu recours à plusieurs reprises, et avec succès à la sympathectomie, soit avant l'intervention, soit après elle dans un deuxième temps. C'est toujours une opération utile, puisqu'elle s'adresse également à l'élément douleur.

Nous n'avons pas à décrire ici la sympathectomie périartérielle, on découvre l'artère au triangle de Scarpa, et on résèque sa gaine sur une longueur de 5 à 10 centimètres.

Disons seulement qu'elle est très délicate chez des malades à artères dures et rigides, aussi certains auteurs ont-ils conseillé l'injection périartérielle d'alcool à 90 degrés.

d. Il reste à envisager le traitement *de la gangrène humide.*

D'abord, on pensera au diabète, on recherchera le sucre dans les urines, et dans ces cas, la mise en œuvre du traitement à l'insuline mené de façon prudente, et après étude de la glycémie sanguine, pourra permettre l'intervention.

Chez un individu non diabétique, l'apparition de la gangrène humide impose d'emblée l'amputation haute, véritable amputation de salut (Lejars), on lui adjoindra la vaccination antigangréneuse.

La gangrène sénile apparaît donc comme une affection fréquente, d'une évolution souvent grave et d'un diagnostic facile. Mis à part le traitement médical précoce, les interventions proposées sont multiples et, parfois, contradictoires, ce qui montre qu'aucune d'elle ne donne une entière satisfaction. Il faudra s'inspirer des circonstances, de l'âge, de la condition sociale du malade, pour donner la préférence à l'une des méthodes conservatrices : abstention ou amputation économique, et réserver l'amputation haute aux cas de gangrène compliquée.

BIBLIOGRAPHIE

Les traités classiques, et plus particulièrement :

HEITZ. In SERGENT. *Traité de pathologie médicale*, 1922.

LECÈNE. In *Précis de pathologie chirurgicale*, 1921.

CASTAIGNE et ESMEIN. Art. MALADIE CŒUR ET ARTÈRES, *Le Livre du médecin.*

JOSUÉ. *Traité de l'artériosclérose*, 1909.

BALARD. Valeur diagnostique et pronostique de l'indice oscillométrique au cours de l'oblitération artérielle des membres inférieurs, *Progrès méd.*

BACQUÉ. Amputation basse dans la gangrène par artérite chronique, *Th. de Bordeaux*, 1904.

BAUMEL. Gangrène de jambe, *Revue de méd.*, Paris 1920, n° 3, t. XXXVII.

BLANC et FORTAIN. *Revue de méd. et de chir.*, 1920, t. XLIV.

BISHOP. *L'Artériosclérose*, Alcan, 1921.

BABINSKI et HEITZ. Oblitération artérielle et troubles vasomoteurs d'origine réflexe ou centrale, *Soc. méd. des hôpit.*, 14 avril 1916.

CAWADIAS. Etude comparative de la tension artérielle des membres. Applications cliniques dans les aortites et les artérites du membre inférieur, *Soc. de biol.*, déc. 1912 ; — L'exploration de la perméabilité artérielle des membres par l'oscillométrie.

CHARCOT. Sur la claudication intermittente, *Soc. de biol.*, 1850 ; — *Progrès méd.*, 1887.

CHEINISSE. Un traitement hardi de la gangrène des extrémités, *Presse méd.*, 10 oct. 1923.

COLPART. Sympathectomie péri-artérielle, *Th. de Lille*, 1918-1919.

COSACESCO. Un procédé simple pour apprécier la circulation dans les membres gangrénés. La raie vaso-motrice, *Presse méd.*, 26 sept. 1923.

COIQUAND. Sur le signe de Moskowicz, *Th. de Bordeaux*, 1912.

CHASTENET DE GÉRY. L'inhibition traumatique des troncs artériels, *Gaz. des hôpit.*, 1919, n° 21 ; — La cause et le traitement préventif du sphacèle postopératoire dans la gangrène sénile, *Gaz. des hôpit.*, 1921,

DELBET (Pierre). *Chirurgie artérielle et veineuse*, 1908 ; — Les gangrènes et leur traitement, *Journ. de méd.*, 10 juillet 1909.

DARIAU. Le spasme vasculaire dans la gangrène sénile

EISENBACH and BETTMANN. The right level for amputation in arteriosclerosis gangren, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 6 déc. 1919.

GUYOT et JEANNENEY. L'oscillométrie appliquée à l'exploration de la perméabilité artérielle dans les gangrènes, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 21 sept. 1913.

GALLAVARDIN. *La Tension artérielle en chirurgie*, 1920.

GILBERT et COURY. Thrombo-angéite oblitérante, *Paris méd.*, 1922, p. 13.

HEITZ et INFROIT. Radiographie d'artères athéromateuses, *Soc. anat.*, 1903.

HEITZ. Fréquence des troubles de la perméabilité des artères des membres inférieurs chez les diabétiques ; — De l'emploi de l'oscillomètre dans le diagnostic de claudication intermittente, *Paris méd.*, 1916, p. 468 ; — La courbe oscillométrique chez les malades atteints de claudication intermittente.

JEANNENEY. Oscillomètre et lésions vasculaires, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 23 sept. 1917 ; — *Applications chirurgicales de l'oscillométrie*, 1918, et Vigot, 1919 ; — *Journ. méd. franç.*, 1919 ; — L'artériosclérose des membres, *Journ. méd. franç.*, 1924.

KUDELSKI. Gangrène syphilitique des extrémités, *Th. de Paris*, 1923.

LEFÈVRE. Formes atypiques de l'artérite oblitérante, *Th. de Paris*, 1923.

LIAN et DESCOURT. De la diathermie dans la claudication intermittente, *Presse méd.*, 22 oct. 1924.

LETULLE et NATTAN-LARRIER. *Précis d'anatomie pathologique*, 19 2.

LARDENNOIS. Gangrène, nécrobioses, infections gangréneuses, *Journ. méd. franç.*, 1923.

LARDENNOIS et BAUMEL. *Infections gangréneuses des membres*, 1920.

LERICHE. Traitement par la sympathectomie péri-artérielle de la douleur prémonitoire de la gangrène dans l'endartérite oblitérante, *Soc. de chir.*, 20 avril 1921; — De l'action de la sympathectomie péri-artérielle sur la circulation périphérique, *Arch. de Vaquez*, fév. 1917.

LEJARS. Sur le procédé de Moskowicz, *Semaine méd.*, 1909 et 1914.

PACHON. L'oscillométrie. Sa spécificité, son champ d'information, *Journ. méd franç.*, 1919.

PAILLARD. L'exploration artérielle segmentaire à l'oscillomètre de Pachon, *Progrès méd* , 13 déc. 1919; — Pathogénie et traitement des gangrènes, *VIe Congrès franç. de chir.*, 1892.

QUÉNU (E.). De la douleur dans la gangrène et de son traitement par la névrotomie à distance, *Bull. méd.*, 19 mai 1910; — Traitement opératoire des gangrènes séniles des orteils et du pied, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1914, p. 422-573.

ROCHER. Amputation haute dans les gangrènes par endartérite, *Th. de Bordeaux*, 1901.

SMITH. De l'amputation dans la gangrène sénile, *Guy's hosp. rep.*, 1896, p. 41, t. XLI.

SCHWARTZ. Gangrène du gros orteil de cause inconnue, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 13 nov. 1923.

THOMAS et LÉVY-VALENSI. Le spasme artériel dans la claudication intermittente, *Paris méd.*, janv. 1919.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1924)

Contribution à l'étude de la pathogénie du rachitisme. — MM. Léon BLUM, Maurice DELAVILLE et VAN CAULAERT. Le trouble essentiel du rachitisme ne réside pas dans une altération du taux des minéraux, mais dans des modifications de leur état physico-chimique, qui sont elles-mêmes la conséquence d'une altération de l'équilibre acide-base. Cette altération modifie les colloïdes plasmatiques et tissulaires et les rend incapables de fixer le calcium.

Variations du pouvoir agglutinant des sérums sous l'influence du courant continu. — MM. CLUZET, ROCHAIX et KOFMAN.

Nouvelles démonstrations de la présence normale de l'oxyde de carbone dans le sang. — M. Maurice NICLOUX.

Sur les coccus mammaires. — M. Constantin GORINI.

Virus vaccinal dans la cornée du lapin. — M. A. BORREL.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 JANVIER 1925)

M. DOLÉRIS, président sortant, résume les travaux de l'année écoulée. Il insiste sur le rôle social de l'Académie, sur son autorité morale, sur le cas que font les pouvoirs publics de ses jugements et de ses conseils.

Il rend ensuite l'hommage aux morts, qui ont été trop nombreux cette année, et souhaite la bienvenue aux nouveaux collègues.

M. BARRIER, en prenant place au fauteuil présidentiel, après avoir remercié, à son tour, ses collègues, se félicite de l'hommage rendu, par son élection, à la médecine vétérinaire et rappelle, en quelques mots fort bien dits, le rôle qu'a joué à l'Académie la médecine vétérinaire, il rappelle les travaux de Bouley, de Chauveau, qui ont illustré la science et contribué, pour une bonne part, à ses progrès.

L'allocution de M. Barrier, dans sa simplicité et sa modestie, a été fort appréciée par l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite la mort de M. Bergonié (de Bordeaux) et celle de M. Weill (de Lyon). Il retrace en quelques mots leur brillante carrière.

A propos de l'éloge de Paul Broca par M. Achard. — M. MESUREUR, tout en rendant hommage aux qualités de cet éloge, demande à faire une rectification au sujet de l'anecdote racontée par M. Achard, sur la façon courageuse dont Broca, pendant la Commune, en 1871, aurait sauvé la caisse de l'Assistance publique. Il est bien exact que Broca était parvenu à la cacher dans les caves de l'Hôtel-Dieu, mais trouvant que cet abri n'était pas suffisamment sûr, M. Guillon, administrateur de l'Assistance publique, emporta le trésor dans des sacs de pommes de terre. Il fut arrêté à la barrière, mais, grâce à son énergie, il obtint de passer, et il passa.

Eaux minérales. — M. MEILLÈRE lit une série de rapports sur des demandes d'autorisation de nouvelles sources. Les conclusions de ces rapports sont adoptées.

Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — MM. Léon BERNARD, BARON et VALTIS publient une statistique de 201 cas de tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel; leurs résultats sont les suivants :

Ils ont obtenu 40 guérisons — donc une proportion de 20 p. 100 — sur lesquelles le pneumothorax est cessé dans 24 cas.

Chez 73 malades, 36 p. 100, la guérison est ou incomplète ou récente; ils sont dits améliorés, mais nombre d'entre eux, avec le temps, passeront dans la catégorie précédente, parmi les 62 où le pneumothorax est encore en cours.

Si donc l'on additionne les deux catégories précédentes, on aboutit à un total de 113 cas favorables, donc à une proportion de 56 p. 100 de malades qui ont tiré un bénéfice évident ou parfait de la cure.

Les résultats fâcheux se répartissent en 44 décès et 24 cas mauvais abandonnés ; sur ces nombres, on compte dès la première année de traitement, 28 décès et 15 abandons par aggravation.

Enfin 20 cas stationnaires ont été relevés.

En additionnant les 44 décès, les 24 cas mauvais, et les 20 stationnaires, on arrive au total de 88 résultats défavorables, c'est-à-dire à une proportion de 44 p. 100.

Ils mentionnent encore les faits suivants :

D'abord, c'est dès la première année que se joue le sort du pneumothorax et que le pronostic de son efficacité peut se faire dans la grande majorité des faits.

En second lieu, les accidents et complications sont : 1° L'envahissement secondaire du poumon symétrique, qui est d'autant plus grave qu'il se produit plus précocement; il a été relevé 63 fois; 2° la mort rapide après la première insufflation, qui a été observée deux fois; 3° les pleurésies qui se sont produites dans 61 p. 100 des cas. Elles sont plus fréquentes dans les cas défavorables (65 p. 100) que dans les cas favorable (55 p. 100). Dans 7 cas seulement sur 122 pleurésies, la complication pleurale a aggravé la situation, au moins passagèrement.

Enfin, les auteurs rapportent quelques faits particuliers : 5 cas d'hémoptysies, avec 4 résultats favorables ; 10 cas de tuberculose chez des femmes en gestation, avec 8 résultats favorables; 3 cas de tuberculeux porteurs de lésions valvulaires du cœur, avec des résultats favorables; 1 cas de tuberculose chez une diabétique traitée avec d'excellents résultats.

A côté du bénéfice thérapeutique acquis par les malades dans les cas heureux, les auteurs mettent en relief les avantages sociaux de ce traitement, qui apporte la récupération de la capacité de travail, la suppression de la contagiosité et l'aptitude à la maternité.

Le trafic des stupéfiants et la Conférence internationale de l'opium à Genève. — M. COUTIÈRE rend compte des travaux de cette conférence.

Le nombre croissant et la variété des toxicomanes dépassent aujourd'hui de beaucoup les termes de la Convention de La Haye (1912). La nécessité s'impose d'établir un contrôle international sur la production des matières premières et sur la fabrication des alcaloïdes. La première est presque impos-

sible à contrôler dans les régions d'Asie et d'Afrique où elle s'exerce. Pourtant, la France est parvenue, dans ses possessions, à diminuer considérablement celle de l'opium et du chanvre indien. Mais la Chine produit toujours 15.000 tonnes d'opium. La conférence a proposé de limiter à 0,45 d'opium et à 0,001 de cocaïne la dose de médication utile à accorder à chaque nation, par tête d'habitant et par année, d'exiger des certificats d'exportation et d'importation, de surveiller les ports francs, de contrôler les usines productrices d'alcaloïdes en Allemagne, Angleterre, France, Japon et Suisse, d'autoriser le libre cours des préparations galéniques.

Action humorale de l'extrait du faisceau de His sur la pression artérielle. — MM. Kémal Djénab et A. Mouchet ont reconnu que les extraits de faisceau de His exercent une action hypotensive plus marquée et plus durable que les autres extraits organiques. Cette action est remarquablement intense chez un animal décapsulé. L'action exercée est comparable à celle que Roger a obtenue par l'excitation du bout périphérique du nerf vague chez un chien décapsulé, à celle que Lœwi a obtenue par excitation du nerf vague, à celle que manifeste le sang carotidien après excitation du nerf vague dans les expériences de Lunz et Govaerts. Les auteurs en concluent que l'excitation du nerf pneumogastrique agit par l'intermédiaire d'une sécrétion humorale due au faisceau de His.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 26 décembre 1924)

A propos du diagnostic des affections de la région duodéno-vésiculaire. — MM. Ch. Jacquelin et Max M. Lévy rapportent l'observation d'une malade ayant présenté tous les signes cliniques et radiologiques d'une périduodénite. Les examens radiologiques furent particulièrement nombreux et pratiqués par plusieurs médecins ignorant les examens antérieurs : tous les résultats furent identiques. A l'intervention chirurgicale, le duodénum était normal; il existait, par contre, une hépatite syphilitique (diagnostic macroscopique et histologique) avec augmentation d'épaisseur du foie qui écrasait le duodénum et le repoussait à gauche. D'ailleurs, la malade avait eu autrefois une syphilis traitée à Saint-Louis jusqu'à Wassermann négatif. Cet examen pratiqué à nouveau dans le service donna un résultat identique.

L'épreuve du traitement fut concluante. Les douleurs disparurent, la malade reprit 4 kilogrammes sous l'influence du bismuth.

Les auteurs estiment qu'un seul signe aurait pu éviter l'erreur de diagnostic; c'était le déport du duodénum à gauche de la colonne vertébrale, et ils insistent à nouveau sur les difficultés d'interprétation des images radioscopiques et radiographiques du duodénum.

Polynévrite tuberculeuse. (*A propos du procès-verbal*). — M. Crouzon considère les polynévrites d'origine tuberculeuse comme très rares. Cette étiologie est probable dans certains cas où il n'existe aucun autre antécédent à relever.

Le phénomène de l'escalier dans les arythmies. — M. Martinez (de la République Argentine).

Eloge de M. Jean Camus. — M. Vaquez.

Rapport annuel du secrétaire général. — Eloges de MM. Vallin, Antony et André Bergé.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 16 décembre 1924)

Aplasie auriculo-faciale. — M. Apert présente un enfant atteint d'absence du pavillon de l'oreille. Il rappelle qu'à propos d'une présentation antérieure il avait montré combien est variée, l'étendue de l'aplasie dans ces cas, allant de l'absence du pavillon seul jusqu'à l'absence du rocher. Dans le cas présent, il semble bien que l'oreille interne soit conservée ainsi que la trompe d'Eustache. Mais il y a une atrophie faciale et une agénésie buccale considérable. La radiographie montre l'atrophie de la branche montante du maxillaire et l'absence de condyle de ce côté.

Discussion. — M. Marfan remarque que malgré l'atrophie faciale, le nerf facial est conservé. Dans un cas qu'il a observé, le facial était absent et le rocher très atrophié.

M. Ombrédanne. Le traitement de la macrostomie est facile dans ces cas. Quant au pavillon de l'oreille, on peut le reconstituer en étalant les deux petits lobules qui persistent ici, les raccorder par un lambeau de peau, dans lequel on inclut un cartilage costal. Cette opération pratiquée trois fois donne un résultat esthétique suffisant.

Enfants atteints de dysmorphoses facio-cranio-vertébrales. — M. Pierre Robin présente une trentaine d'enfants et d'adultes de tous les âges, depuis quatre ans jusqu'à trente ans, tous porteurs d'appareils que les uns et les autres conservent, quittent et remettent avec la plus grande aisance. Ces appareils, par les modifications qu'ils apportent sur les fonctions organo-végétatives par décompression du confluent vital fonctionnel et réduction de la glossoptose, déterminent un retour normal de la croissance et de la santé en général, tout à fait remarquable.

M. P. Robin pense que lorsque ces dysmorphoses sont marquées, ces malades ne vivent pas, car il a recherché ces malformations chez les adultes et ne les a pas retrouvées.

Discussion. — M. Marfan remarque qu'il ne suffit pas de dire que si on ne les trouve pas chez l'adulte c'est parce que les malades sont morts, il faut le prouver. Comme il s'agit là de déformations rachitiques, et qu'avec la croissance les déformations rachitiques ont tendance à se redresser, on peut supposer que si on ne les trouve pas chez l'adulte, elles ont guéri spontanément et M. Marfan a vu des cas dans lesquels l'amélioration spontanée s'est faite.

M. Robin n'a pas vu de redressements spontanés. Ceux qui subsistent âgés restent des déficients.

Evolution dysmorpho-fonctionnelle à partir d'un stade fœtal (dysontogénie). Le mongolisme en particulier. — M. Pierre Robin pense que le mongolisme dysmorphique congénital n'est pas la conséquence dysontogénique d'un phénomène unique survenu chez le fœtus ou l'embryon, mais représente la sommation de troubles trophiques ayant comme point de départ une dysmorphose d'étiologie impossible à préciser.

M. Pierre Robin croit pouvoir rapprocher les dysmorphoses faciales du mongolien des autres dysmorphoses facio-cranio-vertébrales.

M. Pierre Robin estime que de ce rapprochement il devient logique d'appareiller les mongoliens le plus vite possible et que ceux-ci tirent un réel bénéfice morpho-fonctionnel de sa méthode.

Discussion. — M. Babonneix, tout en rendant justice à l'ingéniosité des théories de M. P. Robin et aux bons résultats que l'on constate de son traitement, croit que le rapprochement qu'il veut établir entre les dysmorphoses cranio-cérébrales et le mongolisme est difficile à accepter.

D'abord, dans sa forme classique, le mongolisme est une entité bien définie comportant en plus des déformations faciales; la persistance du trou de Botal, la syndactylie, des hernies ombilicales, et des lésions de sclérose cérébrale. Tout cela est bien difficile à expliquer par une dysmorphose faciale. Ensuite, parmi les malades présentés par M. Robin, un seul, le malade de M. Apert, est un mongolien vrai, les autres présentent une déformation de la face différente du mongolisme vrai. A part quelques cas légers, les médecins d'enfants avouent leur impuissance à soigner le mongolisme, si M. P. Robin leur montre qu'il peut améliorer le mongolisme vrai et grave, ce sera un grand progrès.

Mégacôlon traité chirurgicalement. — M. V. Veau présente deux enfants qui étaient atteints de mégacôlon congénital. Il a employé dans ces deux cas la méthode suivante : Incision dans la fosse iliaque gauche, on sort 20 ou 25 centimètres du côlon hypertrophié, ce qui se présente, on l'extériorise sans le fixer; quelques jours après ouverture au thermocautère; quinze jours après, on résèque l'anse

exclue sans anesthésie, créant un anus définitif qui a été gardé huit et treize mois. A ce moment, fermeture par un procédé très simple, l'ablation de l'éperon, l'anus se ferme alors seul, par rétraction de la paroi. Ces enfants ont été très améliorés par des opérations minimes ne mettant pas leur vie en danger. La résection ici a été minime et ce qui a agi c'est l'établissement d'un anus définitif.

On peut donc opérer les mégacôlons sans danger, mais à condition que ce soit à froid, pendant qu'ils sont jeunes. Ces malades sont destinés à faire des périodes d'occlusion et plus tard, adultes, on les opère d'urgence et ils meurent. C'est le cas de Lapointe. J'ai aussi opéré deux mégacôlons en période d'occlusion et ils sont morts.

Discussion. — M. MATHIEU fait remarquer que la radiographie montre qu'il persiste un gros côlon chez ces enfants. Qu'il y a différentes variétés de mégacôlons, les uns présentent une coudure nette et que seuls ils ont des chances de guérir par une résection partielle si celle-ci porte au niveau de la coudure.

M. MARFAN remarque que si c'est l'anus définitif qui agit seul ici, une fois qu'on l'a fermé, ces malades se retrouvent dans l'état antérieur.

M. VEAU convient que ces malades ont leur anus contre nature fermé depuis trop peu de temps pour qu'on puisse savoir s'ils sont à l'abri d'une récidive. Ils sont actuellement très améliorés.

M. L. TIXIER demande s'il n'y a pas à craindre, par cette méthode qui laisse des anses intestinales adhérentes à la paroi, des difficultés si on a à réopérer plus tard.

M. VEAU. Chez l'enfant, les adhérences disparaissent avec une merveilleuse facilité. On le voit après les appendicites graves.

M. TERRIEN rappelle un cas de mégacôlon chez lequel Lardennois, trouvant au toucher rectal son doigt très serré, pratiqua la dilatation anale forcée. L'enfant vida bien son intestin par la suite. On est seulement obligé de répéter cette dilatation tous les ans.

Diabète infantile et oreillons. — MM. LEREBOULLET et LELONG rapportent le cas d'une fillette de treize ans et demi, chez laquelle un diabète, gravement évolutif, a succédé à une atteinte d'oreillons; ceux-ci, survenus en mai 1924, ont été suivis immédiatement d'un amaigrissement très marqué, accompagné en juin d'une diarrhée très intense; deux mois après, la malade tombait dans le coma et n'en était tirée que par des injections d'insuline; actuellement, elle a près de 300 grammes de sucre par jour avec forte acétonurie. Ils en rapprochent un autre cas dans lequel le coma semble avoir été déclanché par les oreillons et montrent que si d'autres maladies infectieuses, comme la scarlatine, sont souvent sans effet sur l'apparition et l'évolution du diabète, les oreillons paraissent jusqu'ici avoir, exceptionnellement d'ailleurs, un rôle certain dans l'éclosion et l'évolution du diabète.

Discussion. — M. DEBRÉ a observé, avec M. Marcel LABBÉ, un enfant qui, à la suite des oreillons, présenta un diabète léger et facilement guéri. Cet enfant suivi avec soin auparavant n'avait jamais eu de sucre dans ses urines. Les cas analogues publiés jusqu'ici sont très peu nombreux. A la suite des oreillons on ne trouve pas ordinairement de glycosurie alimentaire.

Scoliose congénitale avec quatre semi-vertèbres à la suite. — MM. MOUCHET et RŒDERER présentent un enfant qui a une scoliose dorsale supérieure gauche étendue. La radiographie montre que, du côté gauche, les VIe, VIIe, VIIIe, IXe vertèbres s'articulent avec deux côtes à gauche, avec une seule à droite. Les IVe et Ve vertèbres sont soudées ensemble. Les Ires dorsales et dernières cervicales forment un puzzle dans lequel on ne peut identifier la disposition des corps vertébraux.

Encéphalocèle frontale opérée. — M. MATHIEU présente un nourrisson opéré il y a un an d'une encéphalocèle frontale. A la racine du nez se présentait une tumeur de la grosseur du pouce de la grosseur d'une phalange. L'enfant va bien et se développe. Actuellement on trouve encore sous la cicatrice une petite tumeur.

L'examen de la pièce (Jumentié) a montré qu'il s'agissait d'un gliome banal. C'est probablement du gliome qui subsiste encore sous la cicatrice.

M. VEAU. Il y a au point de vue du pronostic une différence fondamentale entre l'encéphalocèle et le spina bifida. Les spina bifida meurent si on ne les opère pas et deviennent hydrocéphales si on les opère. J'ai opéré 3 encéphalocèles, ils ont guéri. Le pronostic est donc bon.

Discussion. — M. RENAULT. Tous les spinas bifidas opérés ne deviennent pas hydrocéphales, j'ai observé un cas opéré par M. Cunéo il y a douze ans, il est absolument normal actuellement.

M. MOUCHET pense aussi qu'il y a des cas de spina bifida opérés qui ne font pas d'hydrocéphalie.

Orchites aiguës et subaiguës « primitives » des enfants. — M. Albert MOUCHET rappelle l'important travail de Ombrédanne en 1913 qui a montré que la plupart des orchites aiguës ou subaiguës, dites primitives, chez les enfants étaient des torsions du cordon spermatique. M. Mouchet dès 1922 a attiré l'attention sur une variété d'orchite subaiguë qui est due à une *torsion de l'hydatide sessile de Morgagni.* Il a opéré quatre enfants atteints de cette affection et depuis ce moment-là, quatre observations nouvelles ont été publiées par d'autres chirurgiens; deux, inédites, ont été communiquées à M. Mouchet.

M. Mouchet estime que les orchites de l'enfance lorsqu'elles sont indépendantes de toute infection urétrale et de toute maladie infectieuse générale, sont soit des torsions du cordon, lorsqu'elles ont une allure franchement aiguë, soit des torsions de l'hydatide sessile de Morgagni lorsqu'elles ont une marche subaiguë.

Dans le doute, il faut toujours opérer, la torsion du cordon étant grave pour l'avenir du testicule (atrophie ou même gangrène).

Traitement des paralysies diphtériques par les mélanges toxo-antitoxiques hyperneutralisés. — MM. Jules RENAULT et Pierre-Paul LÉVY apportent cinq nouvelles observations de paralysies diphtériques traitées d'après leur méthode.

Les injections ne se sont jamais accompagnées que de réactions faibles ou nulles.

Les observations ont trait à trois formes légères, à une forme plus sérieuse et à une forme d'intoxication diphtérique très sévère, où les paralysies étaient généralisées.

Dans tous les cas, on fut frappé de l'amélioration toujours nette et parfois impressionnante qui survient deux à quatre jours après la première injection; en huit à dix jours, la guérison survient. Cette constatation s'applique aux paralysies des muscles placés sous la dépendance des nerfs crâniens; pour les autres, les résultats sont moins rapides.

Les auteurs rappellent les cinq cas rapportés par eux en mars 1924. Ils estiment que la méthode des injections toxo-antitoxiques peut être en outre appliquée avec succès : 1° à la prophylaxie immédiate de la diphtérie et que dans ces cas on confère aux enfants l'immunité sérique d'urgence et l'immunité vaccinale de longue durée; 2° au traitement des angines diphtériques graves, parce que, si le sérum empêche l'édification de nouvelles lésions toxiniques, le mélange s'attaque à des lésions déjà édifiées.

En somme, les mélanges toxo-antitoxiques hyperneutralisés présentent des propriétés préventives à courte et à longue échéance et de remarquables propriétés curatives.

Discussion. — M. DEBRÉ remarque que les auteurs américains pensent que l'immunité vaccinale de longue durée a moins de chances d'être atteinte si la vaccination est faite pendant la période d'immunité passive du sérum. Il vaudrait mieux faire la vaccination quelques jours après.

M. LESNÉ est de l'avis de MM. J. Renault et P. P. Lévy, qu'il faut profiter de la crainte dans laquelle est la famille pour faire aux frères et sœurs non seulement l'injection de sérum d'urgence, mais un vaccin conférant une longue immunité.

M. LEREBOULLET a employé à la fois le sérum et la vaccination chez les frères et sœurs, et pratiqué une seconde injection anatomique trois semaines après. Pour le traitement de

la diphtérie cette association n'a pas évité l'apparition de paralysies diphtériques, et comme il avait noté des réactions assez vives, il a cessé.

M. P. P. LÉVY. L'opinion des américains s'appuie sur la recherche des unités antitoxiques dans le sang. Il y en a moins évidemment dans la période d'immunité passive, mais l'important est de savoir si les gens vaccinés ont plus tard ou non la diphtérie, tout est là.

Si M. Lereboullet a observé des réactions c'est parce qu'il injectait isolément le sérum et le vaccin : on n'en observe pas si on fait un mélange extemporané.

La fièvre de Malte à Paris. — MM. Pierre Paul LÉVY et André BARANGER rapportent l'histoire clinique d'une enfant de onze ans qui ayant bu à Paris du lait de chèvre contracta la fièvre de Malte en même temps que sa sœur.

La maladie en imposa d'abord pour une ostéomyélite à cause de violentes douleurs ostéoarticulaires; on pensa ensuite au rhumatisme articulaire aigu. L'hémoculture, le sérodiagnostic et l'intradermoréaction de Burnet concordèrent pour déceler la nature mélitococcique de l'affection.

Celle-ci évoluait ensuite classiquement et la couche thermique dessinait des ondulations typiques.

Trois mois plus tard la petite malade fut revue à domicile. Pâle, amaigrie, toujours fébrile, l'enfant toussait. Son médecin avait fait le diagnostic et institué un traitement de tuberculose pulmonaire.

Les auteurs rappellent que les formes cliniques de la fièvre de Malte peuvent facilement induire en erreur si l'on ne pense pas à l'existence de la maladie.

A Paris contrairement à l'opinion courante, ce n'est pas une rareté bien que peu de cas en aient été publiés. Il y aurait grand intérêt à répandre cette notion. Dûment avertis, en face d'états fébriles rapportés à tort à la fièvre typhoïde, à la tuberculose ou au rhumatisme, les médecins de la région feraient plus souvent le diagnostic de fièvre de Malte.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1924)

Action de l'infection pulmonaire tuberculeuse minime du lapin jeune sur la réinfection à l'âge adulte. — MM. André PHILIBERT et François CORDEY montrent expérimentalement que, chez le lapin, une infection pulmonaire de l'enfance, susceptible de guérison, ne met pas l'animal à l'abri de lésions évoluantes lors d'une réinfection survenant à l'âge adulte, par la même voie.

Opérant sur quatorze lapins, ils ont vu que six sur sept témoins ne présentaient, parvenus à l'âge adulte, aucune lésion due à la primo-infection légère de l'enfance. Les sept autres, infectés dans les mêmes conditions et réinfectés à l'âge adulte avec des doses très minimes, ont tous présenté des lésions pulmonaires tantôt discrètes, tantôt importantes, bien que dans quatre cas la dose totale de bacille employée pour les deux injections ait été moindre (dix fois plus faible) que la primo-infection d'un lapin témoin.

Les auteurs concluent que l'infection légère de l'enfance, chez le lapin, susceptible de guérison, ne sensibilise pas le poumon pour y faire apparaître des phénomènes allergiques et, loin de le vacciner, le prédisposent au contraire à la réinfection qui évolue sous la forme clinique des lésions caséeuses de première infection.

Immunité de race vis-à-vis de la scarlatine. La réaction de Dick chez les sujets de race jaune. — M. Ch. ZOELLER, après avoir rappelé l'importance du facteur race dans l'étiologie de la scarlatine et l'immunité relative de la race jaune, rapporte le résultat de recherches entreprises dans ce sens au moyen de la réaction de Dick, réaction de réceptivité à la scarlatine. Tandis que chez les Européens la réaction de Dick a été trouvée positive dans un tiers des cas environ, chez cinquante Annamites examinés elle n'a jamais été franchement positive; quatre fois elle fut très légèrement positive.

Lorsqu'on étudie le sérum de divers Annamites à Dick négatif, on en trouve qui effacent une réaction de Dick positive chez un réceptif. D'autres laissent apparaître une réaction tardive; d'autres, enfin (4 sur 10), ne négativent pas la réaction de Dick.

Ces recherches paraissent permettre de saisir sur le vif l'immunité relative de la race jaune à la scarlatine; elles montrent, d'autre part, que cette immunité de race ne tient pas, dans tous les cas, à la présence d'antitoxine dans le sérum.

L'auteur signale, enfin, pour mémoire que trois sujets de race noire ont présenté une réaction de Dick négative.

La diphtérie génitale chez le cobaye et le lapin. La contagion expérimentale de la diphtérie. — MM. Ch. ZOELLER et MANOUSSAKIS étudient la diphtérie génitale chez le cobaye et le lapin. Après avoir rappelé sa gravité habituelle, ils s'en servent comme test de l'immunité générale conférée par des atteintes successives de diphtérie oculaire. Cette immunité générale est inconstante.

Des essais de vaccination par l'anatoxine entreprise par voie génitale, chez le cobaye mâle et femelle, ont montré que la vaccination ne paraît pas réalisable par cette voie. Une lapine porteuse de bacilles diphtériques peut conférer une diphtérie génitale typique à un cobaye mâle à l'occasion des rapports sexuels.

L'équilibre lipoïdique du sérum sanguin. — MM. A. GRIGAUT et R. YOVANOVITCH montrent que, au cours des divers états physiologiques et pathologiques, les lipoïdes du sérum sanguin varient constamment d'une manière parallèle et que le rapport $\frac{\text{Cholestérine}}{\text{Lécithine}}$ égal normalement à 89 ne subit dans la maladie que de faibles oscillations autour de la normale. Par contre, la proportion des graisses neutres par rapport aux lipoïdes éprouve des variations fort importantes. Normalement égal à 45, le rapport $\frac{\text{Lipoïdes}}{\text{Graisses totales}}$ s'élève dans l'hypolipoïdémie des maladies infectieuses et s'abaisse notablement lorsque la lipoïdémie prend des valeurs élevées comme c'est le cas au cours de la néphrite chronique et du diabète. L'organisme semble ainsi s'efforcer de maintenir constant le rapport de concentration de ses lipoïdes sériques, tandis qu'il s'accommode facilement d'un surplus de graisses neutres dans le sérum, non compensé par une augmentation équivalente des lipoïdes.

Oxydases du sérum. — M. BROCQ-ROUSSEU établit, à la suite de 213 réactions effectuées sur des sérums de cheval, avec la teinture de gaïac, que le sérum sanguin ne contient pas d'oxydases.

L'opinion inverse a été soutenue, mais elle se basait sur des expériences faites sur plasma centrifugé — faussement dénommé sérum — et non sur le sérum vrai obtenu après coagulation par transsudation du caillot.

Action du rayonnement du radium sur les nerfs périphériques. — Mme DOBROVOLSKAIA-ZAVADSKAIA.

Recherches expérimentales sur les variations de glycémie déterminées par l'injection intraveineuse de sécrétine. — M. TROBONO a observé chez six chiens une hypoglycémie transitoire une heure et demie après injection intraveineuse de sécrétine qu'il attribue à une stimulation momentanée de la sécrétion interne du pancréas.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1924)

Le morrhuate d'éthyle dans le traitement de la tuberculose. — MM. A. GRIGAUT et André TARDIEU, après une critique théorique et pharmacologique de la méthode de traitement de la tuberculose préconisée par Rogers (injection sous-cutanée de morrhuate de soude en solution à 3 p. 100), proposent aux phtisiologues une modification importante, susceptible de rendre ce procédé plus pratique et plus actif. Au lieu de morrhuate de soude, corps instable, qui ne peut

être employé en solution fraîchement préparée et qui détermine des réactions locales, générales et focales violentes, les auteurs préconisent l'éther éthylique de l'acide morrhuique qui est au contraire un produit parfaitement pur, stable en solution dans l'huile et qui détermine moins de réactions. La solubilité de ce corps dans l'huile le rend très maniable et injectable, soit par voie trachéale, soit par voie hypodermique. Il semble bien que la voie trachéale soit la voie d'élection. Les auteurs ont étudié expérimentalement la pharmacodynamie du morrhuate d'éthyle. La dose mortelle est très élevée, elle est de 1 centimètre et demi de produit pur par kilo d'animal. A noter que ce médicament possède des propriétés cardio-toniques nettes qui le rendent précieux chez les phtisiques.

Traitement du rhumatisme chronique déformant par l'insuline. — MM. Lévy-Franckel, Juster et R. Lacroix présentent une série d'observations de malades atteints, soit de psoriasis avec arthropathie, de morbus coxae senilis de la hanche gauche, de rhumatisme chronique avec phénomènes douloureux, de rhumatisme vertébral : dans tous ces cas, grâce à des injections d'insuline, on a pu juguler la douleur. Les doses données sont extrêmement variables. D'après les observations présentées on peut voir qu'une moyenne de neuf à dix injections de 1 centimètre cube représentant en moyenne quinze unités cliniques par centimètre cube suffit dans la plupart des cas étudiés. La raison qui fait de l'insuline un antirhumatismal est extrêmement difficile à déterminer, mais enfin les auteurs rappellent que le dysfonctionnement de certaines glandes endocrines, en particulier de la thyroïde, a été incriminé dans la congestion du rhumatisme déformant. Il peut se faire que l'insuline agisse plus particulièrement ici sur la sécrétion thyroïdienne.

Glycérolé suramidonné en pansement. — M. Paul Gallois rappelle qu'il y a quarante ans qu'il emploie d'une façon courante et habituelle la glycérine en pansement; ce mode de pansement lui a donné pleine et entière satisfaction. Il présente trois façons de faire ces pansements : 1° le pansement assez humide qui consiste en un tampon de coton hydrophile trempé dans un liquide quelconque de pansement bien exprimé et retrempé dans de la glycérine; ce pansement est un véritable cataplasme et remplace également les enveloppements chauds; 2° application sur un lint du glycérolé d'amidon du commerce; sert pour les brûlures, les coupures, etc.; 3° enfin le glycérolé suramidonné; incorporer dans 100 grammes de glycérolé ordinaire une quantité d'amidon variant de 20 à 50 grammes; c'est l'équivalent d'un pansement par des poudres : pour plaies fournissant beaucoup de pus, pour l'impétigo, etc.

Lymphothérapie dans les rhumatismes. — M. Artault (de Vevey), qui a déjà signalé plusieurs fois l'avantage de l'emploi de la lymphothérapie dans les maladies infectieuses, revient aujourd'hui sur cette méthode dans ses applications thérapeutiques du rhumatisme articulaire aigu, du rhumatisme blennorragique, du rhumatisme a frigore, de la goutte franche, du rhumatisme déformant; l'auteur se résume en disant que la lymphothérapie agit en empruntant au malade ses propres moyens de défense et en les exaltant bien plus rapidement et bien plus efficacement que les vaccins qui exigent des manipulations et des préparations beaucoup plus longues.

Les tendances de la radiothérapie. — M. Ch. Schmitt fait une revision complète de la radiothérapie contemporaine : dans une première partie celle qui concerne l'appareillage et dans une seconde il résume sous trois chapitres : *a.* doses faibles; *b.* doses moyennes; *c.* doses fortes et doses très fortes les indications de ces diverses doses. Il est intéressant de noter que les doses faibles rendent de gros services dans les affections endocriniennes, que les doses fortes et très fortes rendent surtout de gros services dans les maladies néoplasiques sans cependant détrôner la chirurgie, mais l'auteur n'hésite pas à déclarer que la période dans laquelle nous entrons sera celle de l'association très étroite de la chirurgie et de la radiothérapie contre le cancer.

REVUE DES THÈSES

Le spina bifida occulta postérieur lombo-sacré et la métamérisation des arcs du sacrum (1), par le docteur F. Lagrot.

La question du rôle joué en pathologie par le spina bifida occulta de la région sacrée et lombo-sacrée a fait déjà couler beaucoup d'encre, et ce n'est qu'un début. Le très important travail du docteur Lagrot constitue une mise au point parfaite de l'état actuel de la question, et en plus il lui apporte l'appoint de recherches anatomiques personnelles et de 107 observations dont beaucoup inédites.

Ce travail se compose de deux parties bien distinctes. Une partie anatomique et une partie clinique.

L'étude de 21 fœtus et de 924 pièces sèches a porté sur les deux éléments de la fermeture du rachis et du sacrum en arrière : la fermeture de l'arc osseux postérieur, la soudure des arcs postérieurs du sacrum entre eux, la non fermeture de l'arc osseux constituant le spina bifida, la non soudure des arcs osseux sacrés entre eux constituant la métamérisation sacrée.

Comment se font normalement ces soudures? Pour l'auteur : chez le fœtus de neuf mois, il existe un rachischisis normal des arcs sacrés et de la Ve lombaire, alors que tout le reste du canal neural est fermé; chez l'enfant, la soudure des arcs sacrés commencera par S^2 à trois ans et demi en général, se continue par S^3 à quatre ans et demi, en même temps que se fait l'occlusion de L^5. A sept ans, la fermeture des arcs sacrés est terminée. La déhiscence de L^5 après quatre ans et demi, et des arcs sacrés après sept ans doit être considérée comme anormale. Cette anomalie est d'une fréquence considérable puisque sur 924 pièces l'auteur a trouvé dans 32,25 p. 100 des cas un rachischisis dont 20 p. 100 pour la seule première sacrée.

La métamérisation des arcs postérieurs sacrés est très fréquemment associée à la déhiscence de l'arc osseux : la défectuosité de l'ossification ne se borne pas aux noyaux nerveux, elle intéresse toute la région postérieure de la vertèbre.

Donc « les arcs sacrés et les deux derniers arcs lombaires sont fréquemment le siège d'une viciation profonde de l'ossification qui tend à dégarnir de substance osseuse le toit de l'extrémité inférieure du canal rachidien », ces irrégularités anatomiques peuvent engendrer des conséquences pathologiques : la malformation du spina bifida peut dépasser la lame, atteindre les apophyses articulaires, d'où obliquité du rachis, de même le sacrum peut être asymétrique (pathogénie de certaines scolioses).

La métamérisation par la persistance du ligament jaune tendu d'un arc osseux à l'autre en forme de bride peut être l'origine des accidents nerveux de compression attribués au spina bifida (incontinences, pieds bots, trophœdèmes, etc.).

L'étude clinique montre que si le rachischisis et la métamérisation des arcs du sacrum se rencontrent sur un grand nombre d'individus normaux, leur domaine pathologique est très étendu. L'auteur tend à attribuer au spina neural les troubles trophiques des membres inférieurs, les pieds bots, les pieds creux; au spina ostéogénique, certaines scolioses; à la métamérisation des arcs sacrés, l'énurésis et le trophœdème.

Le rôle du spina bifida occulta reste très douteux dans d'autres affections (pied plat, luxation congénitale de la hanche, coxa vara, etc.).

Les observations montrent que le traitement opératoire est très favorable en ce qui concerne l'énurésis, variables dans les cas de pied bot, mais l'ère thérapeutique de ces anomalies est encore à peine ébauchée. M. LANCE.

Hernies, par le docteur Patel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon. Grand in-8 de 540 pages avec 172 figures. — Prix : broché, 45 fr.; cartonné, 55 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) *Th. d'Alger*, 176 p., 73 fig. — Alger, Imprimerie moderne.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924

I. **Doctorat en médecine.** (*Diplôme d'Etat.*) — 258. ARNOUX. — Le glaucome dans ses rapports avec la syphilis.

253. BAUDOT. — Contribution à l'étude de la myomectomie au cours de la puerpéralité.

259. CONSTANT. — Des indications du traitement hydrominéral de la lithiase réno-uretérale.

260. DOUZAIN. — Dilatation kystique de l'appendice. Etude clinique et expérimentale.

268. FEUILLADE. — La tuberculose génitale dans ses rapports avec la puerpéralité.

262. FLORENTIN. — Recherches expérimentales sur la biligénie pigmentaire normale et pathologique.

266. FRANÇAIS. — Contribution à l'étude des hémiplégies et des aphasies du post-partum.

239. GUILLEMOT. — Considérations sur le traitement de l'absence congénitale du péroné.

272. HALLER (Mlle). — Du choix des tests dans la détermination pratique de l'âge mental.

245. HANSHALTER. — La lutte contre la syphilis dans la région lorraine.

263. HUSSON. — Contribution à l'étude obstétricale du bassin sacro-coxalgique.

256. JACQUOT. — De la poliomyélite antérieure d'origine hérédo-syphilitique.

241. LAFLOTTE. — Kystes lutéiniques-mole hydatiforme et chorioépithéliome.

252. LEDUC. — La tuberculose et l'alcoolisme en Lorraine.

238. MATHIEU — Recherches sur la fixation au niveau des tissus et sur l'élimination urinaire et fécale de l'arsenic cacodylique et arsénobenzolique.

265. MULLER. — L'hymen dans les expertises médico-légales.

255. NORGUIN. — Le benzoate de benzyle; ses effets dans le traitement de la toux des tuberculeux. Recherches expérimentales de sa toxicité immédiate.

261. PIERSON. — Epilepsie congénitale et malformations ectodermiques.

269. RAFIDIMANANA. — Prophylaxie de la rougeole par l'injection de sérum de convalescent.

254. RESLING. — Considérations sur la pratique du tubage duodénal.

257. RICKLIN. — Contribution à l'étude de la chirurgie en Lorraine : Nicolas Saucerotte.

249. SANTELLI. — Contribution à l'étude du captage des sources thermo-minérales.

271. SENICOURT. — Des constantes basses.

264. THOMAS. — Accidents du travail : Evaluation des incapacités des membres.

242. THOUVENIN. — Le synecphalastrum nigricans est-il parasite ou saprophyte?

243. VELIN. — Des accidents d'automobile au point de vue médico-légal.

240. WACHOWSKI. — Contribution à l'étude de l'irido-choroïdite hémosporique chez l'enfant.

247. WEISS. — Contribution à l'étude de la syphilis dans la Société moderne.

II. **Doctorat d'Université** (*mention Médecine*). — 273. BÉOGRADATZ (Mlle). — Adhérences pleurales. Mort rapide. Mort subite. — Etude médico-légale.

274. CHAÏKAREVITCH. — Contribution à l'étude des diverticules de la vessie.

267. KLIGHER. — Traitement des contractures articulaires par le procédé du tourniquet.

270. MARINKOVITCH. — Inégalité pupillaire provoquée dans la tuberculose pulmonaire.

246. NOVAKOVITCH. — Contribution à l'étude de l'action diurétique des composés mercuriels.

244. POPOVITGH. — Contribution à l'étude de l'ichthyose.

275. VASSILIEVITCH. — Contribution à l'étude de l'hypotension artérielle dans la tuberculose pulmonaire.

251. VLAYKOVITCH. — L'ail en thérapeutique. Ses effets dans la tuberculose.

248. YÉLITCH. — Un cas de malformations congénitales multiples. Traitement chirurgical.

250. YOVANOVITCH. — A propos de quelques observations le sympathectomie péri-artérielle.

LIVRES NOUVEAUX

Oto-rhino-laryngologie. Documents pour le praticien (1), par G. DE PARREL.

Dans un but de vulgarisation, l'auteur étudie, à l'intention des praticiens, les manifestations oto-rhino-laryngologiques qui doivent attirer l'attention, vers une diathèse jusque-là méconnue.

L'hérédo-syphilis cervico-faciale et la diathèse neuro-arthritique respiratoire sont particulièrement étudiées.

Si la nosologie du larynx, de l'oreille, si le « péril naso-pharyngien », sont étudiés surtout d'un point de vue pratique, les chapitres qui ont trait à l'hygiène de la voix et à la rééducation auditive seront lus avec profit par tous les médecins, même spécialisés.

Ayant éclairé les praticiens, de Parrel, leur donne, en quelques pages, les moyens pratiques de parer à l'urgence et de reconnaître la nécessité de l'intervention rapide d'un spécialiste.

Il a enfin extrait, à leur intention, quelques formules, de son important ouvrage de « thérapeutique oto-rhino-laryngologique ».

Bien conçu, ce livre est bien présenté. En effet, chaque chapitre se termine, par un résumé succint où l'on retrouve, d'un seul coup d'œil, le renseignement utile au moment opportun. P. TRUFFERT.

L'Anastomose saphéno-fémorale. Ses indications, sa technique, ses résultats (2), par le docteur Julio A. PINEYRO.

L'anastomose saphéno-fémorale telle que la pratique M. le professeur Delbet est bien le traitement rationnel, conforme à la physiologie pathologique du membre variqueux.

Son idée (son but et son résultat) est de suppléer à l'insuffisance de la valvule déficiente de la saphène interne par l'abouchement dans la veine fémorale au-dessous d'une valvule suffisante qui est constante.

L'exposé de l'anatomie exacte du terraiu opératoire et de la technique chirurgicale, des résultats de 47 cas revus après un ou seize ans, des indications et des contre-indications, des résultats comparés d'autres méthodes, font de cet ouvrage un traité complet désormais indispensable au chirurgien.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 12 JANVIER AU 17 JANVIER 1924)

THÈSES

Mardi 13 janvier. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Bernard, Duval et Philibert. — M. TALON. Des applications de la stéréoscopie à la radiologie. — M. RÉCAMIER (J.). Etude du traitement du cancer du rectum. — Mlle DEVIN (S.). Etude des centres d'élevage de nourrissons.

Jury : MM. Ménétrier, Jeanselme, Broca et Lian. — M. SÉJOURNÉ (J.) Un traitement dermatologique simple des ulcérations atones. — M. LUCQ (J.). Jean Pecquet (1622-1674). — M. LEFOURNIER (Charles). Les cavernes pulmonaires.

Jeudi 15 janvier. (Thèses vétérinaires.) — MM. Jeanselme, président; Bernard, Nicolas, Petit, Dechambre et Moussu. — M. SEVILLA. L'art vétérinaire antique. — M. BISSANGE. Les intoxications chez les animaux par les pommes de terre altérées.

(1) Un vol. in-8° de 425 pages avec 86 fig. — Paris, 1924, Maloine et fils.

(2) Un vol. grand in-8° illustré, 170/260.420 p. — Prix : 25 fr. — Paris, 1924, Edit. Rhea, 63, rue Denfert-Rochereau.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 4. — MARDI 13 & JEUDI 15 JANVIER 1925. 98e ANNÉE. MARDI 13 & JEUDI 15 JANVIER 1925. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — NOUVEAU RÈGLEMENT DU CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Les dispositions du règlement sur le Service de santé relatives à l'organisation du concours d'accoucheur des hôpitaux sont modifiées ainsi qu'il suit :

« ART. 226. — Le jury du concours pour les places d'accoucheur des hôpitaux se compose de sept membres : cinq accoucheurs, un médecin et un chirurgien, tirés au sort parmi les accoucheurs, médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux et hospices en exercice et honoraires, ainsi que parmi les accoucheurs, médecins et chirurgiens des hôpitaux, non encore titularisés comme chefs de service mais exerçant leurs fonctions depuis huit années au moins à compter du 1er janvier qui aura suivi leur nomination.

ART. 227. — Les épreuves du concours d'accoucheur des hôpitaux sont réglées comme suit :

ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

1° *Une composition écrite anonyme sur un sujet d'anatomie et physiologie*. — Il est accordé trois heures pour cette composition.

2° *Une composition écrite anonyme sur un sujet d'accouchement*. — Il est accordé trois heures pour cette composition.

Les compositions doivent être écrites à l'encre et ne porter ni signature ni signe distinctif. L'anonymat est assuré au moyen du procédé employé pour le concours de médecin des hôpitaux et est maintenu jusqu'à la fin des épreuves d admissibilité.

La lecture des copies est faite en séance privée par deux accoucheurs des hôpitaux désignés par le sort. Ces lecteurs ne participent pas aux délibérations. Toutes les copies de la même épreuve sont lues par le même lecteur. Les copies sont numérotées dans l'ordre de lecture.

En aucun cas les membres du jury ne prennent en main les copies. Les lecteurs se tiennent à la disposition des juges jusqu'à l'attribution des notes exclusivement.

A la fin de chaque séance les notes sont votées après délibération et inscrites au-dessous du numéro de la copie par le représentant de l'administration. Les points obtenus sont écrits en toutes lettres.

3° *Une épreuve clinique sur une femme enceinte, en travail ou récemment accouchée*. — Il est accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de la malade et dix minutes pour la dissertation orale devant le jury après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves d'admissibilité est fixé ainsi qu'il suit :

Première composition écrite anonyme	30 points
Deuxième composition écrite anonyme	30 —
Epreuve clinique	30 —
Total.	90 —

CLASSEMENT DES CANDIDATS A LA SUITE DES ÉPREUVES D'ADMISSIBILITÉ

A l'issue des épreuves d'admissibilité, le jury se réunit en séance publique pour procéder à l'identification des copies et au relevé des points attribués à chacune d'elles.

Le classement est établi en additionnant les points obtenus aux épreuves écrites et à l'épreuve clinique.

Peuvent être seuls déclarés admissibles les candidats ayant obtenu un total de points au moins égal aux deux tiers du maximum fixé ci-dessus sans que, dans aucun cas, le nombre des candidats déclarés admissibles puisse être supérieur à quatre pour une place et six pour deux places.

Lorsque plusieurs candidats se trouvent classés ex æquo, le jury se base, pour donner la priorité, d'abord sur le plus grand nombre des concours dans lesquels le candidat aura été déclaré admissible, ensuite sur le plus grand nombre de concours dans lesquels il aura été classé ex æquo avec les admissibles, puis sur le plus grand nombre de concours auxquels le candidat aura pris part, la notation de ses deux compositions écrites anonymes acquérant seule à ce dernier le bénéfice d'un concours, enfin sur l'ancienneté de doctorat.

ÉPREUVES DÉFINITIVES

Les épreuves définitives comprennent :

1° *Une épreuve de médecine opératoire* consistant en deux opérations sur le cadavre.

2° *Une consultation écrite sur une femme atteinte d'une affection chirurgicale ou sur un enfant nouveau-né*. — Il est accordé au candidat quinze minutes pour l'examen de la malade et quarante-cinq minutes pour la rédaction de la con-

sultation. Cette consultation est lue immédiatement par le candidat devant le jury.

3° *Une épreuve clinique orale sur deux femmes enceintes, en travail ou récemment accouchée.* — Il est accordé au candidat trente minutes dont il peut disposer à son gré pour l'examen de ces deux malades et vingt minutes pour exposer devant le jury le résultat de ses investigations, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer pour chacune des épreuves définitives est fixé ainsi qu'il suit :

Médecine opératoire..........	20 points
Consultation écrite...........	20 —
Epreuve clinique..............	30 —
Total.....	70 —

CLASSEMENT DES CANDIDATS A LA SUITE DES ÉPREUVES DÉFINITIVES

A l'issue des épreuves définitives les candidats sont classés suivant le total des points obtenus aux épreuves d'admissibilité et aux épreuves définitives.

Les candidats classés ex æquo pour la ou les dernières places sont soumis à une épreuve clinique supplémentaire subie dans les conditions prévues pour l'épreuve clinique des épreuves d'admissibilité.

A la suite de cette épreuve un classement définitif est établi par le jury. Si des candidats se trouvaient de nouveau ex æquo, leur classement serait effectué suivant les règles fixées ci-dessus pour le classement des candidats se trouvant ex æquo à la suite des épreuves d'admissibilité.

MESURES TRANSITOIRES

Par mesure transitoire les candidats reconnus admissibles définitifs dans les conditions fixées par l'arrêté des 6 mai-10 juin 1921 sont admis à prendre part en surnombre aux épreuves définitives.

Si l'un d'eux participe à ces épreuves la cote est ramenée à zéro à la suite des épreuves d'admissibilité.

Ces candidats ne conserveront le bénéfice de l'admissibilité définitive que pour les concours auxquels ils étaient autorisés à prendre part en vertu des dispositions de l'arrêté des 6 mai-10 juin 1921 précité. Ils pourront toutefois être admis à prendre part aux concours ultérieurs dans les mêmes conditions que les autres candidats. »

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL-BROUSSE. — Un concours pour la nomination d'internes en médecine (dont un affecté au service de chirurgie de l'établissement) et la désignation d'internes provisoires à l'hospice départemental Paul-Brousse s'ouvrira le lundi 23 février 1925.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine, service de l'assistance départementale, 2e bureau (annexe Lobau, escalier A, 4e étage, porte n° 447), dimanches et fêtes exceptés, de 10 à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 24 janvier au 7 février 1925.

HOPITAUX DE PROVINCE. — RENNES. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Médecine et chirurgie. — Titulaires : MM. Le Moniet, Philouze, Besnard, Biet, Clouard, Lucas; suppléant : M. Rault.

Maternité. — M. Coupe.

Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Jambon, Laurent, Morvan, Penanhoat, Guerlot, Benoist, Ferron, Menon, Blotnere, Brizais, Morange, Chambrin, Darris, Doyot, Savoure, Le Cun.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — M. Ruthon, professeur suppléant, est délégué dans les fonctions de chef de travaux de physique, en remplacement de M. Maurel, en congé du 1er octobre 1924 au 31 mars 1925.

Un congé sans traitement est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, du 1er octobre 1924 au 31 mars 1925, à M. Maurel, chef des travaux de physique.

M. le docteur Malet est délégué, du 1er novembre 1924 au 11 mai 1925, dans les fonctions de suppléant de pathologie et clinique internes.

M. Dubreuil-Chambardel, chef de travaux, est délégué, du 1er novembre 1924 au 8 mai 1925, dans les fonctions de suppléant d'anatomie.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Vitoux, directeur du Service de santé du 16e corps d'armée, a été placé, à dater du 6 janvier, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire.

— Sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe les médecins aides-majors de 2e classe dont les noms suivent, actuellement en stage à l'Ecole d'application du Service de santé militaire :

Série A : M. Cohen-Jonathan.

Série B : M. Bousquet.

Série C : MM. Desfour, Accoyer, Chabasse, Bouana, Biessy, Bloch, Cieile, Alsac.

Série E : M. Rohmer.

MARINE. — Sont désignés pour suivre les cours de l'Institut Pasteur en 1925 : MM. les médecins de 1re classe Babin, Bossé, Maudet et Palud.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — DÉCLARATION DES MALADIES CONTAGIEUSES. — Le *Journal officiel* du 8 janvier 1925 publie un décret modifiant la nomenclature des maladies pour lesquelles la déclaration et la désinfection sont obligatoires. Il y a lieu d'ajouter au troisième paragraphe de l'article premier du 13 octobre 1923 : 1° les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes; 2° le typhus exanthématique.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en or est décernée à M. le médecin-major de 1re classe Baqué, chargé du service médical de l'annexe de Touggourt, décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

Médaille d'or. — Mlle Croisier, externe à l'hôpital Trousseau (à titre posthume). — M. le docteur Joubin, médecin de la Santé (Bouches-du-Rhône). — Mlle Ackermann, interne en pharmacie à l'Hôtel-Dieu (à titre posthume). — M. le docteur Nauleau, des troupes coloniales.

Médaille de vermeil. — M. Morin, externe des hôpitaux de Lyon. — M. le docteur Léger, des troupes coloniales.

Médaille d'argent. — M. le docteur Maltese, assistant étranger à l'hôpital de Vaugirard. — Ferris, Corson et Salomon, des troupes coloniales; Rabe, Randria, Ramelina (de Madagascar), Bonnigal (Indo-Chine).

Médaille de bronze. — MM. les docteurs Ducos (de Masseube), Marcier (Sénégal), Sarrazin et Valmorin (Dahomey), Ramahandry, Rabefierane, Ranaïvo, Ramparison, Razafimandranto-Randriamparany, Rajaonah, Rabe (de Madagascar). — MM. Marcel Lévy, Cochez et Gueulette, internes des hôpitaux de Paris. — MM. Zuber, Perrin, Grenaud, Mlle Boudoux, M. Rousseau, externes des hôpitaux de Paris. — M. Goujou, externe des hôpitaux de Lyon.

Mention honorable. — M. Ramanitrarivo (de Madagascar).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Henri Blayac, médecin des Messageries maritimes, décédé à Marseille; H. Chapeauville (de Schaerbeck); Charvet (de Chazay-d'Azergues); Philippe Chassot, médecin directeur des Œuvres belges de Montana (Suisse), titulaire de la médaille de vermeil de la Reconnaissance française. L'inhumation a eu lieu à Colmar (Haut-Rhin); Jean Le Camus, médecin-major de 2e classe; Gaston Graux (de Contrexéville), ancien Interne des hôpitaux de Paris; M. le professeur Francis Villar, ancien professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

ORTHOPÉDIE. — CHIRURGIE INFANTILE

Par M. LANCE

ASSISTANT DE LA CONSULTATION D'ORTHOPÉDIE DES ENFANTS-MALADES

RACHIS

ANOMALIES DE DÉVELOPPEMENT

Spina bifida occulta.

Le spina bifida occulta. (Première question mise à l'étude, *VIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie.* Rapporteur : M. MUTEL [de Nancy] et discussion.

Le spina bifida occulta postérieur lombo-sacré et la métamérisation des arcs du sacrum. (F. LAGROT. *Th. de doct. Alger*, Imprimerie moderne, 1924, et *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 3, p. 44.)

Le spina bifida occulta postérieur lombo-sacré, et la métamérisation des arcs postérieurs ont donné lieu à de nombreux travaux.

Il a été le sujet d'un très important rapport et d'une intéressante discussion au Congrès d'orthopédie, l'un et l'autre résumés dans la *Gazette des hôpitaux*, 1924, n° 86, p. 1421.

Le volumineux et très documenté travail de Lagrot n'est pas moins utile à consulter. On y trouvera une étude anatomique complète de la question. Puis l'exposé de tous les syndromes pathologiques dans lesquels on a fait jouer un rôle au spina bifida (pied creux, scoliose, incontinence d'urine, syndromes douloureux lombaires, trophœdème, etc.). On y trouvera, résumées, un grand nombre d'observations, et un certain nombre de cas dans lesquels on est intervenu chirurgicalement.

Cf. — Le spina bifida occulta et quelques-unes de ses conséquences. (A. LÉRI. *Journ. de méd. de Paris*, 4 oct. 1924, n° 40, p. 835.)

Syndromes douloureux dus au spina bifida occulta lombosacré. (GOURDEL. *Th. de doct. Lyon*, 1924.)

Etude anatomique et radiographique sur le spina bifida occulta. (ANDRÉIS. *Th. de doct. Lyon*, 1924.)

Faux mal de Pott. Spina bifida de la Ve lombaire. Exploration au lipiodol. (M. LANCE. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, avril-mai 1924, p. 93.)

Spina bifida occulta d'une VIe vertèbre lombaire sacralisée. Douleurs, disparition de douleurs par une injection épidurale de lipiodol. (M. LANCE. *Bull. de la Soc. de pédiat.*, juin-juillet 1924, p. 258.)

Mal de Pott et radiographie vertébrale. (MM. SICARD, LAPLANE et PRIEUR. *Soc. de neurol.*, séance du 7 fév. 1924, Discussion : Cl. Vincent, in *Revue de neurol.*, fév. 1924, p. 239.)

De l'absence de signes radiographiques dans certaines formes du mal de Pott. (M. E. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. *Soc. de neurol.*, séance du 28 fév. 1924, in *Revue de neurol.*, mars 1924, p. 323.)

Sur le diagnostic des tumeurs médullaires avec rigidité hyperalgique du rachis et des membres inférieurs. Des caractères distinctifs de la rigidité rachidienne des tumeurs et de celle du mal de Pott. (Cl. VINCENT et J. A. CHAVANNAY. *Soc. neurol.*, 1er mai 1924, in *Revue de neurol.*, mai 1924, p. 592.)

Sur le diagnostic des compressions de la moelle. Pseudoparaplégie par raideur et douleur avec exagération des réflexes de défense et arrêt du lipiodol. (Cl. VINCENT et J. DARQUIER *Soc neurol.*, 5 juin 1924.)

Recherches sur le transit du lipiodol par voie sous-arachnoïdienne dans les différentes formes de paraplégie pottique. (M. E. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. *Soc. de neurol*, 3 juillet 1924.)

Sur le diagnostic des compressions de la moelle. Mal de Pott à forme de tumeur intrarachidienne sans aspects radiologiques anormaux des vertèbres. Sur l'évolution de la tuberculose vertébrale après laminectomie. (Cl. VINCENT et DARQUIER. *Soc. de neurol.*, 6 nov. 1924. Analyse in *Gaz. des hôpit.*, 22 nov. 1924, n° 94, p. 1156.)

On sait combien est parfois difficile chez l'adulte le diagnostic de mal de Pott, même lorsqu'il existe des signes de compression médullaire. Le diagnostic avec les tumeurs intrarachidiennes est extrêmement difficile, et cependant, comme le dit M. Sicard, l'enjeu thérapeutique est gros de conséquences. Dans le cas de tuberculose rachidienne c'est l'abstention opératoire, l'immobilisation et l'appareil plâtré. Dans l'hypothèse d'une tumeur radiculo-médullaire c est au contraire la laminectomie exploratrice et souvent curative. Aussi tout ce qui peut éclairer le diagnostic différentiel a une grosse importance.

Si la radiographie permet le plus souvent de mettre en évidence le mal de Pott, il arrive parfois qu'elle puisse être en défaut. C'est ce que démontrent une observation de Sicard et Laplane, une de Cl. Vincent, deux autres de M. et Mme Sorrel. Le mal de Pott avec compression médullaire peut donc exister chez l'adulte sans que la radiographie du malade ou même de la pièce anatomique fasse apparaître les lésions des corps vertébraux; il s'agit dans ces cas de lésions en surface ou de cavernes discrètes.

Les examens radiographiques faits après une injection de lipiodol peuvent, dans ces cas, donner des renseignements précieux, comme Sicard l'a démontré (voir thèse de Laplane).

Enfin, M. Cl. Vincent a insisté, à différentes reprises, sur les caractères cliniques qui permettent de différencier la raideur vertébrale du mal de Pott de la raideur vertébrale de certaines tumeurs des racines rachidiennes.

Certaines tumeurs des racines se manifestent essentiellement par de la raideur vertébrale et de la rachialgie. Cette raideur a un aspect particulier : elle s'étend de la nuque au mollet; le malade a une attitude, une marche des mouvements guindés ; il se ploie en avant tout d'une pièce et cependant le doigt qui explore les apophyses épineuses y trouve des mouvements légers. Il y a une rigidité diffuse (dos, lombes, cuisses), mais incomplète pour un segment donné.

Dans le mal de Pott, au contraire, la rigidité est plus localisée, mais elle est intense.

Le traitement de la gibbosité pottique par l'ostéosynthèse après une correction graduelle. (HENNING WALDENSTRÖM. *Acta chirurgica Scandinavica*, vol. LVI, fac. 5, p. 463-495.) — On sait combien les indications de l'ostéosynthèse sont discutées dans le mal de Pott : alors que certains opèrent enfants et adultes, la grande majorité considère la méthode comme inefficace chez l'enfant et ne l'applique qu'aux adultes ; alors que certains opèrent de manière précoce, d'autres attendent la fin de la maladie pour appliquer un greffon « verrou de sûreté » contre une récidive possible.

Depuis dix ans, Waldenström emploie la méthode suivante qui comporte deux stades : 1° Rétablissement graduel de la gibbosité par compression, le malade étant couché sur le dos dans un lit plâtré de Lorenz (méthode de Finck) ; 2° consolidation du segment redressé par un greffon tibial selon la technique d'Albee.

Jusqu'à la fin de 1922, l'auteur a ainsi traité 80 cas de

gibbosité pottique, 66 avaient moins de quinze ans et 14 avaient dépassé cet âge. Il s'agit donc, en majorité, d'enfants. Waldenström n'opère cependant pas au-dessous de quatre à cinq ans et attend que les enfants aient atteint cet âge pour faire l'ostéosynthèse.

Il convient naturellement, pendant le redressement en lit plâtré, de faire le traitement général classique (grand air, soleil, etc.). Même lorsque le redressement aura été obtenu plus tôt, on devra attendre pour opérer que l'évolution de la tuberculose soit considérée comme arrêtée dans le foyer de manière à connaître l'étendue de ce foyer et à pouvoir y adapter la longueur du greffon. L'auteur fixe à une ou deux années après le début des premiers symptômes. Cette mesure nous paraît bien courte, puisque la radiographie comme l'anatomie pathologique ne nous montrent pas dans le mal de Pott de l'enfant de signes de réparation avant la troisième année et souvent la fin de cette troisième année. D'ailleurs, d'après les tableaux de l'auteur, il a observé dans 12 cas une extension du foyer après l'opération.

Avant l'opération, comme le rachis est redressé, il faut faire une localisation radiographique du foyer. Le greffon porte sur toutes les vertèbres du foyer plus deux ou trois au-dessus, une ou deux au-dessous.

Après l'opération, le malade est remis en lit plâtré pendant deux à trois mois avec compression. Puis il sera levé dans un corset plâtré, toujours avec compression, pendant deux à trois mois. Enfin, on lui imposera pendant un à deux ans le port d'un corset en étoffe avec baleines d'acier.

Les complications ultérieures ont été peu fréquentes : outre les 12 cas déjà cités d'extension du foyer avec récidive de la cyphose, il y a eu 14 cas de fracture du greffon, surtout entre le cinquième et huitième mois, période critique où le greffon est déjà très résorbé et encore peu reconstitué, 7 ont été réopérés avec succès, 7 se sont consolidés par simple immobilisation.

Les résultats sont très beaux dans l'ensemble, puisque dans 80 p. 100 des cas la gibbosité a été et s'est maintenue redressée.

L'auteur estime que ces résultats sont très supérieurs à ceux que l'on obtient lorsque, après le redressement progressif, on se contente du port d'un corset pendant un ou deux ans, sans faire d'ostéosynthèse, méthode par laquelle d'après lui on observe une rechute de la gibbosité, sauf dans les cas « faciles ». Ces cas « faciles » concernent probablement les maux de Pott lombaires et dorso-lombaires, dans lesquels, par tassement, la gibbosité se réduit au minimum, et les maux de Pott peu étendus, n'atteignant que deux ou trois vertèbres. Un mal de Pott lombaire ou dorso-lombaire à deux ou même trois vertèbres orthopédiquement bien soigné, ne laisse pas de gibbosité véritable.

Or, si nous regardons les tableaux de M. Waldenström, nous voyons d'une part que sur ses 80 malades, 66 siégeaient entre la Xe vertèbre dorsale et la IIe lombaire inclusivement. Il y avait, en outre, plusieurs maux de Pott lombaires inférieurs.

D'autre part, 56 des cas n'avaient que deux vertèbres atteintes, 16, 3 vertèbres, et seulement 18 cas plus de trois vertèbres. Seuls, les maux de Pott à deux vertèbres ont obtenu un redressement complet, ceux à trois vertèbres n'ont eu, dans deux cas, qu'un redressement incomplet, et sur les 18 cas à foyer de plus de trois vertèbres, 9 n'ont été que partiellement redressés. Enfin, si nous regardons les résultats éloignés après ostéosynthèse, nous voyons que seuls les foyers à deux vertèbres sont restés redressés, que les 16 foyers à trois vertèbres ont eu trois rechutes de la gibbosité et une extension du foyer tuberculeux, et que les 18 gibbosités à plus de trois vertèbres se sont à nouveau infléchies dans 12 cas et ont présenté 11 fois de l'extension du foyer à de nouvelles vertèbres.

La méthode de M. Waldenström est fort intéressante. Elle a, entre ses mains, donné de beaux succès, mais constitue-t-elle sur la méthode purement orthopédique du traitement des gibbosités pottiques, le progrès considérable qu'annonce l'auteur ? Ceci ne ressort pas de manière évidente de l'examen de son important travail.

Revue sur la production de la paraplégie par compression dans le mal de Pott; remarques sur son traitement. (CHALTON WALLACE. *Journ. of. Bone and Joint. Surg*, juillet 1924, n° 3, vol. VI, p. 538-549. Discussion : David Silver (de Pittsburg), R. B. Osgood (Boston), W. Truslow (de New-York), J. T. Rugh (de Philadelphie), W. E. Gallié (de Toronto), G. R. Elliot (de New-York.)

Traitement des abcès dans le mal de Pott dorsal. (VALTANÇOLI. *XIVe congrès de la Soc. ital. d'orthop.* (de Rome), 23 oct. 1923. Discussion : de Francesco, Putti, Maragliano, Magrassi, Gazzotti in *Arch. di ortop.*, vol. XXXIX, f. 11, p. 401.

Idem. La chir. degli organi di movimento, juillet 1924, vol. VIII, fasc. 5, p. 495-509.)

Deux cas de ponctions d'abcès froids intrathoraciques d'origine pottique. (M. E. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. *Bull. et mém. de la Soc. anat.*, oct-nov. 1923, p. 691.)

Deux cas de paraplégies pottiques avec examen de pièces anatomiques. Du mécanisme de la paraplégie. (M. E. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. *Soc. de neurol.*, 28 fév. 1924.)

Recherches sur le transit du lipiodol par voie sous-arachnoïdienne dans les differentes formes de paraplégie pottique. (M. E. SORREL et Mme SORREL-DÉJERINE. *Soc. de neurol.*, 3 juillet 1924.)

La clinique, l'anatomie pathologique ont montré que la paraplégie pottique était due exceptionnellement à une compression osseuse et habituellement à l'évolution intrarachidienne du tuberculome soit sous la forme d'envahissement de la dure-mère (pachyméningite externe) soit plus souvent d'abcès froid intramédullaire.

On peut attendre en immobilisant avec soin le malade en décubitus la résorption spontanée de l'abcès ou sa migration hors du rachis qui est suivie de guérison spontanée de la paraplégie, on a tenté d'abord par laminectomie puis ensuite par costo-transversectomie (v. Ménard) d'atteindre l'abcès intrarachidien et de lui donner issue au dehors, méthodes qui offrent des dangers.

Le travail de Wallace est un plaidoyer en faveur de la temporisation. Il montre que sur 2.464 cas de mal de Pott observés en dix ans dans un hôpital de New York, 69 présentaient de la paraplégie, 76 p. 100 guérirent. Le traitement suivi fut le décubitus avec corsets minerves. Au début on ne pratiquait pas en même temps la compression sur la gibbosité. Dans les dernières années cette compression lente fut employée et les résultats s'améliorèrent. Avec la compression la durée moyenne de la paraplégie s'abaissa de dix mois à cinq mois.

La discussion qui a suivi cette communication montre que les chirurgiens américains abandonnent peu à peu les opérations dans le traitement de la paraplégie pour s'en tenir au traitement purement orthopédique. Celui-ci a été défendu outre Wallace, par Silver, Gallie, Elliot, seul R. B. Osgood a relaté deux succès obtenus par la laminectomie, et J. T. Rugh deux succès dans l'emploi d'opérations ankylosantes.

G. R. Elliott défend cette opinion que le traitement orthopédique doit être tenté, mais ne doit pas être trop prolongé. Si on attend pour opérer que les réflexes aient disparu, que la moelle soit détruite, on n'aura que des insuccès. Il faut surveiller le malade et quand les troubles sensitifs augmentent et que les réflexes diminuent graduellement, l'opération doit être tentée.

Les opérations comme la costo-transversectomie offrent le danger de laisser une fistule, d'infecter secondairement le foyer, c'est pour éviter ce danger que Calvé a proposé d'atteindre directement l'abcès intrarachidien en le ponctionnant avec un trocart courbe selon une technique qu'il a décrite et qui lui a donné des succès. Mais cette technique reste complexe. Les radiographies, les pièces anatomiques montrent que l'abcès intrarachidien s'accompagne presque toujours d'un abcès intrathoracique latéral siégeant sur le bord du corps vertébral et derrière les côtes, abcès souvent bilatéral d'ailleurs. Cet abcès intrathoracique communique directement par les troncs de conjugaison ou indirectement par le foyer somatique avec l'abcès intrarachidien, d'où la possibilité de tenter de vider ce dernier en ponctionnant l'abcès latéral.

C'est ce qu'on a tenté à l'institut Rizzoli (service du professeur Sutti) depuis 1921. Après repérage radiographique, on pratique avec un trocart droit la ponction au point le plus saillant de l'abcès dans un espace intercostal, si cet espace est


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

trop serré du fait du tassement vertébral on peut faire une légère résection costale, on ponctionne à 5 centimètres environ de la ligne médiane, et il faut enfoncer le trocart d'environ 6 centimètres. On a pu ainsi évacuer 7 fois des abcès intrathoraciques, dont 5 chez des paraplégiques. Chez ceux-ci l'évacuation de l'abcès donna 2 guérisons presque immédiates, 1 guérison après plusieurs mois, 1 amélioration après 2 ponctions, enfin dans 1 cas la ponction n'est suivie d'aucune amélioration et le malade mourut un an après.

Dans la discussion qui suivit cette communication de Francesco, Maragliano, Magrassi font quelques réserves sur la ponction intrathoracique qu'ils considèrent comme hasardeuse et pouvant présenter des dangers, ce que contestent Putti, Valtancoli et Gazzotti. De Francesco et Magrassi pensent que l'évacuation de l'abcès ne suffit pas à guérir le malade, ils rapportent des exemples de guérison rapides de paraplégies pottiques par l'immobilisation et l'héliothérapie.

M. E. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine qui ont pratiqué par une technique analogue la ponction de deux abcès intrathoraciques chez des pottiques paraplégiques, considèrent cette ponction comme facile et bénigne. Dans les deux cas ils ont pu retirer du pus.

Naturellement ces ponctions restent inefficaces s'il n'y a pas d abcès intrarachidien et si la paraplégie est due à l'envahissement des méninges (pachyméningite). Y a-t-il moyen de prévoir par la symptomatologie quelles sont les lésions en cause? M. E. Sorrel et Mme Sorrel-Déjerine le pensent. Ils pensent qu'il existe deux formes cliniques principales de paraplégie pottique : une forme précoce et curable, une forme tardive et persistante. Ces types cliniques correspondraient aux deux types anatomiques, abcès intrarachidien et pachyméningite.

Ces mêmes auteurs étudiant dans dix-huit cas de paraplégie pottique le transit sous-arachnoïdien du lipiodol, montrent que dans les paraplégies en évolution liées à la présence d'un abcès intrarachidien on observe un arrêt du lipiodol dont la limite inférieure n'est pas horizontale, mais semble pousser un ou plusieurs prolongements; cet arrêt persiste tant que la paraplégie est stationnaire; quand la compression régresse la voie sous-arachnoïdienne devient plus libre; cependant, même après guérison il persiste dans ces cas un léger accrochage transitoire au niveau de la lésion primitive.

Dans les paraplégies liées à une pachyméningite, l'arrêt du lipiodol est persistant et sa limite inférieure est le plus souvent nette et horizontale.

On comprend l'importance de ces données de symptomatologie et d'exploration clinique permettant le plus souvent de différencier ces deux formes de la paraplégie pottique si différentes dans leur pronostic et dans leurs modes possible de traitement.

Cf. — Proposition d'une modification à l'ostéosynthèse du rachis. (Ph. Lewin (de Chicago). *Journ. of. bone and Joint. Surg.*, janv. 1924, n° 1, vol. VI, p. 162.)

Scoliose.

Le traitement de la scoliose par une méthode différente de celle employée habituellement. (R. W. Lovett et A. H. Brewster (de Boston). *Journ. of bone and joint surg.*, oct. 1924, vol. VI, n° 4, p. 847-857.)

Nouveau mémoire sur le traitement de la scoliose fixé à l'hôpital général des Massachussetts. (Armin Klein (de Boston). *Id.*, p. 858-872.)

Mémoires lus à la réunion annuelle de l'Association américaine d'orthopédie, mai 1924. Discussion : Brewster, Mackensie Forbes (de Montréal), Armitage Whitman (de New-York), Arm. Klein.

Dans le premier mémoire les auteurs exposent une technique assez simple du redressement des scolioses en visant à allonger progressivement le côté de la concavité jusqu'à obtention de la rectitude et même de l'hypercorrection. Un corset plâtré est fait au malade. Il est coupé transversalement au niveau du sommet de la courbure, du côté de la convexité une charnière est fixée au plâtre à l'union des deux moitiés du plâtre. Du côté concave, aux deux extrémités du corset, sont placées deux tiges réunies par un tourniquet à vis qui permet d'écarter peu à peu les deux moitiés du corset. Un verrou courbe muni de trous permet de diriger et de fixer cet écartement. Le corset fendu en avant est amovible.

Le malade fait une ou deux séances de redressement forcé par jour dans le corset, chacune d'une demi-heure à une heure et demie de durée. Il tâche d'augmenter peu à peu l'étendue du redressement.

Il fait en plus de la gymnastique et des manipulations.

Cette méthode a donné de bons résultats à leurs auteurs, et tout en ne visant à réaliser que le redressement de la déviation latérale on a obtenu en même temps celui de la rotation.

Au contraire, l'autre orthopédiste de Boston, A. Klein emploie pour le redressement de la déviation uniquement la torsion du rachis. Sa méthode semble dériver directement de celle décrite par M. Forbes (*New-York med. Journ.*, 6 juillet 1912).

Forbes, fixant le bassin, faisait une rotation aussi marquée que possible des épaules du côté de la concavité vers celui de la convexité, obtenant ainsi en vertu d'une action inexpliquée mais certaine une rotation en sens inverse des côtes, c'est-à-dire une dérotation du rachis. Cette dérotation du rachis suffisait d'après lui à obtenir le redressement de la déviation latérale, pas n'est besoin de faire d'inclinaison latérale des épaules pour voir la courbure se redresser.

A. Klein, après une période d'exercices d'assouplissement dans lesquels les mouvements respiratoires jouent un grand rôle, couchant le malade dans le cadre d'Abbott, les épaules à plat, tourne le bassin à près de 90 degrés, en sens inverse de la rotation des vertèbres dorsales, se basant sur ce fait (Lovett, Calvé) que la région lombaire est le siège d'une rotation très minime ou inexistante, celle qu'on imprime au bassin doit être transmise à la région dorsale. Un plâtre fixe cette position. On y pratique des fenêtres comme Abbott, ainsi que des compressions feutrées et des exercices respiratoires dans le corset.

Des plâtres successifs sont appliqués, leur application interrompue parfois par des périodes d'exercices.

Lorsque le redressement maximum a été obtenu le malade est mis dans un corset droit entièrement métallique dans lequel il continue ses exercices et qu'il porte tant que cela est jugé indispensable.

Ces deux communications soulèvent un certain nombre de réflexions. Tout d'abord si en corrigeant la déviation latérale dans la scoliose on corrige la rotation, et si en corrigeant la rotation on corrige la déviation latérale c'est que les deux mouvements sont solidaires l'un de l'autre et que, comme le remarque Forbes, le rachis ne peut effectuer l'un sans l'autre.

Pour la méthode de Lovett et Brewster, elle nous semble applicable seulement dans les scolioses à courbure unique et longue, et contre-indiquée dans les courbures multiples et courtes. Ceci en restreint singulièrement l'emploi.

Quant à l'absence de rotation des vertèbres lombaires, elle est mise en doute par Forbes; et nous nous permettrons de rappeler que nous avons fait des expériences dont le résultat contredit les données de A. Klein (Lance. Etudes expérimentales des manœuvres de Forbes et d'Abbott, etc., *Revue d'orthop.*, 1913, fasc. 5-6, p. 405) et montre que la torsion du bassin agit surtout sur le rachis lombaire et seulement sur les dernières vertèbres dorsales.

MEMBRE SUPÉRIEUR

De l'adaptation de la ceinture scapulaire au thorax. (G. Huc. *Th. de Paris*, 1924, 150 pages, 73 figures; voir analyse *Gaz. des hôpit.*, 2 et 4 oct. 1924, n° 80, p. 1330.)

L'épaule ballante paralytique. (Deuxième question mise à l'étude à la VIe réunion annuelle de la Société française d'orthopédie. Rapporteur : M. P. Hallopeau (de Paris) et discussion; voir *Gaz. des hôpit.*, 26 oct. 1924, n° 86, p. 1423.)

Cf. — L'arthrodèse de l'épaule ballante paralytique. (M. Rocher. *Revue d'orthop.*, mai 1924, p. 193.)

MEMBRE INFÉRIEUR. — HANCHE

Luxation congénitale.

Le traitement sanglant des luxations congénitales de la hanche chez les sujets âgés. (Frank D. Dickson. *Journ. of. bone and Joint. Surg.*, avril 1924, n° 2, vol. VI, p. 262-277.)

Discussion : Bruce Gill (de Philadelphie), R. B. Osgood (de Boston), Fr. Albee (de New-York), J.-L. Porter (de Chicago), J. Ridlon (de Chicago), J. O. Wallace (de Pittsburg), A. F. Morey (de Philadelphie). — Les luxations congénitales anciennes se plaignent de trois choses : leur raccourcissement, une hanche instable, une absence de résistance à la fatigue. Pour remédier à ces défauts, l'auteur a pratiqué dans cinq cas l'opération préconisée il y a déjà plusieurs années par Albee, et pratiquée par E. Jones dans la hanche paralytique. Elle consiste après extension continue de quinze jours, à pratiquer sous traction, de manière à maintenir la tête du fémur abaissée au maximum, à faire un butoir osseux dans la fosse iliaque pour soutenir la tête dans cette position. Ce butoir est fait avec un volet osseux taillé au ciseau dans l'aile iliaque et abaissé horizontalement; au dessus, dans l'angle dièdre qu'il forme avec l'os iliaque on empile des greffons pris à la crête iliaque. Un plâtre est appliqué pour maintenir la traction.

Les résultats sont les suivants : un échec dû à la suppuration de la plaie, quatre résultats très bons. L'amélioration obtenue est due à l'appui fourni à la tête fémorale bien plus qu'à l'allongement. En effet chez trois des malades le raccourcissement s'est reproduit. Légère limitation de la flexion de la hanche.

Dans la discussion qui suivit cette communication le docteur Ridlon rapporte que la première opération de stabilisation d'une luxation de la hanche par un lambeau osseux de la fosse iliaque éversé fut faite il y a vingt ans par A. Hugh Ferguson, sur un enfant de deux ans et demi. Ridlon a vu le malade il y a six ans, le raccourcissement est resté le même, la radiographie montre la persistance du butoir osseux créé au-dessus de la tête fémorale. Donc opération excellente.

A. Bruce Gill rapporte avoir fait dans dix-neuf cas une opération analogue, soit pour améliorer des luxations avec néocotyle mais douloureuses, soit pour créer un point d'appui à des luxations non appuyées.

Traitement de la luxation congénitale invétérée de la hanche. (*XIVe congrès de la Soc. ital. d'orth.*, M. Gazzotti rapporteur. — Discussion : Bargellini, Camera, Galeazzi, Amante, Maragliano, Putti, Donati, Delitala. *Arch. di ortop.*, vol. XXXIX, fasc. 2, p. 147 à 175, et 375 à 386, vol. XXXIX, fasc. 3, p. 457 à 466.) — Dans son rapport très documenté M. Gazzotti étudie d'abord l'anatomie pathologique de la luxation, puis il se demande à quelle moment elle devient invétérée. Il montre que les luxations passent par des phases successives qu'il décrit : d'abord « latentes » elles deviennent « récupérables », puis un peu avant l'âge de la puberté entrent dans les cadres des luxations « négligées », qui ont dépassé la limite « de la curabilité avec de bons résultats »; enfin peu après elles deviennent réellement « invétérées » à l'âge de la puberté. L'auteur montre qu'à ce moment il se produit, surtout chez la femme, des modifications profondes dans la gravité des lésions, et dans le développement du cotyle. On peut distinguer deux groupes de ces luxations invétérées : celui des sujets encore en voie de croissance et celui des adultes.

Après avoir énuméré et décrit les diverses méthodes non sanglantes. (Réduction, transposition, extension, moyens physiques, appareils), ou sanglantes (résection maintenant abandonnée, réduction sanglante, transposition, opérations plastiques de reconstitution du cotyle, ostéotomie de Kirmisson, bifurcation de Lorenz, enclouement fémoro-acétabulaire avec greffon osseux selon Maragliano).

Quelles sont les indications de ces divers modes de traitement?

Dans le premier groupe des luxations invétérées il faut considérer successivement les luxations unilatérales et les bilatérales.

Dans les luxations unilatérales des adolescents le rapporteur conseille de toujours tenter la réduction non sanglante; si elle échoue on a le choix entre la réduction sanglante et la transposition. Il ne conseille que dans des cas particuliers la bifurcation de Lorenz (boiterie très marquée avec néarthrose douloureuse).

Dans les luxations bilatérales il montre les difficultés et les dangers de la réduction non sanglante.

Cependant il conseille de la tenter, en cas d'échec on fera la transposition. Il montre que la conduite à tenir est souvent différente pour les deux côtés : un côté peut être en luxation postérieure avec forte adduction et rotation interne et devra être traité, l'autre côté peut présenter une néarthrose serrée et ne réclamer aucun traitement.

Il rejette, malgré l'opinion de Lorenz, l'opération de la bifurcation pour les bilatérales et lui préfère celle de Maragliano.

Chez l'adulte, dans la forme unilatérale il faut rejeter la réduction sanglante, et choisir entre la reposition sanglante, la bifurcation de Lorenz ou l'opération de Maragliano.

Dans les formes bilatérales on n'aura comme secours que les appareils orthopédiques et les moyens physiques.

Dans la discussion très intéressante qui suivit ce rapport on peut distinguer deux tendances parmi les orthopédistes italiens.

En face des luxations réellement invétérées les orthopédistes milanais, Galeazzi, Bargellini se montrent assez pessimistes. Ils croient peu aux bons résultats des réductions et même des repositions sanglantes. Ils se contentent d'opérations palliatives simples et vantent les bons résultats obtenus par l'ostéotomie sous-trochantérienne basse.

A noter une opération palliative (détachement du grand trochanter avec ses muscles et son implantation plus bas sur la diaphyse), décrite par Camera. Opération qui si elle peut donner des bons résultats lorsque la tête fémorale est fixée comme dans la coxa vara (comme elle a été employée avec succès chez nous par Veau et Lamy) ne peut donner dans la luxation avec néarthrose lâche qu'une ascension de la tête et une augmentation du raccourcissement (Bargellini).

Les orthopédistes de l'Ecole de Bologne, Putti, Delitala, Donati, ne se contentent pas des opérations purement palliatives. Ils conseillent la réduction sanglante selon une technique de Putti qui a pour but d'éviter l'ankylose consécutive : abrasion d'une grande partie de la tête fémorale, pour faciliter la réduction, puis interposition de lambeaux de fascia lata. On peut obtenir ainsi une mobilité satisfaisante et sans douleurs. Dans les luxations bilatérales Delitala recommande la bifurcation de Lorenz qu'il a employé avec succès dans trois cas.

Cf. — Luxation congénitale de la hanche irréductible. Transplantation du moyen fessier. (L. Lamy. *Soc. de pédiat.*, 18 nov. 1924, in *Gaz. des hôpit.*, 2 et 4 déc., n° 97, p. 1608.)

Traitement palliatif sanglant de la luxation congénitale de la hanche. (M. Frœlich (de Nancy). *XXXIIIe congrès de l'Assoc. franç. de chir.*, Analyse in *Gaz. des hôpit.*, n° 93, 18 et 20 nov. 1924, p. 1536.)

Un appareil pour les luxations irréductibles de la hanche. (Chryssafis. *Revue d'orth.*, mars 1924, p. 155.)

Poliomyélite.

Transplantations controlatérales des nerfs dans la paralysie infantile. (D. Maragliano. [de Gênes]. *Arch. franco-belges de chir.*, août 1924, 27e année, n° 8, p. 657.) — Les greffes nerveuses dans la paralysie infantile ont donné surtout des insuccès. D'après Maragliano, c'est surtout parce qu'on a pris le faisceau nerveux donneur sur le même membre. Ce nerf a subi lui-même le plus souvent l'atteinte du virus et est atteint de dégénérescence. Des examens histologiques le lui ont démontré.

Pour échapper à cette cause d'insuccès, l'auteur a pris le filet nerveux donneur dans le nerf homologue de côté opposé. Il a effectué ainsi des greffes contro-latérales partielles. Il a pu l'exécuter 7 fois sur 6 malades ; 5 fois sur le crural, 2 fois sur la sciatique.

Grosso modo, la technique consiste à inciser à sa sortie du bassin le nerf paralysé, complètement si la paralysie est totale, incomplètement si certains muscles fonctionnent encore, à isoler le bout distal. Sur le membre sain, on découvre le nerf homologue à la sortie du bassin, on dissèque un filet moteur tenu, très long, dont la suppression ne peut amener qu'un trouble passager de l'innervation. On fore ensuite sous la peau devant le pubis pour le crural, derrière le sacrum pour la sciatique un tunnel, on y glisse ce nouveau donneur et on vient l'implanter dans le bout distal du nerf paralysé.

Les résultats obtenus sont très encourageants. Dans trois

cas, on a obtenu la récupération de la motilité volontaire de muscles paralysés depuis des mois et des années ; un autre cas présente un début de récupération ; un est encore douteux ; deux sont des échecs certains. Les résultats sont bons dans les cas assez récents, mauvais dans les cas trop anciens. Tant que le muscle n'a subi qu'une atrophie simple sa reneurotisation a des chances de succès ; s'il présente une dégénérescence graisseuse, la perte de sa fonction est définitive.

Dans les cas heureux, la motilité volontaire est bien due à l'action du nerf du côté opposé, car : 1° Le nerf paralysé a été sectionné totalement; 2° Parce que ce nerf sectionné a été reconnu totalement inexcitable; 3° Parce que l'excitation directe du nerf donneur provoque la contraction des muscles dans le territoire du nerf receveur.

Travail plein d'intérêt et gros de promesses pour les paralysies totales d'un membre dans la poliomyélite.

Etude comparative de la valeur relative des diverses opérations dans le traitement de la paralysie infantile du membre inférieur. (James THOMSON. *Journ. of bone and joint Surg.*, juillet 1924, vol. VI, n° 3, p. 627-663.) — Volumineux travail sur les résultats éloignés (plusieurs années) de 144 malades opérés par J. P. Lord et H. W. Orr au Nebraska orthopedic Hospital.

Il ressort de cette étude que pour la stabilisation du pied, ces chirurgiens ont eu de bons résultats comparables entre eux, par la triple arthrodèse (35 cas) et l'astragalectomie selon la technique de H. Whitman (40 cas).

Les Américains continuent à ignorer la merveilleuse opération de la double arthrodèse (sous-astragalienne et médiotarsienne). Dans quelques cas seulement, ils ont employé l'arthrodèse sous-astragalienne seule et la section transverse horizontale sous-cutanée (opération de Davis) avec des résultats moins bons pour la correction de la difformité et pour la fonction.

Les auteurs constatent, une fois de plus, que les transplantations tendineuses, les ténodèses, les ligaments de soie ne donnent que des résultats médiocres.

Dans la paralysie du quadriceps crural, 11 fois ils ont pratiqué la transplantation du biceps et du demi-membraneux dans la rotule et le tendon rotulien, avec des résultats excellents.

Dans trois cas, l'ostéotomie sus-condylienne avait été nécessaire pour corriger la fixation en flexion du genou.

Un cas de transplantation du couturier fut le seul échec de cette série.

L'allongement des tendons des fléchisseurs du genou améliore les malades avec paralysie incomplète du quadriceps, mais est inférieure à l'opération précédente.

L'ostéotomie sus-condylienne du fémur est une excellente opération pour remédier à la flexion permanente du genou. Il en est de même des différentes opérations (fasciotomie, désinsertion des muscles de l'épine iliaque antéro-supérieure. etc.) qui permettent de combattre la flexion forcée de la cuisse.

Dans ces cas de paralysie très étendue du membre inférieur, les auteurs ont, dans quatre cas, pratiqué l'arthrodèse du genou, combinée avec des opérations stabilisantes du pied.

Les résultats sont excellents quant à la fonction. Cette opération permet la suppression de tout appareillage, d'où son indication chez les malades pauvres. Cependant, si les fessiers sont aussi paralysés elle est insuffisante et l'appareillage reste nécessaire.

Note sur la technique de la transplantation tendineuse des muscles moteurs du genou. (G. NASTRUCCI. *Arch. di ortop.*, 1924, vol. XL, fasc. 1, p. 37-103.) — Dans la paralysie poliomyélitique totale ou partielle du quadriceps il est toujours possible d'après l'auteur de rétablir une extension active du genou par la transplantation des muscles consacrés dans la cuisse. Il ne faut pas opérer avant l'âge de dix ans. La hanche doit avoir conservé une flexion active, le pied avoir une stabilité bonne ou réparable chirurgicalement, enfin il faut qu'il persiste dans la cuisse des muscles transplantables vigoureux. Il n'est pas nécessaire comme on l'a dit que le ou les muscles transplantés aient une force égale au muscle qu'elles doivent remplacer (ici ce serait impossible); il suffit que la force d'extension soit égale à la force de flexion qui subsistera après que la transplantation sera faite.

Après avoir étudié en détail les diverses combinaisons de transplantation possibles, et les résultats obtenus à l'Institut des rachitiques, l'auteur conclut que les meilleurs résultats sont obtenus par la transplantation du couturier, du tenseur du fascia lata et le biceps.

Pour donner aux muscles une force de traction parallèle à celle du biceps sural, pour éviter les tractions latérales (luxation latérale de la rotule), l'auteur recommande de libérer les muscles à transplanter très haut dans la cuisse, de les faire passer dans une boutonnière faite à travers le vaste correspondant et de les suturer longitudinalement au droit antérieur avant de les attacher à la rotule.

Les associations les meilleurs dans la transplantation ont été : le biceps + fascia lata; le couturier + le fascia lata; les trois muscles. Il est indispensable de ménager une partie des fléchisseurs actifs pour éviter la création d'un genu recurvatum.

Sur les résultats éloignés du traitement orthopédique de la paralysie flasque. (Dr CIACCIA (de Venise). *Arch. franco-belge de chir.*, août 1924, n° 8, 27e année, p. 676-749.) — Dans un volumineux travail l'auteur résume les résultats obtenus surtout dans le traitement de la poliomyélite par Delitala à Venise.

Il ressort de cette publication que la transplantation tendineuse est toujours fort en honneur en Italie.

Les transplantations tendineuses, même à fonction antagoniste, dit l'auteur, ont bien donné quand il n'y avait pas disproportion notable entre le volume du muscle à transplanté et celui paralysé. Même lorsque le muscle transplanté n'est pas assez puissant pour imprimer des mouvements actifs, il empêche, après redressement, la reproduction de la position vicieuse.

C'est ce qu'on observe souvent au pied pour lequel l'auteur recommande beaucoup la transplantation tendineuse. Il n'y a pas de règles fixes dans le choix des transplantations. Le choix de l'insertion au squelette dépend non pas du type de la difformité, mais du synergisme de tout le pied. Elle varie donc à chaque cas et peut être différente pour deux difformités semblables. Au pied, à la transplantation on joindra souvent la ténodèse des tendons des muscles paralysés pour jouer le rôle de suspension et limitation des mouvements articulaires.

L'arthrodèse n'est qu'un pis aller limité au cas où on ne peut faire autre chose.

Au genou, dans la paralysie du quadriceps, l'auteur déconseille au contraire la transplantation tendineuse qui ne peut se faire qu'avec des muscles insuffisants, jouant sous un angle mécaniquement très défectueux. Il préfère l'ostéotomie supra-condylienne avec création d'un genu recurvatum.

Dans la hanche fléchie par rétraction des fléchisseurs encore valides, l'auteur préfère à la désinsertion de ces muscles ou à leur section avec redressement forcé, l'ostéotomie.

Notons la contradiction qu'il y a entre l'opinion de Delitala, et celle des deux auteurs précédents (Nastrucci et J. Thomson) au sujet de la valeur de la transplantation tendineuse dans la paralysie du quadriceps.

Dans la hanche fléchie par rétraction des fléchisseurs encore valides, l'auteur préfère à la désinsertion de ces muscles ou à leur section avec redressement forcé, l'ostéotomie sous-trochantérienne préconisée par Delitala, on obtient ainsi le redressement du membre tout en conservant les forces musculaires utilisables pour lancer le membre en avant dans la marche.

Tarsalgie. — Métatarsalgie.

Tarsalgie en rapport avec une synostose calcanéo-cuboïdienne. (DESGOUTTE. *Soc. de chir. de Lyon*, 10 avril 1924, in *Lyon chir.*, sept.-oct. 1924, t. XXI, n° 5, p. 612.) — On sait que Sloman (de Copenhague) a montré le premier (*Journ. of orthop. surg.*, nov. 1921) les rapports entre certains cas de tarsalgie et l'existence d'une synostose calcanéo-scaphoïdienne. M. Nové-Josserand qui a repris cette étude (voir *Revue d'orthop.*, mars 1923, p. 117) remarque que dans ces cas il n'y a pas aplatissement de la voûte plantaire. Il croit

que la synostose, limitant les mouvements de la médio-tarsienne, les articulations sont astreintes à des mouvements de suppléance qui deviennent douloureux. Il en était ainsi dans le cas présenté par M. Degoutte. La tarsalgie était si violente qu'on se décide à opérer. On trouve l'apophyse anormale du calcanéum soudée au scaphoïde, la surface articulaire du cuboïde est très petite. On pratique la double arthrodèse, son astragalienne et médio-tarsienne qui est suivie de la disparition des douleurs.

Sur la fusion calcanéo-scaphoïdienne congénitale. (Prof. Galeazzi. *XIVe Congrès de la Société italienne d'orthopédie*, Rome, 23 oct. 1923, in *Arch. di orthop.*, 1924, vol. XL, fasc. 1, p. 104.) — L'auteur, chez un jeune homme de dix-huit ans, atteint de pied plat grave et rigide, à bord interne convexe, d'origine vraisemblablement congénitale, a trouvé à la radiographie une synostose nette de l'apophyse antérieure du calcanéum avec le scaphoïde. A propos de ce cas, il reprend toute l'histoire de cette malformation.

Métatarsalgie ou maladie de Morton. (Troisième question mise à l'étude à la *VIe réunion annuelle de la Société française d'orthopédie*. Rapporteur : M. Maffei (de Bruxelles) et discussion. Voir *Gaz. des hôpit.*, 25 oct. 1924, n° 86, p. 1425.)

QUESTION D'INTERNAT (oral)

ZONA OPHTALMIQUE

DÉFINITION

C'est la localisation des vésicules d'herpès sur le territoire innervé par la branche ophtalmique de Willis du trijumeau. Il présente tous les caractères du zona proprement dit ou herpès zoster de Landouzy, maladie infectieuse, spécifique, contagieuse parfois, conférant l'immunité, dont l'éruption cutanée se fait suivant une topographie radiculaire.

La possibilité de complications oculaires doit toujours en faire réserver le pronostic.

ÉTIOLOGIE. PATHOGÉNIE

La nature infectieuse du zona est actuellement admise par tous les auteurs, mais l'agent pathogène est encore inconnu. C'est probablement un virus filtrant que certains auteurs rattachent à la famille des virus herpétiques, le zona entrant dans le groupe des épithélioses neurotropes (Marinesco et Draganesco).

D'après Netter, la clinique et la sérologie montrent l'identité de germe pour le zona et la varicelle, mais la question est encore discutée.

Au point de vue de la pathogénie, la plupart des auteurs admettent actuellement la *théorie radiculo-ganglionnaire* du zona basée sur les constatations anatomo-pathologiques : la lésion du zona, expression d'une poliomyélite postérieure aiguë, siège dans les ganglions rachidiens postérieurs et pour le zona ophtalmique dans le ganglion de Gasser, homologue des ganglions spinaux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Système nerveux. — *Lésions ganglionnaires* sont primordiales : altérations cellulaires, hémorragie et infiltration de cellules rondes.

Des *lésions du trijumeau* ont été décrites, elles sont secondaires aux précédentes.

Du ganglion, le processus inflammatoire gagne les *méninges*; les modifications du liquide céphalo-rachidien en sont le reflet.

Les *complications paralytiques* des nerfs oculaires impliquent l'extension des lésions à ces nerfs.

Peau. — Présente des altérations qui sont celles des vésicules : une exsudation de plasma se produit entre les cellules de la couche moyenne du corps muqueux; les cellules malpighiennes atteintes de dégénérescence fibrineuse subissent un gonflement qui répond à « l'altération ballonnisante » de Unna.

SYMPTOMATOLOGIE

Début. — Comme dans les autres localisations du zona par :

Prodromes. — *Douleurs* : céphalée parfois intense, névralgie unilatérale avec élancements très pénibles au niveau des globes oculaires.

Signes généraux. — Souvent discrets :

Malaise, quelques frissons, anorexie ;
Fièvre légère.

Période d'état. — L'*éruption* apparaît le plus souvent deux ou trois jours après le début de ces signes, exceptionnellement sans prodromes. Elle est constituée par des *placards elleptiques érythémateux* rosés ou rouge vif sans bourrelet, séparés par des intervalles de peau saine.

Rapidement sur ces placards apparaissent quelques *vésicules* petites, transparentes, à contenu citrin ; elles peuvent se fusionner formant des *bulles*, quelquefois le liquide se trouble donnant une *pustule*.

Topographie. — L'éruption peut occuper tout le territoire de la branche ophtalmique; mais elle est toujours *strictement unilatérale*.

Au front, elle forme souvent des stries verticales en éventail, au-dessus du sourcil, respectant la région frontale externe et s'arrêtant à la ligne médiane.

Elle atteint la paupière supérieure, d'où gonflement parfois considérable de cette paupière qui cache le globe oculaire.

Le nez peut être atteint : les vésicules siègent sur l'aile du nez et parfois aussi à l'intérieur sur la pituitaire.

Quand la branche nasale est atteinte, la cornée peut être le siège de vésicules, d'où le danger plus grand de complications oculaires.

L'éruption s'accompagne de :

Douleurs névralgiques parfois très violentes, rebelles à la tête au niveau du front, à la racine du nez, surtout autour de l'œil.

Signes locaux. — *Larmoiement* fréquent, même sans complications oculaires.

Troubles de la sensibilité. — Hyperesthésie; quelquefois anesthésie douloureuse.

Il faut toujours rechercher la sensibilité cornéenne dont l'abolition doit faire craindre les complications oculaires.

Adénopathie. — Constante, a une grande importance au point de vue du diagnostic.

Elle apparaît très précocement, pour certains même elle pourrait précéder l'éruption.

Elle est strictement unilatérale : les ganglions pré-auriculaire et sous-angulo-maxillaires sont un peu tuméfiés, douloureux à la pression.

Signes généraux. — La fièvre est légère ou nulle.

L'*examen du sang* révèle de l'hyperleucocytose au début.

La *ponction lombaire* révèle la réaction méningée le plus souvent latente et à peu près constante; le liquide céphalo-rachidien est clair avec lymphocytose parfois abondante et hyperalbuminose pouvant persister un temps variable après la disparition du zona.

ÉVOLUTION

Ne diffère pas de celle des autres localisations du zona.

Eruption terminée en huit à dix jours.

Dessiccation des vésicules cutanées; l'épiderme se flétrit, des croûtes jaunâtres apparaissent, tombent, laissant des cicatrices, d'abord pigmentées, puis blanchâtres, indélébiles ; ces cicatrices sont anesthésiques.

Toutefois ces cicatrices paraissent moins marquées que dans les autres localisations du zona.

Les *troubles sensitifs*, par contre, peuvent persister longtemps, surtout chez les vieillards, sous forme de douleurs fronto-pariétales, péri-orbitaires souvent violentes.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — EXAMEN PRÉPARATOIRE. — *Médecine.* — Jury : MM. Gilbert, Surmont et Haushalter. Candidats : MM. Alajouanine, Bénard (Henri), Bloch (Marcel), Blum (Paul), Bordet, Boulin, Cathala, Deschamps (Pierre), Hagueneau, Hutinel (Jean), Jacquelin (André), Joannon (Pierre), Maréchal (Henri), Mouquin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — VIENNE (Isère). — Le concours ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon pour une place de médecin-chirurgien des hôpitaux de Vienne s'est terminé par la nomination de M. le docteur Valendre, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — STATIONS HYDROMINÉRALES ET CLIMATIQUES. — Le *Journal officiel* du 11 janvier publie la liste des stations hydrominérales et climatiques établies à la date du 1er janvier 1925.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur des troupes coloniales Hazard, adjoint au directeur du Service de santé du corps d'armée colonial, a été nommé directeur du Service de santé du groupe de l'Afrique orientale française et des services sanitaires de Madagascar, à Tananarive, en remplacement de M. le médecin inspecteur Allain.

— SERVICE DE SANTÉ. — Sont promus dans le cadre des officiers du corps de santé de réserve :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Carrière, 1er C. A.; Chatin, 14e C. A.; Humbel, 5e C. A.; Frey et Sauvez, G. M. P.; Montalescot, 13e C. A.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Nandrot, 5e C. A.; Tarnaud; Weill dit Weill-Hallé et Barbet, G. M. P.; Casalta, 15e C. A.; Chevrel, 10e C. A.; Clermont, 17e C. A.; Coffart, 6e C. A.; Folaillon, 9e C. A.; Soule, 18e C. A.; Triqueneaux, 1er C. A.; Barotte, 12e C. A.; Lavenant, 11e C. A.; Poissonnier, 13e C. A.; Bréchot, 10e C. A.; Emanaud, 12e C. A.; Gabriault, 9e C. A.; Lefeuvre, 10e C. A.; Léon, 3e C. A.; Pinard, 6e C. A.; Constans, 17e C. A.; Dupic, 12e C. A.; Le Blaye, 9e C. A.; Pettit, 4e C. A.; Satre, 14e C. A.; Validire, 9e C. A.; Charles, 1er C. A.; Chiray, 12e C. A.; Ehrenpreis, 10e C. A.; Hautefeuille, 2e R.; Ledoux-Lebard, 20e C. A.; Nordmann, 13e C. A.; Abrami, 6e C. A.; Bonhoure, 8e C. A.; Delherm, 17e C. A.; Friedel et Monier-Vinard, 5e C. A.; Ott, 3e C. A.; Petitjean, 8e C. A.; Pradel, 9e C. A.; Joyeux, 4e C. A.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lutaud et Moulonguet, G. M. P.; Boivin, 9e C. A.; de Chabert Ostland, G. M. P.; Hatry, 9e C. A.; Jouffret, 15e C. A.; Barbet, G. M. P.; Bérard, 5e C. A.; Carles, 18e C. A.; de Labretoigne du Mazel, tr. d'occup. du Maroc; Rolland, G. M. P.; Crespin, 19e C. A.; Arque, Afrique occ. franç.; Chevallier, G. M. P.; Chalot, 17e C. A.; Mirabail, 5e C. A.; Debre et Getten, G. M. P.; Govy, 10e C. A.; Ouvry, 3e C. A.; Lehucher, div. d'occ. de Tunisie; Marchal, G. M. P.: Baron, 18e C. A.; de Boissière, 3e C. A.; Girou, 13e C. A.; Lassalle, 17e C. A.; Laurentie, armée du Levant; May, G. M. P.; Pizon, 5e C. A.; Poirier, 4e C. A.; Poyard, 14e C. A.; Rousseau, Séjournet et Guieysse, G. M. P.; Ferreyrolles, 13e C. A.; Merlo, 19e C. A.; Chauveau et Cornillot, G. M. P.; Moreau, 11e C. A.; Brot, 8e C. A.; Lannelongue, 17e C. A.; Legrand, 3e C. A.; Monbrun, G. M. P.; Triaud, 12e C. A.; Gautier, G. M. P.; Aimes, 16e C. A.; Marioton, 5e C. A.; Roulier, 3e C. A.; Toulant, 19e C. A.; Labat, 18e C. A.; Morize, G. M. P.; Aine, 14e C. A.; Berger, 12e C. A.; Bérard, 5e C. A.; Cannac, 6e C. A.; Cuq, 16e C. A.; Dufau, 18e C. A.; Froget, 9e C. A.; Gendron, G. M. P.; Martin, 14e C. A.; Mas et Maurette, 16e C. A.; Prelat, G. M. P.; Nilus, 20e C. A.; Guisoni, 19e C. A.; Arene, 15e C. A.; Clippet, 2e R.; Mutel, 20e C. A.; Lehman, 18e C. A.; Casalonga, 15e C. A.; Deniau, 4e C. A.; Gauthier, 20e C. A.; Fourcade, G. M. P.; François, 2e R.; Llopet, 16e C. A.; Massonnet et Dore, G. M. P.; Birotheau, 11e C. A.; Blanc, 15e C. A.; de Parthenay, 1er C. A.; Aspesberro, 17e C. A.; Coudray, 4e C. A.; Jourdan, 15e C. A.; Henry, 6e C. A.; Beliard, Basset et de Berne Lagarde, G. M. P.; Fornary et Nalin, 15e C. A.; Vansteenberghe, 1er C. A.; Migaud dit Dalban, 14e C. A.; Maurel,

G. M. P.; Plaisant, 4e C. A.; Jeanneney, 18e C. A.; Soulier, 15e C. A.; Bosc, 16e C. A.; Massia, 14e C. A.; Bergeret, G. M. P.; de Champ de Saint-Léger, 5e C. A.; Fromaget, 18e C. A.; Grimault, 6e C. A.; Joinville, 3e C. A.; Joyeux, 6e C. A.; Lacassagne, G. M. P.; Le Rouzic, 10e C. A.; Lorion, 9e C. A.; Marcon, 15e C. A.; Molimard, 13e C. A.; Roques, 17e C. A.; Roustan, 15e C. A.; Santy, 14e C. A.; Bouis, 15e C. A.; Bernard, 17e C. A.; Richard, 15e C. A.; Fouque, 3e C. A.; Métivet, G. M. P.; Masselot, div. d'occ. de Tunisie; Abely, 17e C. A., Sigaud, 14e C. A.;, Vouters, 1er C. A.; Darget, 18e C. A.; Macquet, 1er C. A.; Sébillotte et Dezarnaulds, 5e C. A.; Sorrel et Maurer, G. M. P.; Deroye, 8e C. A.; Gallot-Lavallée et Rabourdin, 4e C. A.; Jullien, 2e R.; Monnier, G. M. P.; Basset, 5e C. A.; Babin, Douay, Bloch et Ramadier, G. M. P.; Bussy, 14e C. A.; Béclère, G. M. P.

Xe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE. — Ce Congrès aura lieu exceptionnellement en 1925, à Lille (Nord), sous la présidence de M. Leclercq (de Lille), les 25, 26 et 27 mai 1925.

Vice-présidents : M. Dewez (de Mons, Belgique) et le professeur Raviart (de Lille).

Questions mises à l'ordre du jour :

1° « La mort par inhibition ». Rapporteurs : MM. les professeurs agrégés Duvoir et Ch. Richet fils (de Paris).

2° « Tumeurs malignes et traumatismes ». Rapporteurs : MM. Cordonnier et Müller (de Lille).

3° « La criminalité des blessés du crâne. Responsabilité pénale et assistance pénitentiaire ». Rapporteur : M. le professeur agrégé Porot (d'Alger).

ORGANISATION D'UN VOYAGE MÉDICAL AU MAROC. — La Compagnie générale transatlantique désireuse de faire mieux connaître aux médecins français et étrangers les beautés et les ressources du Maroc français et de l'Afrique du Nord, a décidé d'organiser un nouveau voyage médical dans ces contrées enchanteresses pour les mois d'avril-mai prochains.

Voici le programme-horaire de ce voyage :

18 avril. Embarquement à Marseille pour Alger à 12 h. — *19*. Arrivée à Alger vers 16 h. — *20*. Séjour à Alger. Visite de la ville, de la kasbah. — *21*. Excursion au Jardin d'essais. — *22*. Alger-Tenès. Déjeuner à Cherchell. Visite du Musée. Dîner et coucher à Tenès. — *23*. Tenès-Oran. Déjeuner à Ouillis. Dîner et coucher à Oran. — *24*. Séjour à Oran. Visite de la ville. Excursion au Belvédère. — *25*. Oran-Tlemcen. Déjeuner à Tlemcen. L'après-midi, visite de la ville. — *26*. Séjour à Tlemcen. Excursion à Sidi bou Médine. — *27*. Tlemcen-Oudjda. Déjeuner à Oudjda. — *28*. Oudjda-Taza. Déjeuner à Guercif. Dîner et coucher à Taza. — *29*. Taza-Fès. Déjeuner à Taza. Excursion à Taza-le-Haut. — *30*. Séjour à Fès. Visite de la ville, des souks.

1er mai. — Tour de la ville. — *2*. Fès-Meknès par Volubilis et Moulay Idriss. Déjeuner à Meknès. Visite de la ville. — *3*. Meknès-Rabat. Déjeuner à Meknès. Le matin excursion aux anciennes écuries. — *4*. Séjour à Rabat. Visite de la ville, de la kasbah des Oudaias, de la Tour Hassan. — *5*. Rabat-Casablanca. Déjeuner à Casablanca. — *6*. Casablanca-Marrakech. Déjeuner à Mazagan. Dîner et coucher à Marrakech. — *7*. Séjour à Marrakech. — *8*. Visite de la ville, des souks. Excursion à l'Aguedal. — *9*. Marrakech-Casablanca. Déjeuner à Settat. Dîner et coucher à Casablanca. — *10*. Embarquement pour Bordeaux. — *11-12-13*. En mer. — *14*. Arrivée à Bordeaux.

Le prix de ce voyage, qui est normalement de 6.700 fr., sera réduit pour les médecins qui voudront bien y prendre part à 4.800 fr. par personne.

Il comprend les traversées aller et retour en excellente installation de 1re classe.

Le transport entre Alger et Casablanca en excellents cars contenant seulement dix places et munis de sièges tournants Pulman.

Le séjour dans les hôtels en Afrique dn Nord pendant toute la durée du voyage (boisson aux repas non comprise).

Les services d'un commissaire-guide des auto-circuits.

La visite des villes et de leurs curiosités.

Les pourboires à bord et dans les hôtels.

Le voyage ne sera définitivement organisé que lorsque dix inscriptions auront été reçues. Le prix réduit consenti aux adhérents médicaux impose en effet l'obligation de faire partir chacun des auto-cars à plein, c'est-à-dire avec dix passagers.

La *Presse thermale et climatique*, 3, rue Alexandre-de-Humboldt, Paris (XIVe) a été chargée de centraliser les souscriptions à ce voyage.

Les médecins qui désireraient y participer sont donc invités à envoyer sans retard à l'adresse ci-dessus une adhésion de principe qui deviendra définitive dès que dix inscriptions auront été enregistrées.

LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Aucoc, au nom de la Ve Commission, vient de décider d'accorder à l'Union des associations d'étudiants, à titre de subvention, une somme de 50.000 francs pour le sanatorium en construction sur le plateau des Petites-Roches, dans l'Isère.

ÉCOLE D'ANTHROPOLOGIE DE PARIS (15, rue de l'Ecole-de-Médecine). — CONFÉRENCES SUR L'ANTHROPOLOGIE MÉDICALE ET LES VARIATIONS ANATOMIQUES ET MORPHOLOGIQUES. — Le docteur Louis Dubreuil-Chambardel, chargé de conférences à l'Ecole d'anthropologie, commencera son cours le vendredi 16 janvier, à 5 heures, et le continuera les vendredis suivants, à la même heure, en janvier et février.

Le sujet du cours sera le démantèlement des membres.

16 janvier : La perte et la réapparition des phalanges. — 23 janvier : Les ectrodactylies ou l'absence des doigts. — 30 janvier : Les hémimélies longitudinales. — 6 février : La réduction des segments des membres. — 13 février : L'absence des membres. Ectromélies. — 20 février : Les luxations congénitales. — 27 février : Les disloqués.

Ces conférences seront accompagnées de projections ou de présentation de pièces et de photographies.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Guido Banti (de Florence), les docteurs Walère Jaworski, professeur à l'Université de Cracovie; Edouard Neiss (de Payerne, Suisse), Frédéric Pachoud (de La Tour-de-Peilz, Suisse), J. Pradelle (du Bourg-Saint-Andéol).

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE AORTIQUE

En s'appuyant sur les observations de plusieurs cas de cardiopathies diverses intéressant l'orifice aortique avec troubles plus ou moins importants de la compensation, Pasternatzky a cru pouvoir conclure que le chlorure de calcium — envisagé comme diurétique cardiaque — ne justifiait pas les espérances suggérées par les cliniciens anglais.

Il citait même deux cas où des aggravations sérieuses s'étaient traduites par des œdèmes, de l'albuminurie, de la dyspnée au cours du traitement par le chlorure de calcium. Il avait eu recours à l'adonis vernalis pour ramener une amélioration.

Dans un cas de rétrécissement pulmonaire avec insuffisance aortique, le même résultat heureux fut obtenu en prescrivant le Diurène ou extrait total d'adonis vernalis.

REVUE GÉNÉRALE

TRAUMATISMES ET SYPHILIDES CUTANÉES

ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

Par le docteur GEORGES THIBIERGE,
Membre de l'Académie de médecine.

Il y a longtemps que des auteurs ont attribué à la syphilis une influence sur la marche et les suites des traumatismes, aux traumatismes une influence sur la marche et les manifestations de la syphilis et signalé l'apparition de celles-ci au niveau des plaies.

Les observations antérieures à la connaissance de la dualité des chancres n'ont, pour la plupart, pas de valeur : les auteurs prenaient alors pour des accidents syphilitiques, les ulcérations développées par inoculation accidentelle au niveau des plaies les plus minimes chez les sujets porteurs de chancre simple.

A propos d'observations de ce genre, Ricord reprochait à quelques-uns de ses contemporains de regarder le vénérien comme une outre qu'il suffit de piquer pour en faire sortir le virus.

C'est surtout à partir de 1863 que Verneuil, puis ses élèves ont étudié la question sous ses différents aspects cliniques. La thèse de doctorat de L. H. Petit, la thèse d'agrégation de Paul Berger ont mis au point l'exposé des doctrines chères à leur maître.

*
* *

L'intérêt doctrinal et clinique que présentait cette question au temps de Verneuil est de beaucoup primé par l'intérêt médico-légal que lui donne, depuis 1898, la mise en pratique de la loi sur les accidents du travail.

Il est aujourd'hui plus nécessaire que jadis de fixer, d'une façon précise, le rôle du traumatisme dans la production et l'aggravation des lésions syphilitiques des différents organes et des différents tissus.

Pour ce qui concerne le système nerveux, notamment sur les deux principales de ses réactions à la syphilis, le tabes et la paralysie générale, l'accord est à peu près unanime : le traumatisme peut aggraver ces maladies, en précipiter la marche.

Pour ce qui concerne les manifestations osseuses de la syphilis, leurs rapports avec les traumatismes étaient bien connus, longtemps avant qu'il soit question d'une loi sur les accidents du travail ; avec l'aide de la radiographie, l'expert n'a guère aujourd'hui de difficulté à s'assurer si une fracture est la cause ou la conséquence d'une lésion gommeuse ; il ne lui reste qu'à préciser, dans ce dernier cas, si le traumatisme a pu jouer quelque rôle dans sa production.

Les rapports entre les lésions syphilitiques cutanées et dermo-hypodermiques et le traumatisme sont beaucoup moins bien établis.

Ce n'est pas que des travaux assez nombreux n'y aient été consacrés, mais le plus grand nombre des observations sur lesquelles ils s'appuient sont sans valeur aucune ; la plupart concernent des lésions cutanées qui, manifestement, n'ont rien à voir avec la syphilis ; dans les autres, le manque de précision dans les dates ou l'absence des données les plus essentielles sur les circonstances du traumatisme empêchent de les utiliser.

La plupart des auteurs qui traitent de cette question se contentent de résumer ou de commenter les thèses de L. H. Petit (1) et de Crépin (2). Le premier de ces auteurs a recueilli pêle-mêle, sans en faire la critique, une foule d'observations éparses, dont aucune, pour ce qui concerne les syphilides cutanées, n'a la moindre valeur démonstrative. Le second fournit surtout des documents personnels, mais ne se base que sur des racontars de malades pour admettre soit la réalité des traumatismes qu'ils invoquent, soit même le diagnostic de certaines lésions cutanées.

Ce n'est pas avec de pareils documents qu'on peut trancher une question, surtout quand elle intéresse la médecine légale et que sa solution pèsera sur les conclusions des experts.

Il m'a paru d'autant plus nécessaire de soumettre les faits publiés à une critique précise que, dans une pratique déjà longue, je n'ai encore, ni à l'hôpital, ni en ville, ni en expertise, rencontré d'exemples de lésions cutanées syphilitiques consécutives à des traumatismes, tout au moins à des traumatismes uniques, comparables aux accidents du travail. J'ai questionné à ce sujet un grand nombre de syphiligraphes, de chirurgiens, de médecins-experts qui, tous, m'ont déclaré n'en avoir pas observé davantage et n'avoir jamais, pendant la guerre mondiale, vu la syphilis modifier les blessures des téguments.

Les élèves de Verneuil admettaient que les plaies pouvaient, chez les syphilitiques, se transformer en ulcérations syphilitiques. Il n'a pas été, à ma connaissance, publié d'observations probantes de cette transformation.

Il y a eu, pendant la guerre, assez de syphilitiques blessés à toutes les périodes de la syphilis pour qu'on ait dû en rencontrer de nombreux exemples. Je n'en ai pas trouvé dans la littérature médicale de la guerre de cas vraiment démonstratifs.

Verneuil insistait également sur la lenteur de la cicatrisation des plaies chez les syphilitiques, et son opinion est fréquemment invoquée par les ouvriers ou par leurs médecins pour justifier la prolongation anormale de la durée des plaies.

L'observation clinique, et la grande expérience de la dernière guerre, ont montré qu'elle n'était pas plus à redouter que les hémorragies opératoires dont la crainte, à certaines époques, a empêché les chirurgiens de porter le couteau sur les syphilitiques. Lorsqu'une plaie tarde à se cicatriser chez un syphilitique, c'est qu'elle est mal pansée ou plus ou moins inconsciemment entretenue. Hors le cas où elle a gravement atteint l'état général du blessé, et déterminé une cachexie plus ou moins accusée — ce qui est, à l'heure actuelle, tout à fait exceptionnel, — et alors ce n'est plus à titre de maladie spécifique qu'elle agit, la syphilis n'entrave pas la guérison des blessures.

*
* *

La valeur des observations de syphilides cutanées d'origine traumatique. — Dans un grand nombre d'observations publiées, sous l'influence des doctrines de Verneuil, comme des exemples de syphi-

(1) L.-H. PETIT. De la syphilis dans ses rapports avec le traumatisme, *Th. de Paris*, 1875.
(2) CRÉPIN. Syphilis et irritation, *Th. de Lille*, 1903.

lides développées à la suite de traumatismes, il s'agit manifestement d'ecthyma vulgaire, d'infections banales dans le développement desquelles la syphilis n'est pour rien.

Un cas de Guillemin (1) a trait à des ampoules du pied infectées chez un homme atteint de syphilides tuberculeuses du tronc.

Une observation de Folinea (2) concerne un cas d'ecthyma banal au voisinage d'une plaie, une autre un abcès de la fesse, une troisième un cas d'ongle incarné ulcéré : il n'y a là que des infections passagères, que la syphilis ne peut être accusée d'avoir conditionnées.

Un cas de Picqué (3) intitulé : Syphilides ulcéreuses de la jambe provoquées par un traumatisme, est celui d'un homme, syphilitique depuis trois ans, qui, au voisinage de plaies contuses de la jambe non pansées, a vu apparaître des phlyctènes et des croûtes avec lymphangite ; on prescrit des frictions mercurielles, de l'iodure de potassium, on fait un pansement à l'emplâtre de Vigo et, en quatre jours, cette prétendue syphilide qui n'est qu'une pyodermite banale est guérie.

Une observation d'Ozenne (4) a trait à une ulcération du pied survenue à la suite de marches forcées et de la pression d'un clou, qui suppure et s'améliore en huit jours, après application d'emplâtre de Vigo et traitement interne iodo-hydrargyrique.

Dans une autre observation d'Ozenne (5), des ulcérations se développent sur un orteil, qui a été le siège d'une plaie infectée et s'améliorent en moins de dix jours par le traitement spécifique.

Plus récemment, Haan (6) publie comme exemple de syphilide d'origine traumatique le cas d'un enfant de onze ans, hérédosyphilitique, chez lequel, à la suite d'une piqûre de la joue, apparaissent des lésions croûteuses confluentes qui ont tous les caractères de l'impétigo.

L'observation plus récente encore de F. Lévy et Gély (7) a trait à un homme qui, quinze jours après une chute sur la région claviculaire, fait un abcès à évolution subaiguë suivi d'une ulcération que les auteurs comparent à une gomme. Ils retrouvent dans les antécédents un chancre qui n'a aucun des caractères du chancre syphilitique, la réaction de Bordet-Wassermann est négative ; l'examen bactériologique donne un résultat « spirochètes nombreux, confluents par endroits », trop beau avec une gomme pour n'être pas dû à une erreur d'interprétation ; on fait des injections de biiodure de mercure et, en douze jours, la cicatrisation est complète. Il semble bien que cette prétendue gomme n'était qu'un banal abcès.

Certaines observations sont tellement extraordinaires qu'on s'étonne de les voir publiées dans des travaux scientifiques.

(1) Guillemin. Observations de lésions traumatiques modifiées par la syphilis constitutionnelle, *Gaz. hebd.*, 13 juillet 1863, p. 472.

(2) Folinia. Le lesioni traumatiche nei sifilitici, *Giorn. ital. della scienze med.*, 1879, p. 1154.

(3) Picqué. Syphilis et traumatisme, *Gaz. méd. de Paris*, août 1884, p. 373.

(4) Ozenne. Note pour servir à l'histoire des syphilides traumatiques, *Union méd.*, 20 mars 1883, p. 469.

(5) Ozenne. *Id.*, 17 mars 1883, p. 450.

(6) Haan. Pathogénie de certaines syphilides. Syphilis et irritation de cause externe traumatique, *Journ. des mal. cut. et syphil.*, 1897, p. 535.

(7) Lévy et Gély. Un cas de gomme syphilitique traumatique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 8 juin 1917, p. 771.

Crépin (1) rapporte, d'après Jullien, l'observation d'une jeune fille, syphilitique depuis un an, qui se blesse au poignet avec un morceau de verre, et chez laquelle on constate, *au quatrième jour*, une lésion présentant l'aspect d'une *plaque de Bazin* et bientôt après une *bulle pemphigoïde*. Ne s'agit-il pas là d'un cas de « pemphigus hystérique », c'est-à-dire d'une lésion provoquée ? En tous cas, il ne s'est agi certainement ni d'une « plaque de Bazin », ni d'une syphilide quelconque.

Dans un mémoire inspiré par Verneuil, Malécot (2) relate le cas d'un homme de vingt-six ans, qui, au début d'une syphilis secondaire, fit une chute sur la hanche ; une escarre se produisit, dont l'auteur rend la syphilis responsable, ce qui est bien peu vraisemblable ; la chute de l'escarre laissa une perte de substance profonde, à fond grisâtre, à bords taillés à pic, pigmentés, indurés, qui est présentée comme une syphilide ulcéreuse : il s'agit sans doute d'une très banale ulcération comme en laissent les escarres tant soit peu profondes.

D'autres fois, l'existence même du traumatisme n'est pas établie. Dans une observation de gomme du sein, chez une épileptique, publiée par Ozenne (3), il est noté seulement que la malade, lors d'une de ses attaques a dû se frapper le sein, comme semblent l'indiquer quelques douleurs presque à la suite de l'accident.

Dans un grand nombre d'autres observations, la date du traumatisme est indiquée d'une façon approximative ou ne l'est pas du tout, ou bien l'intervalle entre le traumatisme et le début des lésions syphilitiques n'est pas précisé ; ces faits ne peuvent être ni discutés ni utilisés par une démonstration scientifique.

La rapidité d'évolution de certaines ulcérations est bien propre à susciter des doutes sur leur origine traumatique.

Chez un malade de Gougerot et Clara (4), moins de dix-sept jours après une plaie contuse de la jambe on constatait « deux ulcérations circinées à fond bourgeonnant » qui mirent trente-trois jours à guérir.

Les mêmes auteurs rapportent l'observation d'un homme contusionné par un éclat de grenade chez lequel « immédiatement après l'accident » apparut une lésion qui évolua rapidement et se transforma en une ulcération ovalaire atteignant 80 millimètres de longueur sur 60 de largeur. Dans ce cas, la réaction de Bordet-Wassermann était négative.

Cette rapidité déconcertante d'évolution se rencontre dans un certain nombre d'autres observations : elle donne à penser que les lésions devaient être antérieures au traumatisme invoqué, et montrent combien en pareil cas il est nécessaire de vérifier soigneusement les dates.

On voit, en expertise, des faits analogues : Milian (5) rapporte le cas d'un ouvrier qui prétendait avoir été blessé le 18 juin par un clou rouillé et chez lequel s'était développée une lésion ayant tous les caractères d'une gomme syphilitique : et, le 20 juin, c'est-à-dire au bout de deux jours le mé-

(1) Crépin. Loc. cit.

(2) Malécot. Accidents tardifs de syphilis apparaissant en d'anciens foyers traumatiques, *Ann. de dermat.*, 1882, p. 228.

(3) Ozenne. Loc. cit, p. 470.

(4) Gougerot et Clara. Syphilis posttraumatique, *Journ. médical franç.*, déc. 1918, p. 216.

(5) Milian. Syphilis et accidents du travail, *Progrès méd.*, 3 oct. 1908.

decin de la compagnie d'assurances avait constaté une tuméfaction qu'il avait qualifiée d'anthrax. Ainsi que Milian le fait remarquer, il était manifestement impossible que pareille lésion ait eu pour cause l'accident allégué.

Quelques auteurs ont rapporté des exemples d'abcès développés chez des syphilitiques consécutivement à des traumatismes, et qui se seraient transformés en gommes.

Ces observations ne sont pas démonstratives.

Dans le cas de Combemale et Fédou (1), un violent coup de pied avait provoqué le développement d'un abcès de la cuisse, dont l'ouverture donna jour à du pus bien lié, de bon aspect; la plaie, très douloureuse, s'étendit en surface et donna lieu dans tous les sens à des fusées purulentes nécessitant des débridements, ses bords étaient tendus, luisants, très douloureux. On ne voit guère là les caractères d'une lésion gommeuse.

Dans un cas de Troisfontaines (2), une jeune fille sans antécédents ni stigmates de syphilis, avait eu à la suite d'un traumatisme un hématome qui persista pendant plusieurs mois, et donna lieu à une ulcération à bords verticaux, à fond en partie bourgeonnant, en partie recouvert de détritus sphacélés. L'amélioration obtenue à la suite du traitement mixte est insuffisante pour justifier le diagnostic de gomme syphilitique.

***

Ulcérations cutanées provoquées et syphilides ulcéreuses. — Dans bon nombre d'observations, les auteurs se contentent, au lieu de donner une description détaillée des lésions, de déclarer qu'il s'agit d'« ulcérations nettement gommeuses », ou de « lésions incontestablement syphilitiques. »

Parmi ces observations, certaines peuvent avoir trait à des lésions réellement syphilitiques, mais elles ne peuvent être utilisées. Très certainement il en est où le diagnostic est erroné et où une ressemblance réelle et étroite avec des lésions syphilitiques a pu en imposer à des observateurs même instruits et compétents.

Pendant la guerre de 1914-1918, nous avons tous vu un certain nombre de lésions ulcéreuses provoquées de la peau; tous les dermatologistes ont remarqué, et Gougerot (3) y a spécialement insisté, que certaines de ces lésions provoquées (applications de caustiques chimiques, injections septiques sous-cutanées) peuvent revêtir des apparences telles qu'elles en imposaient à bien des médecins, qu'elles en ont imposé dans les premiers mois de la guerre à des dermatologistes très qualifiés : ce n'est qu'après un temps fort long que ceux-ci sont arrivés à les reconnaître à peu près toujours mais, même dans les derniers mois de la guerre, certains simulateurs ont encore parfois tenu des médecins en échec.

Parmi ces lésions ulcéreuses, quelques-unes simulent de très près les ulcérations syphilitiques par leur forme régulièrement arrondie, leurs bords nettement taillés, une certaine infiltration de leur base. Gougerot rapporte deux cas d'ulcération artificielle dans lesquels il crut d'abord à la syphilis : dans l'un d'eux, il ne réforma son premier diagnostic qu'après l'échec d'un traitement mercuriel, ioduré et arsenical intense et prolongé.

Je suis pour ma part convaincu que nombre d'ulcérations rapportées à la syphilis pendant la guerre ne sont que des lésions provoquées : dans toutes celles qui m'ont été présentées comme telles, j'ai été amené à soupçonner la simulation et j'ai pu en donner la démonstration immédiate ou en avoir la preuve ultérieure.

Si certains médecins ont pu à certaines époques rapporter plusieurs observations de lésions syphilitiques consécutives à des traumatismes, tandis que d'autres déclarent n'en avoir jamais observé, c'est en grande partie, parce que ces derniers, sans doute mieux servis par les circonstances, ont pu rapporter à la simulation des lésions que les premiers auraient considérées comme syphilitiques.

Mais, dira-t-on, cette explication ne rend pas compte des faits dans lesquels une ulcération, qui a résisté longtemps à tous les traitements, guérit rapidement à la suite de l'administration du traitement antisyphilitique. Je dois avouer que la fréquence de la simulation et l'ingéniosité des simulateurs pendant la guerre m'a rendu extrêmement sceptique.

Les seuls freins qu'on ait pu opposer aux simulateurs ont été d'une part l'isolement absolu et des punitions sévères, d'autre part la mise en observation dans des services spéciaux dirigés par des médecins compétents, auxquels les imposteurs avaient peu de chance d'en faire accroire. Lorsque ceux-ci se voyaient entre les mains d'un dermatologiste dont ils redoutaient la compétence, ils cherchaient le moyen de s'en tirer le moins mal possible. Aussi, lorsqu'ils avaient entendu poser plus ou moins nettement le diagnostic de syphilis, ou soupçonné une hésitation du médecin, ne valait-il pas mieux pour eux cesser d'entretenir leur ulcération, prendre ou ne pas prendre le mercure et l'iodure qu'on leur ordonnait, voire même subir quelques injections d'arsénobenzol, mais guérir et guérir rapidement, afin que leur guérison soit attribuée au traitement et leur ulcération à la syphilis? De la sorte, ils pouvaient sortir de l'hôpital le front haut, avec une convalescence, évitaient la salle de police ou la prison et l'envoi immédiat au front.

Cette explication rend compte, je crois, d'un certain nombre de prétendues gommes syphilitiques consécutives au traumatisme, en particulier de celles dont la guérison par la médication antisyphilitique fut extraordinairement rapide.

Ce que je viens de dire des simulateurs de guerre s'applique, avec quelques variantes aux accidents du travail : ceux-ci aussi guérissent parfois vite, lorsqu'il est question de les soumettre à une expertise ; j'en ai vu plusieurs et un tout récemment encore, en traitement depuis longtemps pour des plaies entretenues, auxquels leur médecin, complice de la lenteur de leur guérison, faisait quelques jours avant l'expertise deux ou trois injections mercurielles afin de pouvoir mettre à la fois sur le compte du traitement nouveau une amélioration rapide et sur le compte de la syphilis la longue persistance de la plaie entretenue. Cela n'est pas une hypothèse, mais un fait dont j'ai été témoin : il vient à l'appui de ce que j'ai supposé au sujet de certains soldats simulateurs.

(1) Combemale et Fédou. Traumatisme réveillant une syphilis ignorée, *Montpellier méd.*, janv. 1888, p. 28.

(2) Troisfontaines. Abcès de la jambe. Incision. Transformation de l'incision en ulcération tertiaire, typique, *Ann. des mal. vén.*, 1909, p. 699.

(3) Gougerot. Complications cutanées des plaies en temps de guerre et en temps de paix, *Journ. médical franç.*, 1919, p. 513.

La valeur séméiologique de la forme arrondie des lésions ulcéreuses consécutives à du traumatisme. — Je ne puis entrer dans l'exposé complet du diagnostic des lésions syphilitiques cutanées qui peuvent succéder à un traumatisme.

Ce diagnostic repose en grande partie sur la configuration des lésions. Il est nécessaire de faire à ce sujet une remarque.

Ulcéreuses ou non, mais surtout ulcéreuses, les syphilides cutanées ont pour caractéristique majeure leur forme arrondie, ou ovalaire, géométriquement régulière, ou encore polycyclique, constituée par des éléments de cercles régulièrement arrondis.

Cette notion est si bien établie qu'une lésion ulcéreuse de forme arrondie survenant à la suite d'un accident du travail éveille immédiatement dans l'esprit des médecins (médecin traitant, ou médecin de compagnies d'assurances) l'idée d'une complication syphilitique. En fait, si elle doit éveiller cette idée, elle ne doit pas l'imposer.

Les pyodermites ulcéreuses, du type de l'ecthyma, ont, elles aussi, une forme arrondie : leur évolution rapide, la présence de lésions multiples de même aspect, souvent la réaction streptococcique étendue du tégument ne laissent pas de doute sur leur nature.

Un groupe important de lésions affecte fréquemment la forme arrondie, ce sont les ulcérations provoquées, déterminées le plus souvent par des applications de caustiques liquides ou pâteux. En dehors des ulcères de jambe et des pyodermites ulcéreuses, c'est à cette catégorie d'ulcérations qu'appartiennent toutes les lésions qui m'ont été présentées en expertise pour accidents de travail avec le diagnostic plus ou moins formel de syphilides.

Un simulateur habile arrive facilement à produire, soit au moyen de badigeonnages soigneusement faits, soit en appliquant une pâte caustique à travers une perforation faite à un emplâtre adhésif, une escarre régulière, laissant après elle une ulcération ronde, creuse, à bords à pic, entourée pour peu qu'elle soit irritée par des pansements appropriés ou par la station debout prolongée, d'une zone d'infiltration plus ou moins dure, tous attributs des gommes ulcérées.

Des nuances, parfois peu apparentes, distinguent seules le fond, plus généralement plat, de l'ulcération provoquée de celui de certaines gommes peu bourgeonnantes, les bords verticaux de ceux en pente plus douce de l'ulcération gommeuse, la tuméfaction inflammatoire qui l'environne de l'induration gommeuse. Il faut parfois un œil singulièrement exercé pour les discerner.

Beaucoup plus démonstratifs sont parfois la forme de l'ulcération, les prolongements anguleux ou irréguliers qu'elle peut présenter sur ses bords et qui révèlent les bavures du liquide caustique, ou la multiplicité de points d'attaque de dimensions trop petites pour une gomme.

Parfois encore, l'expert peut trouver à la surface de l'ulcération des débris d'escarre, adhérents, de coloration grisâtre, jaunâtre ou noirâtre, qui révèlent leur origine artificielle. Le plus souvent, cependant, au moment de l'expertise, ces indices accusateurs ont disparu; c'est alors que les renseignements fournis par les médecins, que les constatations faites par les médecins contrôleurs des compagnies d'assurances qui ont pu voir, à un moment donné, ces escarres ont une importance capitale; alors aussi, les déclarations des blessés sur l'évolution de leur affection, ses aspects successifs, par leurs contradictions et leurs invraisemblances, révéleront la véritable nature des lésions.

En fait, la forme arrondie des lésions qui, en clinique courante, est un symptôme capital des lésions syphilitiques, est, en matière d'accidents du travail, un indice, de valeur diagnostique à peine moindre, des lésions artificiellement provoquées.

***

Ulcère de jambe et syphilis. — Quelques auteurs ont attribué à l'ulcère simple de la jambe une origine syphilitique.

La question a son importance au point de vue qui nous occupe, car cet ulcère succède souvent à un traumatisme, en particulier à un accident du travail.

Chaput (1) soutenait que l'ulcère de jambe est presque toujours, sinon toujours, syphilitique; en dix ans, il n'avait pas, disait-il, observé d'ulcère de jambe ne présentant pas de contours polycycliques, taillés à pic, avec fond surélevé et bourgeonneant activement après quelques jours de pansement aseptique; souvent, d'après lui, ces ulcères s'accompagnent d'hypertrophie considérable du tibia, de nature syphilitique, et tous les ulcères guérissent rapidement par le traitement antisyphilitique.

La question est beaucoup moins simple, au point de vue diagnostique comme au point de vue thérapeutique.

Qu'on prenne parfois pour des « ulcères simples » ou des « ulcères variqueux » des ulcérations gommeuses des jambes qui guériraient rapidement par la médication antisyphilitique, cela est incontestable; mais c'est l'exception et non la règle.

La règle est que l' « ulcère variqueux » n'est pas une affection de nature syphilitique et ne guérit pas par les traitements antisyphilitiques les plus actifs et les plus variés.

Les ouvriers atteints d'ulcères de jambe provoqués par un accident du travail appartiennent le plus souvent à une catégorie bien connue des médecins des compagnies d'assurances et des médecins experts : ce sont des ouvriers sans spécialité, manœuvres ou débardeurs pour la plupart, qui à peine embauchés dans un chantier depuis quelques jours, parfois même depuis deux ou trois heures, se sont contusionnés, parfois volontairement, la jambe contre une pierre ou contre une planche ; soignée le plus souvent dans une de ces cliniques trop connues pour accidents du travail, l'excoriation initiale se transforme en une véritable ulcération, entourée d'une large zone d'infection streptococcique; avec des alternatives d'amélioration et d'aggravation, l'ulcère persiste pendant des mois, ne se cicatriserait jamais, si, une expertise intervenant, la blessure n'était déclarée consolidée, avec incapacité permanente partielle; à partir de ce moment le blessé consent généralement à se laisser soigner d'une façon efficace.

Comme l'ulcération est arrondie ou ovalaire, le médecin traitant a souvent l'idée d'attribuer à la syphilis la lenteur de la cicatrisation et de faire rechercher la séro-réaction de Bordet-Wassermann; quel qu'en soit le résultat il demande à la Compa-

(1) Chaput. De la fréquence des syphilis méconnues. La plupart des ulcères de jambe, nombre de ... et de plaies accidentelles rebelles à la cicatrisation sont de nature syphilitique, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1916, p. 506.

gnie d'assurances à recourir au traitement spécifique; c'est souvent à ce propos que la Compagnie réclame une expertise.

A cette catégorie appartiennent un certain nombre des cas dans lesquels j'ai eu, comme médecin expert, à déterminer s'il y avait un rapport entre un accident du travail et la syphilis. Dans aucun d'eux, je n'ai été amené à l'admettre.

*
* *

Lésions syphilitiques apparues à distance du point traumatisé. — Le traumatisme a été impliqué dans la production de lésions syphilitiques apparues, plus ou moins longtemps après lui, à distance du point traumatisé.

Folinea (1) rapporte l'observation d'une femme qui, huit jours après une fracture traumatique de la jambe, fut atteinte de plaques muqueuses vulvaires, et celle d'un malade qui, à la suite d'une plaie du cuir chevelu dont la cicatrisation fut régulière, vit apparaître une gomme cutanée de la région claviculaire. L'auteur reconnaît que ces faits sont rares et ajoute très judicieusement que, chez beaucoup de sujets atteints de syphilis secondaire latente ou de syphilis tertiaire, il ne se produit rien d'anormal dans la marche des lésions traumatiques.

Dreyer (2) cite un fait de lésions syphilitiques du nez et du palais survenues peu après une chute ayant déterminé des fractures de l'humérus et du fémur.

Gougerot et Clara (3) ont vu, trois semaines environ après une plaie par éclat d'obus de la face externe du genou, apparaître une gomme au tiers supérieur de la cuisse du même côté.

Il semble que, dans ces cas, il s'agisse d'une pure et simple coïncidence, à laquelle il est quelque peu enfantin d'attacher de l'importance.

Il ne serait cependant pas impossible qu'un traumatisme portant sur des tissus spécifiquement altérés, sur une gomme en particulier, puisse devenir la cause d'une infection hématogène à localisations variables et plus ou moins multiples, comme celle qu'on observe dans la tuberculose à la suite du grattage de foyers bacillaires.

On peut notamment admettre cette interprétation dans une observation de Verneuil (4) où une gomme du tibia est survenue cinq semaines après l'ablation d'un testicule syphilitique.

*
* *

Action des traumatismes sur les cicatrices de lésions syphilitiques. — Les cicatrices d'ulcérations syphilitiques sont tout spécialement vulnérables. Tous les chirurgiens qui ont la pratique des autoplasties et surtout celle de la staphylorraphie savent qu'il faut, avant d'opérer, laisser écouler plusieurs mois après la cicatrisation définitive des lésions syphilitiques, sous peine de voir les points de suture céder et des ulcérations plus ou moins persistantes se développer.

Neumann a montré que, longtemps après la guérison apparente, les tissus qui ont été altérés par la syphilis sont encore le siège de lésions histologiquement manifestes. Cependant, les lésions consécutives aux tentatives trop précoces d'autoplastie sont banales. Elles tiennent à ce que les tissus réunis sont mal nourris, ne résistent pas à la traction; elles ne sont pas influencées par le traitement spécifique.

Parfois, cependant, il semble que des traumatismes portant sur des cicatrices de lésions syphilitiques plus ou moins anciennes aient amené la production de véritables gommes.

Klauder (1) a rapporté l'observation d'un homme de vingt-six ans, ayant eu un chancre six ans auparavant qui, à la suite d'une chute de motocycle sur la cicatrice d'une ulcération gommeuse remontant à deux ans, a vu la partie de la cicatrice atteinte par le traumatisme guérir difficilement et prendre peu à peu l'aspect d'une ulcération gommeuse.

Le même auteur doit à Muller la connaissance d'un autre cas dans lequel une large gomme apparut sur une cicatrice abdominale à la suite d'un traumatisme.

*
* *

Contusions répétées et syphilides tégumentaires. — Il résulte des critiques précédentes que les traumatismes uniques, tels que ceux qui caractérisent, au sens de la loi du 9 avril 1898, les accidents du travail ne déterminent pas ou ne déterminent que tout à fait exceptionnellement des lésions syphilitiques à siège dermo-hypodermique.

Il semble, par contre, que les contusions répétées du tégument puissent servir de point d'appel à des localisations de la syphilis.

Lacapère et Laurent (2) ont été frappés de la fréquence des gommes médianes du front chez les mahométans et l'ont très judicieusement attribuée à la contusion de la région pendant les longues prières que font quatre fois par jour, en frappant le sol avec leur front, les fidèles d'Allah.

Railliet (3) a également publié un cas pour lequel il invoqua une étiologie analogue : il s'agit d'un boulanger qui avait l'habitude de râcler avec le coupe-pâte l'excédent de pâte à pain dont ses bras étaient couverts et qui était atteint sur la partie antérieure de l'avant-bras gauche d'une syphilide papulo-squameuse serpigineuse.

Plus nettes sont les observations de José May (4) qui a vu des ulcérations gommeuses de la face antérieure de la rotule et de la jambe chez trois femmes, syphilitiques sans le savoir, qui avaient l'habitude de s'agenouiller pour laver les escaliers de leurs maisons.

Klauder (5) a rapporté l'observation d'un employé de chemin de fer qui, dans son travail, heurtait chaque jour son bras contre la paroi des wagons, et chez lequel apparut, au point ainsi contusionné d'une

(1) FOLINIA. Loc. cit., obs. XXXIII et XXXIV.
(2) DREYER. Syphilis und Trauma, *Monatss f. Unfallheilk*, oct. 1899, t. VI, p. 361.
(3) GOUGEROT et CLARA. Loc. cit., p. 219.
(4) VERNEUIL. *Mémoires de chirurgie*, t. V; — *Commotion, contusion, tétanos, syphilis et traumatisme*, Paris 1888, p. 574.

(1) KLAUDER. Syphilis and trauma. The workmen's compensation act, the industrial physician and the syphilitic employee, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 8 avril 1922, p. 1029.
(2) LACAPÈRE et LAURENT. Influence du traumatisme sur les localisations de la syphilis. Le front des Islamites, *Paris méd.*, 2 fév. 1918, p. 94.
(3) G. RAILLIET. Influence des petits traumatismes professionnels sur les localisations de la syphilis, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 4 juillet 1919, p. 677.
(4) José MAY. Sifilis ignoradas reveladas por pequenas traumatismos profesionales, *Anales de la Facultad de med.*, Montevideo, janv. 1923, p. 26.
(5) KLAUDER. Loc. cit.

façon habituelle, une ulcération ; la réaction de Wassermann était positive, un traitement arsenical amena rapidement la guérison de l'ulcération.

Il est fort probable que, dans ceux de ces cas où les lésions cutanées siègent au niveau des os superficiels, elles ont débuté par une périostite et n'ont atteint que secondairement l'hypoderme. Ils ne feraient donc pas exception à la règle d'après laquelle le traumatisme ne provoque presque jamais l'apparition de lésions syphilitiques dermo-hypodermiques.

Ces faits ne tombent pas, je le répète, sous le coup de la loi du 9 avril 1898.

*
* *

Lésions syphilitiques profondes d'origine traumatique provoquées à l'hypoderme et au derme. — Je me suis proposé de montrer que le traumatisme ne provoque pour ainsi dire jamais le développement de syphilides à *localisation primitivement dermo-hypodermique.*

Il y a lieu de faire ressortir le contraste qui existe à ce point de vue entre le tégument et les tissus qu'il recouvre : les muscles, mais surtout le système osseux, deviennent parfois, à la suite de traumatismes, le siège de lésions syphilitiques, généralement à type gommeux, qui peuvent, par leur développement ultérieur, envahir l'hypoderme, atteindre le derme, l'ulcérer, et ces ulcérations risquent parfois de faire croire à l'existence de lésions initialement dermo-hypodermiques.

Pour ce qui concerne l'appareil musculaire, les faits sont plutôt rares. Cependant Stolper (1) en a rapporté des cas extrêmement intéressants et très démonstratifs.

Beaucoup plus fréquentes sont les lésions syphilitiques ostéopériostiques et articulaires d'origine traumatique.

Aug. Broca (2) a fait connaître, d'après l'expérience qu'il avait acquise pendant la guerre, des faits assez nombreux d'arthrites syphilitiques provoquées par des traumatismes, et complété à ce point de vue le chapitre de la syphilis articulaire.

Les chirurgiens savent que les os fracturés deviennent assez fréquemment le siège de gommes syphilitiques ou, sans présenter de gommes cliniquement appréciables, ont parfois une tendance très marquée à se consolider lentement. Les exemples ont été fréquents pendant la guerre de fractures par chute ou par armes à feu dont la consolidation n'a pu être obtenue qu'après un traitement antisyphilitique parfois très prolongé.

Il n'est pas rare non plus de voir de simples contusions osseuses devenir le point de départ de gommes ostéopériostiques qui souvent se propagent à l'hypoderme et au derme, avec ulcérations parfois étendues.

Ces faits de syphilis osseuse d'origine traumatique sont connus depuis longtemps. Je me contenterai d'en citer deux récents :

L'un, rapporté par G. Railliet (3), concerne un conducteur d'artillerie, atteint d'exostose syphilitique du tiers supérieur des tibias chez lequel on pouvait incriminer, comme cause localisatrice des lésions, le heurt continuel des bricoles au point malade.

Dans l'autre, rapporté par Pasini (1), il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, syphilitique récent, qui, ayant reçu dans une course un coup sur la tête suivi d'étourdissement, vit apparaître au bout d'une dizaine de jours une bosse à la région frontale gauche, une douleur sourde, principalement nocturne, puis une tuméfaction ostéo-périostique qui atteignit 6 centimètres de diamètre.

Dans plusieurs des faits de gommes développées à la suite de contusions multiples, rapportés par Lacapère et Laurent et par José May, que j'ai cités plus haut, les lésions avaient vraisemblablement débuté au niveau du périoste.

Une observation curieuse de Clément Simon (2) mérite d'être signalée ici. Elle concerne un homme, qui, à la suite d'une blessure par balle intéressant superficiellement le cubitus, a présenté au niveau de la cicatrice de la blessure une syphilide tertiaire. La radiographie a montré qu'il existait une périostite syphilitique ancienne. « On peut supposer, dit Clément Simon, que la balle qui avait érodé le cubitus, avait mis en liberté les tréponèmes jusque-là enfermés dans le manchon périosté et que les tréponèmes avaient ensuite gagné la cicatrice, puis les téguments voisins. » Ce fait montre combien peut être délicate l'interprétation des syphilides cutanées qui paraissent d'origine traumatique, et illustre la nécessité de n'en admettre qu'après un examen minutieux de la région intéressée.

*
* *

Conclusions médico-légales. — La critique des observations publiées comme exemples des manifestations syphilitiques cutanées provoquées par un traumatisme amène donc à rejeter, dans le plus grand nombre d'entre elles, soit le diagnostic de lésion syphilitique, soit la relation avec un traumatisme réel ou supposé, soit le siège exclusivement dermo-hypodermique. Il n'y en a peut-être pas une seule qui résiste à une étude minutieuse. A supposer le fait démontré, il est certainement très rare ; il faut donc, en médecine légale, pour admettre la relation de causalité, dans un cas donné, apporter des preuves plus précises encore que s'il s'agissait de faits d'observation courante.

D'autre part, le médecin expert n'est pas autorisé à nier à priori la possibilité d'un fait en se basant sur ce que la démonstration de sa réalité n'a pas encore été faite. Il faut donc préciser à quelles conditions, dans un cas d'espèce, une lésion cutanée syphilitique pourra être attribuée à un accident du travail.

Pour conclure à la relation de cause à effet, l'expert aura à résoudre les questions suivantes :

1° *Y a-t-il eu un traumatisme réel*, nettement prouvé ou simplement très vraisemblable et quelle est la nature exacte de ce traumatisme ? C'est une

(1) Stolper (de Gottingen). Ueber die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma, insbesondere in gerichtlich und versicherungsrechtliche medizinischer Hinsicht, *Deut. Zeitschr. f. Chir.*, 1902, t. LXV, p. 117 ; — Syphilis und Unfall, *Monat. f. Unfallheilk und Invalid.*, 15 oct. 1905, p. 297.

(2) A. Broca. Arthrites syphilo-traumatiques du genou, *Bull. de la Soc. de méd. légale*, oct. 1921, p. 139.

(3) G. Railliet. Loc. cit.

(1) Pasini. Sifilide e trauma. Nota clinica, *Giorn. delle mal. ven. e delle pelle*, 1921, p. 102.

(2) Clément Simon. Ostéopériostite syphilitique ancienne méconnue. Traumatisme par balle. Syphilide cutanée tertiaire consécutive « in situ », *Bull. de la Soc. franç. de dermat.*, 10 fév. 1921, p. 82.

question de fait, difficile parfois à résoudre en présence de l'incertitude des dépositions des témoins; elle n'a rien de particulier ni de particulièrement difficile dans les cas qui nous occupent. Il n'y a pas lieu d'y insister.

2° *La lésion qui est imputée au traumatisme est-elle une lésion syphilitique?* Ceci est une question de clinique et proprement la question médicale. L'expert pour se prononcer sur ce point, se basera sur les caractères objectifs de la lésion, sur sa marche et son évolution; il recherchera les antécédents du malade, sans oublier que des accidents syphilitiques peuvent se rencontrer chez des sujets dépourvus de tout antécédent, sans oublier non plus que les renseignements fournis aux experts par les intéressés sont souvent suspects, dans un sens comme dans l'autre, sans oublier encore que l'existence antérieure de la syphilis ne doit pas à elle seule faire déclarer syphilitiques toutes les lésions ulcéreuses dont un sujet est atteint. Il fera rechercher la réaction de Bordet-Wassermann, sans négliger d'en rechercher la signification, sans oublier qu'elle est négative dans un quart environ des cas de lésions syphilitiques tertiaires, ni qu'une réaction positive n'implique pas que toutes les ulcérations observées chez le sujet soient de nature syphilitique. Enfin, s'il est nécessaire, pour dissiper ses doutes, il observera les résultats du traitement spécifique : il ne rentrera pas dans son rôle de prescrire lui-même ce traitement, mais il devra, suivant les cas demander qu'il soit fait uniquement un pansement occlusif pour suivre la marche naturelle de la lésion, ou un traitement interne par les arsénicaux ou par les préparations mercurielles, les résultats de l'emploi de l'iodure de potassium, médicament des mycoses plus encore que de la syphilis, pouvant être difficiles à interpréter; il devra suivre les effets du traitement, et examiner le blessé pendant son cours à intervalles convenables et apprécier si ses résultats sont bien, dans le rapport de la rapidité notamment, ceux qu'on observe dans les lésions syphilitiques.

3° *Le traumatisme a-t-il précédé le début de la lésion?* Ceci est question de date, à vérifier au moyen des constatations médicales figurant au dossier ou des déclarations du blessé — *ou s'il l'a suivi, l'a-t-il modifiée; aggravée?* Ceci est encore question de date à vérifier, mais aussi question d'interprétation. La vérification des dates est souvent d'une extrême difficulté, en raison du laconisme, de l'imprécision, parfois de l'inexactitude des certificats produits, en raison du peu de confiance qu'on peut accorder aux déclarations de l'intéressé.

4° *Le traumatisme a-t-il été tel qu'il puisse expliquer le développement de la lésion dont il est incriminé?* — Ici, il y a deux questions : *a.* Une question de fait, la nature du traumatisme, son importance : il est difficile d'admettre qu'une éraflure, une contusion légère soient responsables du développement d'une gomme ; ce que j'ai dit du rôle des contusions légères et répétées dans la production des gommes syphilitiques montre qu'un traumatisme accidentel ne saurait être à priori rendu responsable d'une lésion syphilitique développée en un point où des pressions et des chocs s'exercent habituellement soit dans l'exercice de la profession, soit dans la vie habituelle ; *b.* Une question de date encore ; le temps écoulé entre l'accident et le début réel de la lésion syphilitique correspond-il à celui nécessaire, ou suffisant pour que cette lésion soit la conséquence de l'accident? Il est évident qu'une large ulcération gommeuse, déjà en voie de bourgeonnement ne peut être la conséquence d'un traumatisme survenu dix-sept jours auparavant, comme dans une des observations que j'ai résumées plus haut; d'autre part, on ne pourrait guère attribuer à une contusion le développement d'une gomme survenue un ou deux ans plus tard; mais, en dehors de ces faits extrêmes que le bon sens suffit à écarter, dans quelles limites de temps doit-on admettre que l'influence du traumatisme s'exerce ou peut s'exercer? En l'absence d'observations probantes (1) il est difficile d'arriver à des conclusions précises. C'est arbitrairement que Sand (2) n'admet l'influence du traumatisme que si les lésions apparaissent dans les trente jours qui le suivent.

Une question très délicate est celle de savoir si des lésions syphilitiques peuvent être imputées à un accident du travail lorsque l'accidenté a contracté la syphilis postérieurement à cet accident.

Elle se pose pour les blessures du crâne dans des cas, comme ceux de Watraszewski, où des manifestations cérébrales graves apparurent presque dès le début de la syphilis. Sand, en pareil cas, admet que la responsabilité de l'accident doit jouer lorsque les manifestations syphilitiques se localisent d'une façon prépondérante à la région traumatisée et apparaissent dans un délai de six mois à dater de l'apparition du chancre.

Dans un cas rapporté par Bénicy (3) un homme blessé en août 1870 par balle ayant déterminé une fracture du cubitus contracte la syphilis en octobre 1871, et est pris en avril 1875 de périostite gommeuse de l'avant-bras, qui récidive et détermine une large ulcération. Il s'agit encore ici de lésion profonde affleurant ultérieurement à la peau.

Je ne connais aucun cas de syphilides survenues sur des lésions cutanées d'origine traumatique du fait d'une infection postérieure au traumatisme.

En se basant sur les données précédentes, l'expert parviendra souvent à formuler une opinion ferme; mais, dans nombre de cas, il sera forcé de rester dans le doute, faute surtout de données certaines sur la marche des lésions et leur chronologie. Il fera connaître au juge ses hésitations et, si celui-ci réclame une solution plus précise, il appréciera le fait, à défaut de doctrine médicale établie, d'après les apparences, les possibilités rationnelles. Il est

(1) Les expériences de FINGER et LANDSTEINER (Untersuchungen über Syphilis der Affen, *Sitzungsberichte der K. K. Akademie der Wissenschaften in Wien*, 1906, vol. CXV, f. 3, p. 190) qui ont inoculé des produits virulents à des syphilitiques et ont vu apparaître au lieu d'inoculation des lésions papuleuses gommeuses ne tranchent pas la question parce que les conditions de l'expérience ne sont pas les mêmes que celles de la clinique, les produits virulents ayant été empruntés à un autre sujet. Notons seulement que chez les syphilitiques secondaires ils ont vu apparaître des papules dix à quatorze jours après l'injection. Dans l'expérience de QUEYRAT et PINARD (Résultat de l'inoculation des produits syphilitiques primaires aux sujets atteints d'accidents tertiaires, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 18 mars 1909, p. 156) les lésions ne sont devenues apparentes qu'au dix-septième jour et l'ulcération a encore mis six jours pour atteindre la dimension d'une pièce de 50 centimes.

(2) SAND. *La simulation et l'interprétation des accidents du travail*, Bruxelles 1909, p. 115.

(3) BÉNICY. Syphilis et traumatisme, *Th. de Paris*, 7 août 1879.

certain que de pareilles conclusions seront souvent erronées et que des recherches ultérieures sur la syphilis traumatique en pourront montrer l'inanité ; mais la justice doit se prononcer sans attendre que la science soit faite, et si le doute est de mise, s'il n'y a pas d'autre argument à invoquer que celui, si banal et si peu scientifique, de la succession des phénomènes, l'incertitude devra, pour rester dans l'esprit de la loi et dans celui de la jurisprudence, profiter à la victime de l'accident.

*
* *

Klauder (1) a proposé de rechercher systématiquement la réaction de Bordet-Wassermann chez les ouvriers atteints d'accidents du travail et, si elle est positive, de les soumettre de suite au traitement antisyphilitique, ce qui, dit-il, empêcherait sans doute les conséquences fâcheuses de la syphilis.

Cette pratique pourrait, sans doute, avoir un intérêt dans les traumatismes graves de l'extrémité céphalique, auxquels d'ailleurs Klauder fait surtout allusion et pourrait, dans certains cas, être d'une grande utilité pour apprécier ultérieurement les suites de ces accidents.

Encore faut-il remarquer que la séroréaction est le plus souvent négative dans les périodes de latence de la syphilis, ce qui lui enlève beaucoup de son importance comme élément de pronostic dans les cas de ce genre.

Dans les traumatismes des membres, sa recherche systématique est parfaitement inutile. Klauder lui-même fait cette remarque que, pendant la dernière guerre, elle a été trouvée positive chez des milliers d'hommes dont les blessures n'ont rien présenté d'anormal. Cette pratique aurait un inconvénient grave, celui d'inciter les médecins à attacher une importance excessive à la syphilis dans les accidents du travail — ce qu'ont déjà beaucoup trop de tendance quelques médecins des cliniques pour accidents — et à porter, d'après le seul résultat de la séroréaction, le diagnostic de syphilis d'origine traumatique, lequel doit se baser beaucoup plus sur le caractère clinique des lésions que sur les données sérologiques.

*
* *

En résumé, l'action provocatrice du traumatisme sur les syphilides exclusivement tégumentaires et celle de la syphilis sur les plaies cutanées a été certainement exagérée par les auteurs qui ont suivi Verneuil. Cette action, si elle est réelle, ne s'exerce certainement que d'une façon tout à fait exceptionnelle. Pour l'admettre dans un cas donné, il est nécessaire de soumettre le cas à une critique très précise et d'éliminer toute une série de causes d'erreur.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Autour du drame vénérien, par le docteur Henri MATHIAS. In-8 1924, 15 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Croissance et carence alimentaire, par le docteur L. BARRÉ, interne des hôpitaux de Lyon. In-8 de 126 pages avec figures. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

(1) KLAUDER. Loc. cit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1925)

Éloge de Jean Camus. — M. GLEY lit une notice sur le regretté J. Camus. Il rappelle ses nombreux et importants travaux en physiologie.

En termes fort élevés, il dépeint le beau caractère, le cœur généreux, l'esprit familial, le dévouement inlassable aux malades et aux malheureux qui animaient cet homme de bien dont on conservera pieusement le souvenir.

La cérémonie en l'honneur de Bergonié. — M. GLEY rend compte ensuite de la cérémonie qui a eu lieu à Bordeaux il y a quelques semaines pour la remise des insignes de grand'croix de la Légion d'honneur au professeur Bergonié. Il donne lecture du discours qu'il a prononcé au nom de l'Académie.

Les substances vénéneuses. — M. GUIGNARD lit un rapport au nom de la commission des substances vénéneuses. Il signale un certain nombre de produits spécialisés, des hypnotiques en particulier, qui ne sauraient être vendus à tout venant, sans prescription médicale, comme la coutume s'en est établie peu à peu.

M. BALTHAZARD appuie les conclusions de ce rapport. Il rappelle l'article de loi de germinal qui n'a pas encore été abrogé et qui, étant encore en vigueur, ne pourrait empêcher la vente de certaines substances vénéneuses nouvelles.

Un nouvel article de loi de septembre 1916 est également insuffisant pour défendre la vente libre de certains médicaments vénéneux.

C'est pourquoi l'Académie se doit de voter les conclusions du rapport de M. Guignard qui demande de nouvelles lois et de nouveaux décrets. M. Balthazard ajoute qu'il faudrait instituer une revision par périodes des substances nouvelles introduites dans la thérapeutique.

Le rôle capital mais méconnu des malformations dans la pathologie de la hanche à tous les âges. — M. CALOT. Trente sujets sur 1 000 pris en bloc ont des petites anomalies de la hanche de même famille que la luxation congénitale laquelle n'est que la dixième partie du contingent total et ces petites malformations ont à toutes les périodes de la vie un rôle immense mais non soupçonné jusqu'ici.

Telle est la conclusion des recherches de M. Calot : examen anatomique de quatorze cents hanches, étude de plusieurs milliers de radiographies et d'observations cliniques de sujets de tout âge. C'est ainsi que M. Calot a démontré que ce sont des *malformations méconnues* de même famille mais d'un moindre degré que la luxation :

1° Près de moitié des cas actuellement étiquetés *coxalgies* ;

2° Plus des trois quarts des cas étiquetés tuberculose du col ;

3° Tous les cas sans exception de la prétendue maladie nouvelle inventée par Legg de Boston et baptisée *coxa plana* par Waldenstram et *ostéochondrite* par l'allemand Perthes ;

4° Les hanches étiquetées rhumatisme localisé, *arthrite sèche* ou déformante *morbus coxæ senilis.* Il est piquant de noter que la lésion baptisée par Adams voici près d'un siècle morbus coxæ senilis doit au contraire s'appeler morbus coxæ congenitus.

Et la liste n'est pas complète.

Lésions simultanées d'organes homologues chez la mère et l'enfant. — MM. MERKLEN, WOLF et OBERLING (de Strasbourg).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1924)

Assemblée générale. — Le bureau, élu en Assemblée générale est ainsi constitué pour 1925 : président sortant réélu, M. Goubeau ; vice-présidents sortants réélus, MM. Kein et Maurice ; secrétaire général, M. Briault ; trésorier, M. Schangel.

Homohémothérapie. — M. JAWORSKI mentionne les relations qui existent entre donneurs et receveurs. Il doit y avoir entre eux, similitude de tempéraments suivant la classification de Beth-Vincent : I. Nerveux; II. Lymphatiques; III. Bilieux (très rare). IV. Sanguins. M. Jaworski a fait la remarque, et ceci est très curieux, que des individus se ressemblant physionomiquement appartenaient à la même classe de tempéraments.

M. BLUM répond à Jaworski que ces rapports de la physionomie et du tempérament sont des théories fort anciennes remontant à Lavater, Mantegazza et qu'il serait curieux de les voir utiliser en thérapeutique.

Uréthrite post-blennorragique. — M. LÉVY-WEISSMANN rapporte un cas d'uréthrite post-blennorragique entretenue par le staphylocoque à l'exclusion de tout autre microbe, chez un malade sujet depuis des années à des poussées répétées de furonculose. La guérison fut obtenue par la vaccination antistaphylococcique à l'exclusion de tout traitement local.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER

DROIT DE REPRISE DU PROPRIÉTAIRE. LOI DU 2 AOUT 1924

Aux termes de l'article 6 de la loi du 2 août 1924, toutes les dispositions des lois du 31 mars 1922 et 29 décembre 1923, auxquelles il n'est pas expressément dérogé par les articles qui précèdent cet article 6, demeurent en vigueur dans les limites de l'article 1er de la loi nouvelle.

Or, l'article 1er dont il s'agit, après avoir dit, dans son paragraphe 1er, qu'il pourra être accordé dans toutes les communes pour les locaux d'habitation et pour les locaux commerciaux, industriels ou professionnels la prorogation de jouissance prévue par l'article 7 § 2 de la loi du 31 mars 1922 et par l'article 1er de la loi du 29 décembre 1923, à tout locataire de bonne foi, ajoute :

« Exception est faite pour les locaux qui doivent être occupés *personnellement* par les propriétaires eux-mêmes et au sujet desquels est intervenu un accord amiable ou une décision judiciaire. »

La question s'est posée de savoir si ce nouveau texte avait dérogé à l'article 13 de la loi du 31 mars 1922 qui a autorisé la reprise des lieux loués par le propriétaire qui entend les occuper par lui-même ou les faire occuper par ses ascendants ou descendants ou ceux de son conjoint à titre d'habitation. Cette question est intéressante pour tous les locataires ou occupants de bonne foi, depuis la loi de 1924, pour les médecins et les chirurgiens notamment puisque cette loi vise les locaux professionnels.

Un jugement du tribunal civil de la Seine du 28 octobre 1924 a décidé que le texte de la loi du 2 août 1924 n'avait rien changé à l'étendue d'application de l'article 13 de la loi du 31 mars 1922. C'est une appréciation qui paraît conforme à la volonté du législateur. Mais on ne peut s'empêcher de remarquer que la rédaction de la loi nouvelle n'est pas heureuse et qu'une fois encore le législateur édicte un texte qui ne correspond pas exactement à sa pensée.

Voici le jugement rendu :

« Attendu que, sur congé à lui donné par les époux C..., propriétaire, le sieur B... locataire d'un appartement, 7, rue Dupuytren, leur a signifié une demande régulière de prorogation, pour courir du 1er janvier 1925, date de la fin de son bail, avec offre d'augmentation du prix aux termes des conditions de la loi.

« Que les propriétaires déclarent s'opposer à cette demande et vouloir reprendre les lieux loués pour y loger leur fille, divorcée, actuellement sans domicile personnel ;

« Attendu que la loi du 2 août 1924 ne visant que la reprise personnelle du propriétaire, sans mentionner celle de ses ascendants ou descendants, prévue dans la loi du 31 mars 1922, le locataire prétend qu'il y a eu en l'espèce non omission du législateur, mais volonté de restreindre le droit de reprise ; qu'ainsi, dit-il, la prétention du demandeur serait mal fondée tant en droit qu'en fait, car il ne saurait justifier d'un motif légitime ;

« Attendu que le retranchement fait par le législateur n'est suivi d'aucun terme indiquant une volonté formelle de réduire un droit qu'il consacrait à nouveau ; qu'il faut donc voir dans sa rédaction une formule non limitative mais énonciative ; qu'ainsi la demande du propriétaire paraît recevable en droit ;

« Mais attendu qu'en fait, il n'apporte aucune justification du motif légitime par lui allégué ; qu'au contraire...

Par ces motifs,

Déclare mal fondée la demande en reprise formée par le propriétaire ; l'en déboute ; accorde la prorogation... »

Ainsi donc le tribunal de la Seine, malgré une rédaction vicieuse, estime que l'article 1er de la loi du 2 août 1924 n'a rien changé à l'article 13 en tant qu'il s'applique, non seulement au propriétaire, mais encore à ses ascendants ou descendants.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 19 JANVIER AU 24 JANVIER 1924)

THÈSES

Lundi 19 janvier. — Jury : MM. Hartmann, président; Gosset, Labbé (M.) et Legueu. — M. YORGANDJIS (J.). Le décollement épiphysaire au cours de l'ostéomyélite de la hanche. — M. PIGNOT (Albert). Le traitement préventif des blennorragies. — M. LARGET (P.). Le traitement chirurgical des ulcères chroniques. — M. GIROD (L.). La sténose pylorique par calculs biliaires. — M. JEULIN (Ch.). Etude de l'anévrisme de l'aorte abdominale.

Mardi 20 janvier. — Jury : MM. Jeanselme, président; Marfan, Bezançon et Nobécourt. — M. THIBAULT (R.). Etude critique des accidents de la première dentition. — Mlle LE GOFF. Sur l'angine de Vincent. — M. FALROZ (A.). Traitement des adénites chancrelleuses. — M. RICARD (R.). Les cristaux de Charcot-Leyden. — M. LALLEMANT (A.). Pronostic et traitement de l'insuffisance cardiaque du vieillard. — M. FOURNIER (R.). A propos de quelques cas de pyélonéphrite de l'enfance.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Brindeau, Lecène et Claude. — M. LEDOUX. Etude de l'hystérectomie abdominale totale. — M. CASSIOPOULOS (Ph.). Etude de la névrose des fibromes de l'utérus. — M. CHAPPAZ (G.). Etude éyoscopique sur le mécanisme de la traversée placentaire. — M. GENCE (R.). Fracture de l'épitrochlée. — M. BOURQUIN. Etude sur l'amélioration du régime des aliénés.

Jeudi 22 janvier. — Jury : MM. Achard, président; Carnot, Sicard et Baudouin. — M. SAZIAS (M.). Thyroïdectomie dans le syndrome de Basedow. — M. TERZIAN (T.). Le tétrachlorure de carbone comme anthelmenthique. — M. ANGOT De la métatarsalgie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président; Claude, Panisset, Barrier et Robin. — M. PILOUCHART. Du hurlement rabique. — M. FORGEOT. La paralysie infectieuse du cheval.

Jury : MM. Lejars, président; Brumpt, Vallée, Coquet, Moussu et Henry. — M. PAGNON. Etude générale du traitement des plaies (traitement sérique). — M. DUMAS. L'entérite coccidienne des bovidés en Bourbonnais.

RENSEIGNEMENTS

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
BELGIQUE et ITALIE. . . **40 fr.** — UNION POSTALE. . . . . . **50 fr.**
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE LA MÉDAILLE D'OR. (*Chirurgie et accouchements.*) — Jury : MM. Sébileau, Moure, Cunéo, Lapointe et Cathala.

Jugement des mémoires. — MM. Metzger, 24; Welti, 25.

Epreuve orale. — Question donnée : « Anévrisme artério-veineux des membres. »

MM. Metzger, 16; Welti, 18.

La médaille d'or est décernée à M. Welti.

(*Médecine.*) — Jury : MM. Papillon, Babinski, Bruhl, Ravaut et Flandin.

— CONCOURS DE L'INTERNAT DE BRÉVANNES. — Jury : MM. Troisier, Rouillard et Métivet.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Elections.* — Dans sa séance du 15 janvier le Conseil de la Faculté a présenté en première ligne, pour la chaire de clinique ophtalmologique, M. Félix Terrien par 26 voix contre 15 à M. Morax.

— LYON. — La chaire de chirurgie opératoire est déclarée vacante.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — EXAMEN SPÉCIAL POUR LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS. — Une session de l'examen institué spécialement pour les étudiants étrangers originaires de pays où l'enseignement secondaire n'est pas organisé de façon équivalente à l'enseignement secondaire français et qui demandent à s'inscrire dans les facultés ou écoles d'enseignement supérieur s'ouvrira au siège de chaque université le lundi 16 mars 1925.

GUERRE. — Les élèves de l'Ecole du Service de santé dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine, sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe, et par le même décret sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe, pour prendre rang, sans rappel de solde, du 31 décembre 1923 :

MM. Chavialle et Sauvaget (G. M. P.), Fulcrand (hôpitaux de Lyon).

— Sont nommés au grade de médecin aide-major de 2e classe les élèves de l'École du Service de santé militaire dont les noms suivent :

MM. Vuillaume (hôpitaux de Lyon), Gallois (G. M. P.), Villemin (hôpital de Toulouse), Noyer (hôpitaux de Lyon), Perrin (hôpital de Lille), Zumbiehl (G. M. P.), Finance (hôpital de Strasbourg), Charbonnier (G. M. P.), Robin et Pruvost (hôpitaux de Lyon), Jaulmes (hospice de Montpellier), Gelis (hôpital de Toulouse), Bolzinger (hôpital de Strasbourg), Mercier (hôpital Sédillot, à Nancy), Debenedetti et Germain (G. M. P.), Estival (hôpital de Bordeaux), Pascal (hôpital de Lille), Reissier (G. M. P.), Vidal (hôpital Maillot, à Alger), Mazeyrié (G. M. P.), Silie (hôpital Sédillot, à Nancy), Roucaute (hôpital de Bordeaux), Jabot (hôpital Sédillot, à Nancy), Lachaise (hôpital de Lille), Jammes et Brousses (hôpital de Bordeaux), Bellet (G. M. P.), Chauzy (hôpital Maillot, à Alger), Maulin (hôpital Sédillot, à Nancy), Passager, Party et Peyré (hôpital de Bordeaux), Broussolle (hôpital de Strasbourg), Tricoire (hôpital Sédillot, à Nancy), Dinichert (G. M. P.).

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 16 janvier publie une longue circulaire relative à l'admission en 1925 à l'Ecole du Service de santé militaire.

Le concours s'ouvrira le 8 juillet 1925, à 8 heures.

Les candidats devront se faire inscrire à partir du 12 mai.

La liste d'inscription sera close le 7 juin prochain au soir.

Les demandes de bourses seront déposées dans les préfectures du 12 mai au 15 juin inclus.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Mangin, membre de l'Institut, professeur de la chaire de botanique au Muséum

national d'histoire naturelle, est nommé directeur de cet établissement pour une nouvelle période de cinq ans.

LE SERVICE DE SANTÉ DANS L'AFRIQUE ÉQUATORIALE FRANÇAISE. — M. Robaglia, député, a posé à M. le ministre des Colonies les questions suivantes : 1° Quel est le nombre de médecins hors cadres du corps de santé colonial en service en Afrique équatoriale française? Combien d'officiers supérieurs, combien d'officiers subalternes? (*Question du 29 décembre 1924.*)

Réponse. — Le nombre des médecins du corps de santé colonial présents en Afrique équatoriale française, en y comprenant 8 médecins aides-majors récemment sortis de l'école de Marseille, qui sont en cours de route, est de 42 ainsi répartis : 4 médecins du service général dont 2 officiers supérieurs; 4 médecins des troupes, dont 1 officier supérieur; 34 médecins hors cadres, dont 9 officiers supérieurs. Les médecins des troupes et du service général participent aux services d'assistance et de trypanosomiase.

2° Combien sont en service à Brazzaville?

Réponse. — 2 à la direction du service de santé (service général); 2 à l'hôpital (service général); 2 à l'institut Pasteur; 1 chef du service de santé du Moyen-Congo (hors cadres); 1 médecin mobile à la circonscription du Pool (hors cadres); 1 médecin mobile du chemin de fer (hors cadres); 1 médecin à l'assistance médicale (hors cadres).

3° Combien dans les secteurs?

Réponse. — A la date du 1er décembre 1924 sur 12 secteurs de maladie du sommeil, 7 étaient pourvus de médecins.

4° Combien de secteurs sont dépourvus de médecins?

Réponse. — L'arrivée des 8 aides-majors en cours de route va permettre de pourvoir la totalité des secteurs. (*J. O*, 18 janv. 1925).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES ORGANISÉES PAR LA SOCIÉTÉ DES AMIS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE. (Président : M. Léon Bourgeois; secrétaire général : M. le professeur Chauffard.) — Ces conférences sont destinées à exposer des questions d'actualité, de faire connaître des travaux nouveaux et des recherches personnelles.

Elles auront lieu le vendredi, à 21 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, aux dates indiquées ci-dessous :

23 janvier. — Docteur Lereboullet, agrégé : Les idées actuelles sur la prophylaxie et le traitement de la diphtérie.

30 janvier. — Docteur Champy, agrégé : La sexualité.

6 février. — Professeur P. Duval : La radiographie de la lithiase biliaire.

13 février. — Docteur Léri, agrégé : Le rhumatisme vertébral.

20 février. — Professeur Guillain : L'intoxication par la cocaïne. Les cocaïnomanes.

27 février. — Docteur Chiray, agrégé: Le tubage duodénal.

6 mars. — Professeur Jeannin : Des troubles de la dilatation du col au cours du travail.

13 mars. — Docteur Debré, agrégé : Que doit-on penser aujourd'hui de l'hérédité tuberculeuse?

20 mars. — Docteur Richet, agrégé : L'alimentation dans les maladies infectieuses.

27 mars. — Docteur Lemaître, agrégé : Cinq mois dans l'Amérique du Sud.

3 avril. — Docteur Gougerot, agrégé : Les traitements prophylactiques et abortifs de la syphilis.

Ces conférences sont publiques ; aucune carte n'est exigée à l'entrée.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Paul Truffert, Henri-P. Chatellier, Pierre Winter, Pierre Cornet, commencera le lundi 2 mars 1925, à 14 heures et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 200 francs. — Se faire inscrire, 17, rue du Fer-à-Moulin.

HOTEL-DIEU. — GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. — M. Paul Dalché commencera ses leçons sur les maladies des femmes le mercredi 21 janvier, à 10 heures, et les continuera les mercredis suivants, salle Saint-Charles.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Léon Biérent (d'Hellemmes-Lille), Diot (de Lyon), René Saquet, médecin des asiles d'aliénés, et Leo Testut, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lyon, associé national de l'Académie de médecine, commandeur de la Légion d'honneur.

CORRESPONDANCE

A Monsieur le Directeur de la GAZETTE DES HOPITAUX.

Cher monsieur,

Dans le numéro 93, des 18 et 20 novembre 1924, de votre *Gazette*, il parut une traduction de plusieurs paragraphes tirés de mon article dans *The Archives of Internal Medicine* de juillet 1924, intitulé : « The Relation of Scapular Types to Problems of Human Heredity, Longevity, Morbidity and Adaptability in General ». Les paragraphes 4, 5 et 6 de cette traduction changent complètement la signification du texte anglais, de façon à donner une idée entièrement erronée du but de mes recherches. Voici la traduction correcte de cette partie de mon article :

« L'examen sur des groupes comparables, portant sur le « vivant, sur les cadavres et sur les squelettes dont l'âge « était connu, ont amené une constatation qui jusqu'à pré- « sent n'avait jamais été signalée dans la morphologie des « mammifères : c'est l'*âge incidence* des types d'omoplates. « Ce terme, *âge incidence* veut dire qu'en examinant les « omoplates distribués selon les différents âges depuis la « naissance jusqu'à la vieillesse, on trouve ceux du type « convexe avec une fréquence toujours augmentante, tandis « que les types rectiligne et concave deviennent au contraire « de moins en moins nombreux. »

(Vous remarquerez que je parle ici non pas des siècles parcourus par la race humaine, mais des âges successifs de la vie, dont l'examen montre que les porteurs d'omoplates de type convexe survivent en plus forte proportion que ceux qui possèdent le type scaphoïde.)

Afin de se former une plus juste idée des problèmes nombreux et compliqués qui se présentent au cours de ces recherches on devrait lire le document original. C'est seulement par l'étude presque universelle des problèmes qu'il pose que nous pouvons espérer arriver à de correctes conclusions quant au rôle joué par la constitution humaine en matière d'hérédité, de longévité, de morbidité, et d'adaptibilité en général. Le document original expose les rapports qui existent entre la classification des omoplates et les sujets que je viens d'indiquer. J'espère qu'une traduction de l'article entier paraîtra sous peu en français, afin que mes confrères de langue française soient menés à faire de nombreuses contributions sur ces importantes questions.

Veuillez agréer mes hommages sincères,

WILLIAM W. GRAVES,
Professor, Nervous and Mental Diseases,
St. Louis University School of Medicine.
Saint Louis, Missouri, U. S. A.

ALGIES CRURO-SCIATIQUES

SYMPTOMATIQUES DE FRACTURE MÉCONNUE DU COL FÉMORAL

PAR MM.

H. ROGER, Professeur — J. REBOUL-LACHAUX, Chef de clinique — J. RATHELOT, Interne

à la Clinique neurologique de Marseille.

Le hasard de la loi des séries vient de soumettre à notre observation, dans la même semaine, deux malades se plaignant d'algies du membre inférieur, envoyés l'un pour « sciatique », l'autre pour « troubles névritiques » de la cuisse chez lesquels l'examen détaillé et la radiographie nous permirent de constater une fracture méconnue du col fémoral.

En présence du renouveau d'actualité donné à ce chapitre de la pathologie par le récent rapport d'Imbert et Dujarier au Congrès de chirurgie, nous croyons utile d'insister sur ces deux observations (1) à cause des symptômes atypiques qu'elles présentent, et en particulier à cause des localisations anormales de la douleur qui, se trouvant fort éloignées du foyer de fracture, ont favorisé des erreurs de diagnostic (région externe de la jambe et quart inférieur de la cuisse dans un cas, face externe et antérieure de la partie inférieure de la cuisse dans l'autre).

Observation I. — Pierre P..., agriculteur, âgé de soixante ans, est envoyé de Corse à la clinique neurologique le 24 septembre 1924 pour sciatique gauche rebelle.

Histoire de la maladie. — *Début* il y a cinq à six mois, lent, progressif, sans souvenir d'aucun traumatisme, par une douleur au niveau du *pied et de la face externe de la jambe gauche.* (Le malade est très précis sur ce mode de début.) Peu à peu la douleur est remontée en arrière sur le trajet du sciatique (fesse et face postérieure de la cuisse). Le malade avait continué avec peine ses occupations qu'il a interrompues depuis deux mois, la douleur étant devenue particulièrement vive.

Actuellement, la douleur spontanée est surtout à siège rétrotrochantérien gauche. Elle est continue, présente des paroxysmes dans certains mouvements, avec irradiations dans le creux poplité du côté gauche.

Antécédents personnels. — Aucune atteinte antérieure de sciatique. Rhumatisme chronique polyarticulaire de date ancienne, ayant touché grandes et petites articulations (épaule droite, deux coxo-fémorales, doigts boudinés...).

Pas de maladie infectieuse. Pas de syphilis ni d'éthylisme. Marié deux fois : la première femme a eu quatre grossesses et quatre enfants vivants et bien portants; la deuxième femme, deux grossesses dont un enfant vivant et bien portant, puis un mort-né.

Examen des membres inférieurs. — *Inspection.* — A l'entrée à l'hôpital, œdème bilatéral remontant jusqu'au genou et plus marqué à gauche, masquant en partie une atrophie musculaire du membre gauche prédominant à la cuisse. Cet œdème a disparu rapidement sous l'influence du repos.

Attitude en rotation externe du membre inférieur gauche qui présente un raccourcissement apparent assez important.

Mobilité passive. — Limitation douloureuse de l'adduction et de l'abduction de la cuisse gauche. La flexion de la cuisse sur le bassin, jambe étendue (manœuvre de Lasègue), est possible sans aucune limitation à gauche, où il existe une hypotonie marquée; la manœuvre s'accompagne de grosse crépitation osseuse douloureuse, se passant dans la région coxo-fémorale; à droite, le degré de flexion est normal (voisin de l'angle droit).

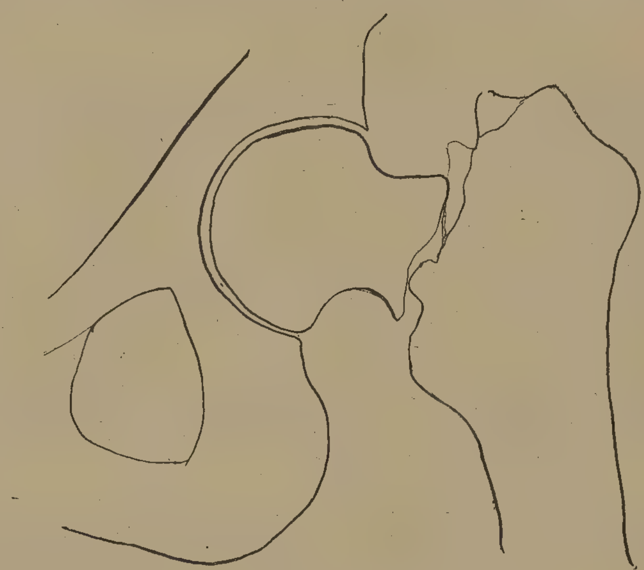
Motricité active. — A droite, normale; à gauche, très diminuée. Le malade ne peut décoller du plan du lit la jambe en extension; il plie la cuisse sur le tronc, jambe fléchie, jusqu'à 45 degrés, mais souffre alors dans la région rétrotrochantérienne gauche. Dans la position gynécologique, il ne peut tenir le membre inférieur gauche; de même il laisse tomber le pied gauche dans la manœuvre de la jambe de Barré.

Démarche : la marche est possible avec une canne. Le malade ne prend pas point d'appui sur la jambe gauche; il escamote le pas du côté douloureux.

La station verticale, yeux fermés, est possible. Pas de Romberg. Oscillations sans chute.

Sensibilité. — Nous avons déjà signalé l'absence de Lasègue gauche. Aucun point de Valleix à droite. A gauche, douleur à la pression de l'épine sciatique et de la région rétrotrochantérienne ; douleur moindre à la pression des masses musculaires de la jambe, sans point péronier spécial. Il y a, par contre, une diminution notable de la sensibilité profonde achilléenne, tibiale et testiculaire (mais celle-ci est égale des deux côtés).

Sensibilité tactile et thermique conservée. Sensibilité de la piqûre diminuée, mais également des deux côtés.



Observation I.

Exploration de la hanche. — Nous avons déjà noté la crépitation osseuse, la limitation de l'adduction et de l'abduction. Il n'y a pas de douleur à la pression ni de déformation de la région inguinale gauche dont le malade ne paraît pas avoir antérieurement souffert. Par contre, la percussion du grand trochanter est nettement douloureuse.

Les mensurations nous montrent une ascension du trochanter de 1 centimètre et un raccourcissement du membre de 2 centimètres.

Radiographies (docteur Dupeyrac). — Fracture du col du fémur gauche de la variété transcervicale, sans pénétration des fragments. Les contours sont nets. Ascension légère du fragment diaphysaire. L'interligne articulaire est flou dans la partie supérieure; il ne se voit plus dans la partie inférieure. Du côté droit, léger flou de la partie supérieure de l'interligne.

Réflexes. — Plantaires, sans réponse des deux côtés. Achilléens et médioplantaires plus vifs à gauche. Rotuliens, existent des deux côtés, sont même vifs. Crémastériens, net à droite, paraît diminué à gauche. Cutanés abdominaux paraissent supprimés des deux côtés.

Membres supérieurs. — Motricité normale des deux côtés. Sensibilité tactile, thermique et douloureuse normale. Pas de douleur à la pression du cubital. Les réflexes bicipitaux, tricipitaux, stylo-radiaux sont égaux et normaux.

Face. — *Yeux.* — Vision diminuée ; pupilles égales, régulières, contractiles; mobilité des globes oculaires normale.

(1) L'un de ces malades et les radiographies de l'autre ont été présentés au Comité médical des Bouches-du-Rhône le 10 octobre 1924.

Pas de paralysie faciale. Ouïe diminuée des deux côtés. Absence totale de dents. Chute progressive ayant débuté il y a plusieurs années.

Liquide céphalo-rachidien clair. Tension 16 au manomètre de Claude. Albumine 0,36 dosée au rachialbuminimètre de Sicard. Cytologie 0,6. B.-W. H⁴H⁴ négatif.

Autres appareils. — *Digestif* et *respiratoire*, bons. *Urines* pas d'albumine ni sucre. — *Circulatoire* : à la base, souffle systolique à propagation dans les vaisseaux du cou; deuxième bruit clangoreux. Surélévation de la crosse aortique perceptible au niveau de la fourchette sternale. Examen radioscopique le 11 octobre : gros cœur avec aorte moyennement dilatée.

Tension artérielle : 17 1/2-10 (au Vaquez).

Obs. II. — Jules P..., ancien officier, quatre-vingts ans.

Histoire de la maladie. — Le 12 mai 1924, P... fait une chute de sa hauteur sur la hanche gauche et n'a pu se relever; garde le lit pendant une vingtaine de jours, souffrant horriblement de la *partie antéro-inférieure de la cuisse avec irradiation à la face externe de la jambe. Aucune douleur à la hanche.*

La famille avait remarqué quinze jours après le traumatisme une ecchymose étendue, très noire, siégeant à la partie antéro-externe de la jambe et la partie inférieure de la cuisse.

Lever au vingtième jour à cause d'une menace de congestion pulmonaire; le malade peut se tenir debout mais avec peine et douleur; peu à peu il se rééduque à la marche avec des béquilles, et actuellement il marche avec une seule béquille sous le bras droit (le malade gaucher dit n'avoir pas de force dans sa main droite).

Dès le début de la marche le pied est remarqué en rotation externe.

Au moment du traumatisme, le médecin avait éliminé la fracture du col, en raison de la mobilité suffisante de la hanche, l'absence de déplacement et l'absence de douleur à ce niveau.

Les douleurs de la partie inférieure de la cuisse persistent, quoique atténuées, malgré des bains de soleil et un traitement électrothérapique. Le malade est adressé à l'un de nous pour *troubles névritiques* en vue de l'indication d'un traitement électrique plus efficace.

Il accuse actuellement, outre l'*absence complète de douleur à la hanche* dans la station debout, une douleur en couture de pantalon depuis le tiers inférieur de la cuisse gauche jusqu'à mi-mollet, ainsi qu'une douleur très vive de la région sus-rotulienne (sensation de tiraillement, rongement, même au repos au lit, s'accentuant par la marche, sans retentissement douloureux à la toux).

Il n'accuse pas de douleur dans l'autre membre.

Antécédents personnels. — Bonne santé générale, sauf bronchite ancienne avec poussées récidivantes de congestion pulmonaire, dont une en 1921 avec état confusionnel et léger subdélire. Pas d'éthylisme, pas de syphilis. Trois enfants dont une atteinte de démence précoce.

Examen le 2 octobre 1924 : Rotation externe du membre inférieur gauche dans le décubitus horizontal. Ascension légère du talon par raccourcissement du membre. Le malade soulève parfaitement sa jambe jusqu'à l'angle droit et peut effectuer tous les mouvements de la cuisse, sauf la rotation interne.

La marche se fait sans déhanchement, le pied en rotation externe.

Passivement : la flexion de la cuisse arrive à l'angle droit. L'adduction et l'abduction sont nettement limitées. La rotation externe est possible, la rotation interne est impossible. L'application complète du talon contre la fesse est impossible.

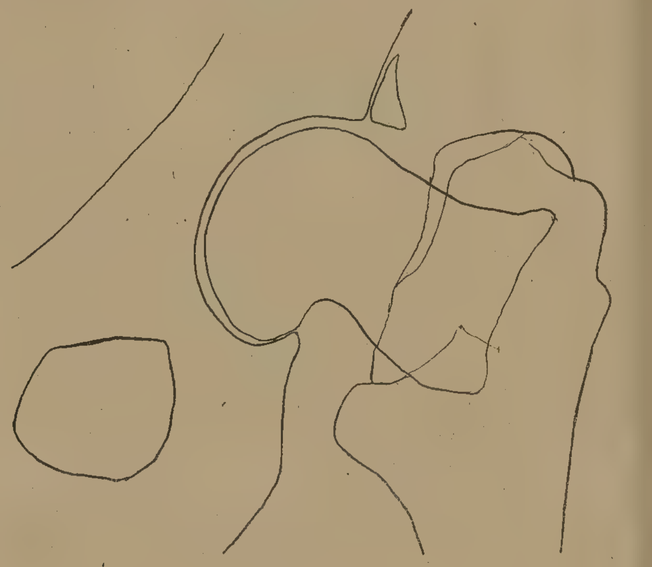
L'atrophie du membre inférieur gauche est de 1 centimètre à la jambe et de 3 centimètres à la cuisse, à 20 centimètres au-dessus de la rotule, sous forme d'*aplatissement du quadriceps*, la partie postérieure du membre étant normale.

Au pli inguinal, pas de tuméfaction, pas de douleur à la palpation profonde.

La percussion du trochanter détermine une légère douleur.

Les *réflexes* rotuliens, achilléens, crémastériens sont normaux.

Sensibilité. — Légère hypoesthésie au tiers inférieur de la face externe de la cuisse et au mollet, remarquée spontanément par le malade, au cours des excitations électriques. Il n'y a pas de douleur aux points sciatiques, pas de Lasègue.



Observation II.

Radiographie de la hanche gauche (docteur Drevon). Fracture du col du fémur de la variété basi-cervicale. Pénétration très marquée des fragments. Fracture parcellaire du sourcil cotyloïdien à sa partie supérieure. Déformation de la tête fémorale par degré marqué de morbus coxæ senilis.

Voici donc deux malades qui, à s'en tenir au terrain purement subjectif, souffrent l'un sur le trajet du sciatique (avec début périphérique de la douleur), l'autre au niveau de son crural et de son musculo-cutané. Ils n'ont éprouvé et n'éprouvent actuellement aucune douleur de la hanche. Or chez eux, l'exploration clinique complète et surtout la radiographie décèlent une fracture du col fémoral, l'une spontanée, l'autre traumatique qui avaient été méconnues jusqu'ici.

L'absence de tout facteur accidentel dans le premier cas, l'impotence peu accusée dans le deuxième cas n'ont point orienté les médecins traitants vers le diagnostic de lésion de la hanche. Cependant une exploration soigneuse de l'articulation du premier malade révélait des craquements. Quant au second, la notion de la marche en rotation externe avait, avant tout examen, fait penser à l'un de nous à une fracture du col et demander une radiographie, avant que le malade ne lui fût présenté. Bon nombre de ces lésions du col ne sont méconnues que parce que l'attention n'est pas attirée sur elles, et que les signes importants ne sont pas recherchés systématiquement.

Ici cependant la *douleur à distance* était un facteur bien fait pour induire en erreur. A notre avis, ces douleurs à distance ne sont pas néanmoins dans nos deux cas de simples épiphénomènes, mais sont véritablement liés à la lésion osseuse.

Les algies localisées au niveau de la partie antéro-inférieure de la cuisse et de la face externe de la jambe dans notre fracture post-traumatique ne peuvent guère s'expliquer par une lésion primitive des nerfs crural et musculo cutané, dont nous ne trouvons pas de signe. L'ecchymose apparue tardivement à la partie inférieure de la cuisse ne peut guère être interprétée que par le cheminement, anormalement lent à travers les interstices muscu-

laires de la cuisse, d'une hémorrhagie due à la fracture elle-même.

Quant à l'algie du sciatique dans notre cas de fracture spontanée (1), son origine pourrait prêter davantage à controverse. Il y a lieu de se demander si ce malade rhumatisant n'a pas fait une sciatique banale, alors qu'il était déjà porteur d'une lésion ancienne et insoupçonnée du col; mais dans les fractures basi-cervicales anciennes la radiographie montre une atrophie, une fonte, un remaniement de la tête fémorale que nous ne trouvons pas ici.

Y aurait-il coïncidence de sciatique banale et de fracture plus ou moins spontanée? Ou même une sciatique ne se serait-elle pas accompagnée ultérieurement de fracture secondaire par atteinte de filets nerveux vasotrophiques se rendant à l'os? Il semble qu'une sciatique assez intense pour entraîner des troubles trophiques aurait aboli le réflexe achilléen, alors que celui-ci paraît un peu vif, comme cela se voit plutôt dans les processus irritatifs du nerf par lésion de voisinage.

L'hypothèse de la névralgie sciatique due à une irritation au niveau de la fesse par fracture spontanée est plus vraisemblable. Nous avons eu l'occasion d'observer ces derniers temps divers cas de sciatique par arthrites coxo-fémorales du vieillard, pour lesquelles on peut invoquer un processus pathogénique analogue.

Les fractures du col peuvent donc dans des cas exceptionnels déterminer des processus irritatifs du crural ou du sciatique, soit directement par déplacement osseux, soit peut-être par l'intermédiaire d'hématomes profonds issus du foyer traumatique qui peuvent englober ou comprimer ces nerfs, soit enfin par arthrite sèche concomitante avec ostéophytes.

Ces douleurs à distance, qui rappellent par certains côtés la douleur du genou de la coxalgie au début (que l'un de nous a retrouvée récemment dans un cas de morbus coxæ senilis), nous paraissent avoir été rarement signalées par les précis ou traités classiques : *Forgue*, *Tanton*, *Jeanbrau*, *Tillaux*, *Rœderer*, ne mentionnent que les localisations inguinale et rétrotrochantérienne habituelles. Il en est de même dans les observations des thèses récentes de *Brahy* (Lyon, 1920) de *Chabagne* (Paris, 1920-1921).

Dans son important ouvrage sur les *Fractures du col* (Paris, 1920) basé sur 128 cas, Basset déclare que la douleur spontanée est des plus variables et des plus infidèles, et que la recherche de la douleur provoquée ne fournit pas de renseignements chez les individus pusillanimes; mais ni à la symptomatologie ni au chapitre du diagnostic différentiel, ni dans ses nombreuses observations, il n'attire l'attention sur des douleurs à distance analogues aux nôtres.

Imbert et Dujarier dans leur rapport au dernier Congrès de chirurgie, consacré uniquement à la question thérapeutique, mentionnent les douleurs persistantes chez les vieillards, sans insister sur leur localisation.

Les seuls cas qui se rapprochent un peu des nôtres, sont ceux de Sicard et Gastaud (*Soc. méd. des hôpit.*, Paris, 7 juillet 1916). Ces auteurs, au cours de fractures spontanées survenues chez des soldats, signalent dans un cas des douleurs dans l'aine, la cuisse, avec irradiations au genou; un autre de leur malade avait été adressé au centre neurologique avec le diagnostic de sciatique.

(1) L'*étiologie* de cette fracture spontanée est assez imprécise : pas d'ostéosarcôme, ni autre lésion osseuse visible à la radiographie, pas d'affection médullaire pouvant entraîner une ostéoarthropathie nerveuse (les troubles réels de la sensibilité profonde ne sont cependant pas suffisants à eux seuls pour faire penser à un tabes même très fruste).

Il s'agit, croyons-nous, d'une fracture spontanée au cours d'un morbus coxæ senilis un peu précoce comme apparition (vers la cinquantaine). Le flou de l'interligne articulaire de la hanche fracturée en est la preuve, ainsi que les autres localisations rhumatismales des extrémités et des racines des membres.

ACTUALITÉS

LES DANGERS DE LA PURGATION

Aucun examen de thérapeutique ne restera aussi longtemps mémorable que celui que subit, au troisième acte du *Malade imaginaire*, le candidat médecin devant vingt-deux docteurs, six apothicaires et dix chirurgiens, assistés de huit porte-seringues.

Clysterium donare,
Postea seignare,
Ensuita purgare.

Tel est le traitement de l'hydropisie, des inflammations pulmonaires, de l'asthme et des grandes fièvres.

Cette thérapeutique, malgré les railleries de Molière, n'était peut-être pas mauvaise au XVIIe siècle. Saint-Simon nous apprend que Louis XIV mangeait « prodigieusement et solidement »; que, lorsqu'on ouvrit le corps du roi, « son estomac surtout étonna et ses boyaux, par leur volume et leur étendue au double de l'ordinaire, d'où lui vint d'être si grand mangeur et si égal ». Beaucoup de malades étaient sans doute, à cette époque, des hypertendus, avec une viscosité sanguine excessive, et il devenait alors très rationnel de les saigner, de les purger.

Lavements, saignées, purgatifs ont connu des périodes d'une magnifique splendeur; à d'autres moments, ils ont été critiqués et quelque peu délaissés. N'est-ce pas ainsi souvent et pour les hommes et pour les choses? Fortune, infortune, fortune; cette devise pourrait être inscrite sur plus d'un vieux logis.

En 1908, Burlureaux prononça un vigoureux réquisitoire contre les purgatifs et proclama que la purgation était un danger social. La question des purgatifs fut discutée à la Société de thérapeutique; Laumonier, Gallois confirmèrent les idées soutenues par Burlureaux. A Nantes, le professeur Mirallié (1) donna son opinion qui se rapprochait beaucoup de celle de Burlureaux : Il ne s'agit pas, écrit Mirallié, d'exclure et de proscrire toujours la purgation; mais, dans l'immense majorité des cas, on peut et on doit s'en passer, car elle est inutile et dangereuse. La purgation doit être déchue du rang exceptionnel qu'elle occupe en thérapeutique; c'est un remède actif qu'on ne saurait employer à la légère; l'avenir lui marquera sa place et son efficacité dans certains cas spéciaux.

Malgré ces avertissements, les médecins continuèrent à purger leurs malades, alors que l'indication d'un purgatif était souvent discutable; les malades conservèrent l'habitude de se purger sans avis médical, sans savoir exactement de quelle affec-

(1) *Gaz. méd. de Nantes*, 19 sept. 1908, p. 756.

tion ils étaient atteints et sans se douter que, souvent, il y avait un réel danger dans l'emploi d'un purgatif.

Il importait donc de mettre, encore une fois, à l'ordre du jour l'étude des purgatifs et d'engager les médecins à réfléchir quelques instants avant de prescrire une purgation. C'est ce que vient de faire l'école lyonnaise; un travail de M. Chatin (1), un article du professeur Pic et de M. Bonnamour (2), la thèse de Bianchi (3), nous rappellent les inconvénients d'une purgation intempestive et nous font connaître les contre-indications de la médication purgative.

MM. Pic et Bonnamour signalent d'abord qu'il ne faut pas oublier que plusieurs purgatifs, surtout les drastiques, sont toxiques. La coloquinte peut amener des vomissements, de la rétention d'urine, des crampes, du hoquet; la gomme-gutte détermine parfois de la dépression vasculaire et nerveuse, le refroidissement des extrémités, voire des syncopes. Or, les drastiques entrent dans la composition d'un certain nombre de spécialités; celles-ci peuvent donc provoquer des accidents. Dans sa thèse récente sur l'abus immodéré des purgatifs, Bianchi relate son auto-observation : Atteint, aux armées, d'embarras gastrique fébrile avec constipation, et ayant un échantillon de certaines pilules purgatives, il en prend une le soir; le lendemain, violentes coliques, vertiges, bourdonnements d'oreilles, puis défaillance complète.

Le calomel peut aussi causer des accidents; sans parler des dangers, que l'on a exagérés d'ailleurs, dus au mélange avec le sel, le calomel a une action puissante sur le foie et l'on a signalé à la suite de l'absorption de calomel, même à doses minimes, des poussées congestives hépatiques (4). Chez l'enfant, la santonine est franchement toxique et peut produire non seulement la coloration rouge des urines et la xanthopsie, mais encore des vomissements, des convulsions épileptiformes, quelquefois même de l'ictère, de l'albuminurie.

On sait que les purgatifs augmentent les mouvements péristaltiques de l'intestin; il s'ensuit que la médication purgative est contre-indiquée dans certaines lésions du tube intestinal. Dans l'appendicite, dans la fièvre typhoïde, une purgation a, plusieurs fois, provoqué la perforation suivie d'une péritonite aiguë; s'il y a occlusion intestinale, une purgation ne fait qu'augmenter les douleurs et les spasmes de l'intestin. La constipation du type spasmodique, qui est d'une fréquence extrême, ne peut être améliorée, au contraire, par une médication excitant le péristaltisme intestinal. Parfois encore, c'est jusqu'à la vésicule biliaire que se propagent les mouvements péristaltiques provoqués par les purgatifs et, si le malade est en poussée de cholécystite, une perforation de la vésicule peut se produire amenant une péritonite généralisée; on en trouve deux observations dans la thèse de Bianchi.

La purgation amène une augmentation des sécrétions intestinales; il faut donc être prudent en administrant une purgation à un malade qui a déjà de la diarrhée. Aussi MM. Pic et Bonnamour s'élèvent-ils contre l'usage des purgatifs dans les entérites et en particulier contre celui de l'huile de ricin dans les diarrhées infantiles; ils ont souvent vu, dans une consultation de nourrissons, des entérites causées et entretenues par l'emploi intempestif de l'huile de ricin. M. Chatin avait signalé, dans son article de mars 1924, que, dans la région lyonnaise, on abuse de l'huile de ricin chez les nourrissons; des médecins la conseillent dans tous les troubles digestifs du nourrisson, qu'il s'agisse de constipation ou de diarrhée; des mères de famille en donnent systématiquement, tous les quinze jours, tous les huit jours, à leurs très jeunes enfants, même alors que ceux-ci sont bien portants. Avec M. Chatin, Pic et Bonnamour protestent « contre cette véritable manie ».

La purgation provoque aussi des troubles de la sensibilité; l'intestin, organe très riche en filets nerveux, se prête rapidement à des réflexes. Une purgation peut donc réagir sur le cerveau, provoquer par exemple, chez un épileptique, l'apparition d'une crise; elle peut, chez les cardiaques, détermine des accidents graves (1) par action réflexe sur le cœur.

La purgation amène encore des troubles de la circulation, la congestion extrême des vaisseaux intestinaux, ayant comme conséquence une anémie périphérique très intense. Aussi voit-on l'administration des drastiques être parfois suivie d'accidents syncopaux par anémie du bulbe.

Par la répétition de tous ces troubles, les purgations fréquentes arrivent à produire de véritables perturbations dans l'absorption et la nutrition. « A force de spolier le sang de plusieurs éléments, l'emploi réitéré des évacuants cause peu à peu des anémies et des cachexies redoutables (Arnozan). » La congestion intestinale ralentit l'absorption du chyme; l'exagération du péristaltisme fait que le chyme progresse très rapidement dans l'intestin; les ferments n'ont plus alors le contact suffisant pour exercer leur action et c'est encore une circonstance défavorable à l'absorption. Les travaux de Gosset et Mestrezat (2) ont aussi prouvé que la purgation provoque une fermeture momentanée du rein, une oligurie de quelques jours, avec diminution générale de l'excrétion et mobilisation insolite d'une quantité anormale de produits azotés mal définis. C'est pourquoi beaucoup de chirurgiens ont renoncé à l'usage, autrefois classique, d'administrer une purgation au malade la veille d'une opération.

Telles sont les remarques très judicieuses et très intéressantes faites par MM. Pic et Bonnamour sur les dangers et les contre-indications des purgatifs. Nous conclurons avec eux qu'il ne s'agit pas de supprimer la purgation de la pratique médicale, que les purgatifs doivent être conservés en thérapeutique, mais seulement comme médication d'exception et dans des circonstances bien définies.

M. BRELET.

(1) CHATIN. De l'abus de l'huile de ricin chez les nourrissons, *Lyon méd.*, 2 mars 1924, p. 265.

(2) A. PIC et S. BONNAMOUR. Des dangers de la purgation; de ses contre-indications, *Bull. gén. de thérapeut.*, oct. 1924, p. 337.

(3) BIANCHI. De l'usage immodéré des purgatifs, *Th. de Lyon*, 1923-1924.

(4) Je ne prescris jamais le calomel comme purgatif en médecine infantile. Plus d'une fois, des parents m'en ont exprimé leur étonnement. Il faut se méfier du calomel; quelques médecins en donnent des doses trop fortes.

(1) Dans mon service de l'hospice Saint-Jacques, où je soigne beaucoup de vieux cardiopathes, je ne donne jamais une purgation avant la cure de digitale ou de digitaline. Cette purgation, recommandée dans les livres de thérapeutique, m'avait toujours paru inutile. La lecture du travail de Pic et Bonnamour m'apprend qu'elle peut même être dangereuse.

(2) *Soc. de biol.*, 17 avril 1920.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 JANVIER 1925)

Sur la nature et les variations de l'aldéhyde contenue dans le sang. — M. René FABRE.

Fluctuations du fer sanguin au cours du scorbut expérimental. — MM. G. MOURIQUAND, A. LEULIER et P. MICHEL.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 DÉCEMBRE 1924)

Ostéosynthèse. — M. DUJARIER critique les conclusions de M. Anselme Schwartz qu'il trouve beaucoup trop sévères. Il insiste sur ce fait qu'il faut apporter une parfaite asepsie et une technique impeccable dans l'ostéosynthèse. M. Dujarier craint que dans les faits apportés par M. Schwartz la technique n'ait pas été bonne. Enfin, dans ces cas, il s'agit de fractures de l'humérus ou du fémur, alors que la discussion devait porter surtout sur les fractures des jambes et de l'avant-bras.

M. Dujarier montre la radiographie de fractures difficiles qui ont été très bien corrigées par l'ostéosynthèse.

M. OMBRÉDANNE ne s'occupera que des fractures chez l'enfant. Il a cherché à déterminer les causes de l'intolérance des pièces métalliques. Selon lui, cette intolérance s'explique par le fait de la croissance des os dans tous les sens. C'est ainsi qu'on trouve les fils métalliques rompus dans le tissu compact, dans le périoste et même dans le canal médullaire. Chez l'enfant les fractures itératives sont assez fréquentes et suivent à longue échéance. M. Ombrédanne a remédié à ces inconvénients en ne recourant qu'à l'ostéosynthèse temporaire. Il indique en détail la technique qu'il emploie. Il a recours à des appareils très simplifiés, se composant de deux vis et d'une tige les unissant.

M. Ombrédanne décrit très complètement la technique qui varie selon les cas et prouve par des constatations anatomiques combien il faut se montrer réservé dans l'emploi des appareils métalliques chez l'enfant. Dans bien des cas, il préfère les greffes osseuses à l'ostéosynthèse.

— Une discussion s'engage sur le choix du métal préférable, à laquelle prennent part MM. Alglave, Cunéo et Wiart.

Radioscopie. — Parmi les présentations, nous signalerons les appareils ingénieux auxquels a eu recours M. TUFFIER : 1° un appareil isolant pour les ovaires permettant de ne diriger l'action des rayons que sur le fibrome seul;

2° Un appareil permettant de voir les images radioscopiques sans qu'il soit nécessaire de faire l'obscurité préalable;

3° Un procédé permettant de rendre visible la vésicule biliaire par injection d'une substance particulière qui s'élimine avec la bile et qui est opaque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 DÉCEMBRE 1924)

Relation entre l'influence des saisons sur la sensibilité de l'organisme à l'intoxication azotée et l'aptitude de cet organisme à transformer les protéines en graisses. — MM. P. MAIGNON et L. JUNG. M. F. MAIGNON avait déjà montré sur des rats blancs nourris exclusivement d'ovalbumine, une influence très marquée des saisons sur la sensibilité de l'organisme à l'intoxication azotée, la survie étant en moyenne de quatre à cinq jours au printemps et à l'automne, tandis qu'elle atteint trois semaines à deux mois en été et en hiver.

Les auteurs ont constaté que les saisons exercent aussi une influence sur l'aptitude de l'organisme à transformer les protéines en graisses; cette transformation étant très diminuée au printemps et à l'automne, au moment des grandes toxicités, tandis qu'elle est importante en été et en hiver.

Discussion. — M. BIERRY conteste les résultats de M. MAIGNON, qui, après une vive controverse, maintient ses conclusions, tandis que M. BIERRY ne trouve rien à changer aux notes qu'il a publiées sur le sujet avec MM. DESGREZ et TERROINE.

De l'influence des radiations lumineuses sur la teneur en calcium d'un organisme normal en voie de croissance. — MM. LESNÉ, TURPIN et ZIZINE ont étudié l'action des irradiations de la lampe de quartz à vapeur de mercure sur le taux global du calcium d'un organisme normal en voie de croissance. De jeunes rats blancs soumis à ces irradiations ont un poids supérieur à celui des témoins élevés en des conditions en tous points semblables (les irradiations exceptées); de plus, l'organisme des premiers renferme une dose de calcium nettement supérieure à celle qui existe chez les seconds. Les irradiations de la lampe de quartz-mercure ont donc une *action eutrophique* manifeste sur le développement d'un organisme normal en voie de croissance et mettent en valeur les variations parallèles de la teneur en Ca total.

Il est permis d'entrevoir les conséquences heureuses de l'emploi de la lumière artificielle dans les grandes villes et dans les régions à luminosité faible sur le développement des nourrissons ; ainsi se trouve réalisé le traitement préventif du rachitisme et de la spasmophilie.

L'action des rayons de Rœntgen sur la sécrétion gastrique du chien. — MM. BROCQ, SOLOMON et OURY ont recherché sur trois chiens porteurs d'une fistule opératoire les modifications de la sécrétion gastrique sous l'influence d'irradiations directes de cet organe.

La diminution de l'acidité gastrique est le phénomène habituellement obtenu après irradiations gastriques du chien. Cependant, le taux de cette chute semble vaaiable suivant la valeur initiale de la sécrétion.

Par ailleurs, des doses vraiment considérables de rayons X semblent indispensables pour obtenir des modifications de la sécrétion gastrique : la sécrétion du chien paraît ainsi beaucoup plus réfractaire aux rayons X que la sécrétion gastrique humaine plus facilement modifiée par de beaucoup plus faibles doses.

A cette différence près de leur sensibilité, ces résultats corroborent ceux que les auteurs ont pu obtenir antérieurement chez l'homme.

Essai de standardisation des résultats du Bordet-Wassermann et du Hecht. — MM. P. GÉRARD et S. MOISSONNIER cherchent à rendre quantitativement comparables les résultats donnés par la méthode de Bordet-Wasseamann et de Hecht. Par l'addition de complément de cobaye au sérum frais, ils arrivent à dévier des doses comparables de complément dans les deux méthodes. De très nombreuses réactions contrôlées par la clinique ont donné de ce fait des résultats logiques ; c'est-à-dire des réactions de Hecht d'une positivité presque constamment supérieure à celle du Bordet-Wassermann.

Les anticorps tuberculeux au cours de la primo-infection du nourrisson. — MM. Robert DEBRÉ et Marcel LELONG ont cherché à voir si la tuberculose acquise du nouveau-né et du nourrisson empêchait la disparition des anticorps transmis par la mère qui, habituellement, ne sont plus décelables après le troisième mois. Ils ont constaté qu'une tuberculose acquise n'empêchait nullement cette disparition et ne modifiait pas la durée de sa persistance dans l'organisme de l'enfant.

Quand la tuberculose acquise apparaît après la disparition de ces antieorps transmis, elle n'est pas suivie immédiatement de l'élaboration d'anticorps nouveaux; ceux-ci ne sont décelables que tardivement, exceptionnellement avant l'âge de dix-huit mois, et seulement en faible quantité.

Sécrétion de la glande de Harder du lapin. — M. MULON et Mlle DUBOC. Cette glande est composée de deux lobes entièrement différents, l'un à sécrétion purement grasse, l'autre grasse et aussi biréfringente, et qui n'ont qu'un seul canal excréteur.

Cellules réticulo-endothéliales et immunité locale. — MM. Katsunuma et K. Sumi. L'injection, à des lapins, de corps étrangers, tels qu'hématies de poules, semble doter les cellules réticulo-endothéliales d'une immunité qui se traduit, lors d'une seconde injection, par une phagocytose active. Cette phagocytose existe encore au cas où l'on utilise comme antigène des hématies de pigeon; mais elle devient très faible quand on utilise des hématies de canard.

Si une semaine après la première injection, on compare hémolyse et hémo-agglutination dans le transsudat du côté injecté, dans le sérum et dans le transsudat du côté témoin, on voit que le pouvoir hémolytique et hémo-agglutinable du sérum est le même ou deux fois plus fort que le transsudat du côté témoin donc que, du côté expérimenté, l'hémolyse et hémo-agglutination sont de 4 à 12 fois plus forte que du côté témoin. Le pouvoir phagocytaire des cellules réticulo-endothéliales semble atteindre son maximum, quand on emploie, comme antigène, de l'encre de Chine ou des matières colloïdales.

Election. — M. Würmser est nommé membre titulaire.

— Société de biologie de Marseille (séance du 23 décembre 1924) :

Technique simple pour l'imprégnation à l'argent des fibres conjonctives. — M. M. Caudière. Les fibres conjonctives sont électivement colorées en noir ou en gris foncé par la technique proposée qui comprend essentiellement les temps suivants : mordançage par une solution faible de tanin ; imprégnation par le liquide de Fontana; réduction au formol ; virage à l'or.

D'exécution plus simple que les techniques classiques d'imprégnation à l'argent, la méthode préconisée a l'avantage de s'appliquer aux coupes à la paraffine collées sur lames et réussit après l'action des fixateurs ordinaires.

Présence du bacille typhique dans le péritoine au cours d'une cholécystite typhoïdique non perforante. — MM. S. Costa et L. Boyer rapportent une observation de fièvre typhoïde, compliquée au deuxième septénaire, par une cholécystite aiguë non perforante. Au cours de la cholécystostomie, qui est suivie de la guérison de l'enfant, des prélèvements aseptiques du liquide vésiculaire et de l'épanchement péritonéal permettent, par l'ensemencement, d'obtenir, dans les deux cas, du bacille typhique à l'état pur.

Infection péritonéale par propagation ou localisation septicémique? Impossible de répondre.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1924)

Kyste osseux de l'humérus. — MM. Rœderer et Fauconnet présentent l'observation d'un enfant de vingt-six mois qui s'est fracturé trois fois l'humérus gauche au niveau d'un kyste osseux. Le traitement conservateur ne paraît donc pas suffisant pour la guérison définitive : il faut recourir à la greffe, en particulier par la méthode Delagénière.

Sarcome du cou. — M. V. Pauchet présente une enfant de quatre ans et demi opérée à quatre mois d'un sarcome du cou. Exérèse combinée au radium. Pas de récidive.

Colectomie pour tuberculose du côlon gauche. — M. V. Pauchet présente la pièce opératoire. Guérison.

Traitement de la colite ulcéreuse par la méthode d'Einhorn. — M. R. Gaultier en exposant cette méthode qui a donné d'excellents résultats aux Etats-Unis, insiste sur les avantages de cette technique qui supprime le temps opératoire des appendicectomies, des cæcostomies ou des colostomies auxquelles elle peut suppléer. Très facile. Très bien supportée. L'auteur présente une malade qui a gardé le tube onze jours : instillation chaque jour de 250 à 300 centimètres cubes d'une solution de carbonate de chaux à 0,50 p. 1000, d'où régularité des selles et disparition du sang dans celles-ci. Présentation de photographies très intéressantes.

Extraction cérébrale d'une balle de revolver. — M. Bourguet présente un blessé guéri auquel il a extrait une balle de revolver logée dans la corne temporale du ventricule moyen par une incision passant par le centre auditif.

Appareil pour l'anesthésie. — M. Dupuy de Frénelle estime que diminuer l'emploi du chloroforme et de l'éther diminue proportionnellement le risque opératoire. Le chlorure d'éthyle donné goutte à goutte est actuellement l'anesthésique le moins dangereux. Il présente un masque très ingénieux pour l'administration du chlorure d'éthyle goutte à goutte et en montre le fonctionnement.

Nouveau cas de consolidation d'une fracture du col du fémur par les procédés non sanglants. — MM. Cayla et Judet montrent sur une série de projections comment traiter les fractures extracapsulaires du col du fémur par un plâtre de précision construit sur une table spéciale permettant la traction mécanique et le contrôle des rayons X.

(SÉANCE DU 27 DÉCEMBRE 1924)

Les médications par le choc et par les méthodes biologiques. — M. Deschamp a guéri par des injections de lait une femme atteinte de furonculose et d'excitation maniaque; il a eu de bons résultats avec l'os colloïdal, le nucléinate de soude, l'abcès thérébenthiné. Les méthodes biologiques lui ont donné également des résultats satisfaisants.

Quelques causes de céphalée frontale. — M. Maurice, sur une série de projections, montre l'état de la zone moyenne du nez chez des gens à respiration normale souffrant de céphalées rebelles. Il s'agit soit de compression du cornet moyen, soit d'hypertrophie de ce cornet, de dilatation de la bulle ethmoïdale, de polypes ou d'obstruction de l'infundibulum. Le diagnostic est parfois délicat.

Le métabolisme basal dans l'hypo-alimentation. — MM. Marcel Labbé et Stévenin montrent, avec dix observations à l'appui, qu'une alimentation insuffisante (par anorexie mentale, troubles digestifs) détermine une diminution du métabolisme basal. Les résultats que fournit cet examen donnent des indications intéressantes pour le diagnostic des états d'amaigrissement.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 19 DÉCEMBRE 1924)

A propos de la lithiase du cholédoque. — M. Pauchet résume son expérience sur la chirurgie du cholédoque en insistant sur les deux points suivants :

I. *Comment améliorer le pronostic chez les « jaunes ».*

II. *Comment poser le pronostic pré-opératoire.* — Quels sont les éléments d'un pronostic grave?

Le pouls. S'il dépasse 80 et surtout atteint 100, pronostic grave.

Hypertrophie et surtout dureté du foie.

Urines rares.

Aspect vert ou bronzé.

Hémorragies faciles.

Quand, après l'opération, le tube de Kehr ne donne pas de bile ou si la bile sort blanche. Quand la bile jaune s'écoule immédiatement, le pronostic est bon.

M. Dartigues présente **un cas de rupture traumatique du tendon extenseur du médius au niveau de l'articulation phalangino-phalangettienne avec ouverture de l'articulation.**

Occlusion intestinale avec réaction péritonéale à la suite de l'appendicectomie. — MM. A. Huguier et J. Lanos ont eu l'occasion d'observer récemment deux cas d'occlusion intestinale après appendicectomie.

Dans le premier cas : crise d'appendicite grave deux mois plus tôt. Appendicectomie difficile (appendice en position pelvienne). Drain et mèches.

Au dixième jour après l'opération : syndrome d'occlusion aiguë avec état général très rapidement inquiétant. On fait d'urgence une fistule cæcale. Mais celle-ci s'agrandit spontanément : toutes les matières y passent et l'anus cæcal devient le siège d'un prolapsus très marqué.

Pour remédier à cet anus on fait dans un premier temps l'exclusion bilatérale avec anastomose latéro-latérale de l'iléon au côlon ascendant. Dans un second temps l'extirpation de l'anse exclue.

La malade est actuellement parfaitement guérie.

Dans la seconde observation : appendicectomie pour appendicite chronique. Le neuvième jour, signes d'occlusion aiguë. On intervient par laparotomie médiane et on trouve : 1° une bride épiploïque croisant le cæcum et s'implantant dans la fosse iliaque; 2° tout l'épiploon enflammé; 3° le cul-de-sac de Douglas rempli de liquide. On se contente — l'intestin étant peu dilaté — de sectionner la bride et de drainer le Douglas par un Mickuliez. Guérison.

Kyste hydatique suppuré du bassin. — M. PETIT DE LA VILLÉON présente un opéré pour kyste hydatique suppuré du bassin qui avait émigré vers le périnée, au point d'avoir simulé un kyste hydatique de la fosse ischio-rectale. En réalité il était situé au-dessus du releveur qu'il avait perforé.

Résection iléo-colique pour occlusion intestinale aiguë. — M. P. SÉJOURNET (*Rapport de* M. G. LÉO). L'auteur a été amené à pratiquer les opérations suivantes : 1° extériorisation du cæcum et de l'iléon voisin; 2° dérivation externe par fistule sur le grêle extériorisé; 3° résection du cæcum extériorisé; 4° dérivation interne par anastomose iléo-transverse; 5° hémicolectomie droite et exérèse de l'anse grêle fistulisée.

Fractures frustes de la colonne vertébrale. — M. JUDET rapporte l'observation d'une cyphose progressive et douloureuse, chez un homme de trente ans renversé par une automobile. L'examen radiographique, de profil, montra un tassement très marqué de la première et de la deuxième vertèbres lombaires, de telle sorte que le rachis présentait une inflexion brusque, un angle à ouverture antérieure et à sommet postérieur. Absence de tout symptôme médullaire.

Traitement : redressement de la colonne vertébrale sous anesthésie générale, immobilisation en lordose pendant quarante jours au moyen d'un corset plâtré. Ensuite, port pendant quatre mois d'un corset en cuir moulé avec marche permise. Guérison complète.

Dans un deuxième cas très voisin, le tassement portait seulement sur la première vertèbre lombaire : la guérison fut obtenue par un mois de repos au lit et par le port d'un corset de soutien pendant quatre mois.

Dans une autre catégorie de faits rapportés par l'auteur, le traumatisme vertébral a produit un tableau pseudo-pottique.

Tuberculose hypertrophique caséeuse des annexes chez une femme obèse. — M. HUGUIER. Femme de quarante-quatre ans, obèse (110 kilogs avant la maladie actuelle), a eu six enfants, dont l'un mort à un an de méningite. Début de la maladie actuelle : avril 1923, caractérisée uniquement par fièvre à grandes oscillations, aucune douleur; n'interrompt pas ses occupations. Aucun symptôme pulmonaire. Amaigrissement de 45 kilogs.

Examen le 10 octobre 1923 : dans la partie inférieure et gauche du ventre, tuméfaction légèrement douloureuse et mate. Par le toucher on sent à gauche le pôle inférieur de la masse qui repousse le col et le déborde en avant; corps impossible à délimiter et absolument fixé. Diagnostic : suppuration subaiguë d'origine annexielle gauche.

La malade est mise au repos absolu et à la glace pendant un mois. Aucune modification locale, persistance de la fièvre.

Opération le 2 novembre 1923. Laparotomie médiane sous-ombilicale. L'épiploon, le grêle et le gros intestin, adhérents à la vessie, cachent la masse indurée qu'on arrive à isoler progressivement des tissus voisins. La vaste cavité qui est créée, profonde et anfractueuse, où l'on ne distingue ni rectum, ni utérus, est tamponnée par un sac de Mickulicz.

Fistule stercorale après l'ablation du sac, qui ne tarde pas à devenir uniquement purulente et qui se ferme complètement au bout de onze mois. Guérison complète, a retrouvé son embompoint antérieur.

La masse enlevée, qui avait le volume d'une grosse orange, apparaissait, à la coupe, farcie de noyaux caséeux, gros comme des cerises, ramollis ou purulents. Diagnostic histologique : tuberculose fibro-caséeuse.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

ÉTUDE SUR L'IODOBISMUTHATE DE QUININE " QUINBY " (1)

Par le docteur Henri ORHA,
Assistant à la Clinique dermato-syphiligraphique du professeur SAMBERGER (de Prague).

Après avoir rapidement passé en revue la question du traitement de la syphilis par le bismuth, depuis son introduction dans la thérapeutique, l'auteur envisage les avantages et les inconvénients de ce nouveau traitement. En dehors de ses observations personnelles, il fait état du travail de MM. Hudelo et Rabut (*Presse méd.*, 9 avril 1924), et conclut comme ces auteurs, à savoir que les inconvénients sont bien plus des incidents que des accidents.

« L'industrie, française et allemande, donne le jour à de nombreuses préparations, mais ce sont toujours à peu près les mêmes produits qui circulent sous des noms divers. De ceux-ci, resteront seuls ceux qui reposent sur une base sérieuse et qui marquent un progrès, non seulement dans l'activité thérapeutique, mais encore dans l'abaissement de la toxicité et dans l'absence d'inconvénients. Au premier rang de ces produits vient incontestablement le « Quinby ».

L'auteur résume ensuite toute son expérimentation dans les divers stades de la syphilis. Il a obtenu la cicatrisation des chancres, en moyenne, après cinq injections, des plaques muqueuses et de la roséole après trois, des ulcérations gommeuses après cinq. Seules les syphilides papuleuses sont un peu plus tenaces et exigent de six à dix injections pour s'affaisser et disparaître. Il a eu également l'occasion de traiter un cas de syphilis héréditaire tardive avec plein succès, après échec d'un traitement arsenical.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : Le « Quinby » est la préparation bismuthique qui correspond le mieux aux exigences de la thérapeutique actuelle. Exerçant une influence des plus favorables sur les manifestations syphilitiques ainsi que sur la réaction de Bordet-Wassermann, il a le grand avantage d'être parfaitement toléré localement et de n'exercer aucune influence fâcheuse sur l'état général. Il peut également être associé aux arsénicaux. Dans ce cas, l'auteur recommande de diminuer les doses d'arsenic (pour une série : 3gr50 d'arséno-benzène et 3gr60 de « Quinby ») et de faire des injections intercalaires.

REVUE DES THÈSES

Cancer de la vessie et mésothorium (2),
par le docteur L. VIDOUZE.

Dans ce travail, inspiré par les expérimentations de M. le professeur Legueu, à la Clinique des maladies des voies urinaires de l'hôpital Necker et qui ont été publiées dans le *Journal d'urologie médicale et chirurgicale* d'août 1924, l'auteur, après une courte étude sur le mésothorium montre les résultats intéressants obtenus dans le traitement des tumeurs de la vessie par l'emploi du mésothorium.

Les traitements classiques du cancer vésical sont successivement passés en revue : cystectomie partielle, cystectomie totale, haute fréquence, radium, radiothérapie; aucun n'a donné jusqu'à ce jour des résultats suffisamment constants et stables pour qu'il n'y ait pas lieu de rechercher de nouvelles méthodes thérapeutiques.

(1) Paru dans *Ceska-Dermatologie*, R. V. S., 10, 1924.
(2) *Th. de Toulouse*, 1924.

Après une rapide étude théorique sur le mésothorium, ses propriétés physiques, chimiques et thérapeutiques, M. Vidouze présente vingt-deux observations de tumeurs inopérables traitées avec succès par le mésothorium.

C'est à la concentration C (2 microgrammes par centimètre cube) de mésothorium Buisson que l'auteur a eu recours, soit en injections intraveineuses (1 à 2 centimètres cubes) de préférence, soit en injections intramusculaires (1 à 5 centimètres cubes) ou paravésicales (2 à 5 centimètres cubes).

La concentration B (1 microgramme par centimètre cube) primitivement utilisée ne lui a pas paru donner des résultats aussi marqués et aussi rapides.

Les injections intraveineuses doivent être considérées comme la base du traitement.

Les injections intramusculaires, d'ailleurs indolores, ne devant être pratiquées que chez les malades ayant des veines trop petites pour pouvoir être ponctionnées une, deux ou trois fois par semaine pendant des mois; il semble cependant que les injections intramusculaires peuvent être employées chez les malades dans l'impossibilité de se rendre deux fois par semaine chez le médecin, mais à forte dose, au moins 5 centimètres cubes de mésothorium C.

En plus de ce traitement de fond, les injections paravésicales ne paraissent pas inutiles et sont pratiquées de la façon suivante :

Le malade étant en position renversée, on enfonce une aiguille à ponction lombaire juste au-dessus du pubis, à droite ou à gauche de la ligne médiane suivant la position de la tumeur, on relève l'aiguille et on l'enfonce doucement en suivant la partie interne du pubis jusque dans la cavité de Retzius. où l'on injecte lentement la dose voulue.

Pour faciliter l'élimination des sphacèles, on a pratiqué des séances d'électrocoagulation et d'étincelage.

Résultats : Les résultats thérapeutiques se sont traduits par :

La disparition des tumeurs sessiles mais proéminentes;

La réduction sous des volumes variant d'un pois à une noix des tumeurs infiltrées et des tumeurs sessiles peu proéminentes;

La disparition des douleurs;

La cessation des hématuries et la clarification des urines, même lorsque celles-ci étaient purulentes;

La disparition fréquente, l'amélioration constante de la pollakiurie;

Le retour à un bon état général permettant le travail à des malades qui vivaient sans forces depuis quelquefois plus de deux ans.

L'auteur insiste d'ailleurs particulièrement sur ce dernier point et note dès les premières injections un retour à l'appétit, une activité physique plus grande qu'accompagnent bientôt une amélioration marquée du moral affaissé de ces malades.

La durée du traitement a été variable : quelques semaines dans les cas les plus favorables; trois à quatre mois dans les cas rebelles.

Les quantités de mésothorium injecté ont varié de 40 à 50 microgrammes en moyenne.

Les résultats obtenus par M. Vidouze après MM. les professeurs Legueu, Marsan et Flandrin sont suffisamment significatifs pour qu'il soit intéressant de continuer sur une grande échelle les expériences commencées sous d'aussi bons auspices.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1923-1924

Doctorat en médecine. (*Diplôme d'Etat.*) — 6. BARON. — L'épreuve de la phénolsulfonephtaléine en injections intraveineuses comparée à la constante d'Ambard dans l'exploration du rein.

22. BASTIN. — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique des complications de la grossesse tubaire.

39. BERTIN. — Répercussions cutanées d'origine dentaire.

11. BOULAN. — Contribution à l'étude des sarcomes de la conjonctive oculaire. A propos d'une observation de périthéliome.

2. BOULANGER. — Le ptosis tardif familial.

32. CAMBIER. — De l'intervention par voie abdominale dans le traitement du placenta prævia hémorragique.

44. CARRÉ. — L'anesthésie au protoxyde d'azote et le rôle réciproque de l'oxygène, du gaz carbonique et du protoxyde dans cette anesthésie.

25. CHANTELU. — Contribution à l'étude de la digibaïne (association digitaline-ouabaïne).

10. CHRISTELLE. — Sur des cas de poliomyélite antérieure aiguë probables chez l'adulte.

34. DELANNOY. — De l'énucléation totale du semi-lunaire.

4. DELOOSE. — Les psychoses alcooliques dans le Nord.

40. DERACHE. — Le traitement de l'épilepsie par une nouvelle association médicamenteuse.

26. DEREU. — Contribution à l'étude de l'invagination intestinale chez le nourrisson et chez l'enfant.

1. DERÔME. — Contribution à l'étude des intoxications par l'oxyde de carbone.

33. DOBY. — Contribution à l'étude de la syphilis gastrique.

3. DOUTRELLOT. — Contribution à l'étude de l'ectopie splénique.

31. DUCELLIER. — Le diabète insipide d'origine traumatique; à propos d'un cas fruste et tardif.

24. DUFRESNOY. — Contribution à l'étude de l'hérédité directe dans le diabète sucré.

37. GERNEZ. — Inoculation cutanée et défense de l'organisme. L'intradermoréaction et l'intradermoinoculation.

14. GRÉSELLE. — La paralysie masticatrice, séquelle rare de l'encéphalite épidémique.

9. HILLAIRET. — Etude historique de la responabilité médicale. Etat actuel de la question au point de vue civil.

5. HUART. — La somnolence lucide dans les hémorragies méningées.

36. ISBECQUE. — Contribution à l'étude du diagnostic du parasitisme intestinal (ascaridiose et trichocéphalose).

41. JUQUELIER. — Les anastomoses iléo-coliques. Procédé valvulaire du professeur Lambret.

12. LAMBLIN. — La dermatose précancéreuse de Bowden. Dyskératose lenticulaire et en disques.

19. LAURETTE. — L'insuline.

16. LEFEBVRE (André). — Anus iliaque obturable selon la technique de M. le professeur Lambret.

27. LEFEBVRE (Gaston). — La scopolamine-morphine associée à l'anesthésie locale en chirurgie gastrique.

18. LENGRAND. — Sur un cas de goitre exophtalmique chez un enfant, d'origine héréditaire, à terminaison fatale.

15. LEPOUTRE. — Les synalgies dentaires.

20. LEPRÊTRE. — De la vaccinothérapie dans les catarrhes bronchiques.

30. LEVIEZ. — Le traitement de l'hyperthermie typhique chez l'enfant par la cryogénine.

21. LHERBIER. — La grossesse tubaire sus et anté-utérine.

29. LIÉVIN. — De l'examen de rhino-pharynx à l'école.

45. MOREL. — Sur la persistance dans l'œdème de l'architecture lamelleuse du tissu conjonctif.

8. NAYRAC. — Essai sur la démence paranoïde.

28. NUYTS. — L'anesthésie en chirurgie gastrique. L'anesthésie locale, son influence sur la pression artérielle.

43. POIROT. — La diathermie et les pleurites douloureuses.

17. PRUVOST. — Les rechutes dans la méningite cérébrospinale épidémique.

42. RAZEMON. — Complications pulmonaires après interventions sur l'estomac, recherches pathogéniques; prévention par vaccination anti-enterococcique.

35. ROUZÉ. — Quelques applications de para-aminobenzoate de butyle normal (scuroforme) en solution dans l'huile d'amandes douces dans la pathologie de l'appareil digestif (rétrécissements de l'œsophage, rectoscopie).

7. SELOSSE. — Séquelles d'encéphalite épidémique observée à Lille.

23. VERHAEGHE. — Contribution à l'étude du phlegmon de l'orbite chez l'enfant.

38. WASSON. — Le rôle des dispensaires dans la lutte antisyphilitique.

13. WATERLOT. — Contribution à l'étude de l'épispodias féminin et de son traitement chirurgical.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

ZONA OPHTALMIQUE[1]

COMPLICATIONS

Dominent le pronostic immédiat.

Accidents oculaires (zona oculaire de Rollet) sont les plus importants.

CONJONCTIVITE. — La plus simple des lésions oculaires se traduit par la rougeur, la tuméfaction de la conjonctive avec parfois véritable chemosis et larmoiement intense.

KÉRATITE. — Est une complication grave, l'atteinte de la cornée est surtout à redouter dans le zona du nasal interne (loi d'Hutchinson).

Ce sont des lésions de kératite interstitielle ou parenchymateuse, marquée au stade de début par un cercle d'injection périkératique, puis par l'apparition de vésicules qui s'ouvrent rapidement, donnant des exulcérations, surtout au centre de la cornée. Le réflexe cornéen est aboli.

Il existe de la photophobie, de la gêne de la vision, du blépharospasme et un larmoiement intense.

Cette kératite peut guérir laissant quelques taies, plus rarement des leucomes.

Quelquefois kératites graves purulentes avec perte de l'œil.

IRITIS. — Est plus rare, tantôt légère, tantôt sérieuse, pouvant déterminer des synéchies postérieures et des déformations permanentes de la pupille.

LÉSIONS RÉTINIENNES, NÉVRITE OPTIQUE déterminant de l'amblyopie ne sont pas fréquentes.

Paralysies. — Sont plus fréquentes ici que dans les autres localisations zostériennes, surviennent généralement quatre ou cinq jours après l'éruption.

PARALYSIES OCULAIRES. — Le pathétique, le moteur oculaire externe sont exceptionnellement atteints.

Les paralysies du moteur oculaire commun sont les moins rares, surtout paralysie partielle : ptosis, strabisme.

Parfois paralysie de l'accommodation et mydriase paralytique.

PARALYSIE FACIALE. — Est assez fréquente dans le zona ophtalmique, peut être totale ou limitée au facial inférieur, elle survient en général tardivement; sa durée est variable, mais elle est le plus souvent curable.

Méningite zonateuse. — La réaction méningée latente peut, dans certains cas, se traduire par des symptômes cliniques (Chauffard), nausées, vomissements, céphalée, raideur de la nuque et parfois bradycardie.

FORMES CLINIQUES

Suivant localisation. — Zona localisé à une des branches de l'ophtalmique : frontal, lacrymal ou nasal.

Zona étendu à tout le territoire du trijumeau.

Zona ophtalmique associé à d'autres zonas céphaliques.

Zonas doubles ont été signalés, mais peut-être conviendrait-il d'en séparer certaines éruptions douteuses.

Suivant aspect. — Zona hémorragique :
Dans formes graves, surtout chez les vieillards.
Eruption teinte rouge foncée, noirâtre.
Zona gangréneux :
Forme plus grave encore, indique altération profonde de l'état général.

Suivant l'âge. — Zona du vieillard :
Caractérisé par l'intensité et la persistance des douleurs.
Zona de l'enfant :
Forme fruste peu douloureuse.

Zonas frustes. — Eruption discrète, peut passer inaperçue, parfois se manifestent seulement par douleurs intenses.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 4, p. 63.

PRONOSTIC

Dépend de l'âge, de l'état de santé antérieur, des complications oculaires.

DIAGNOSTIC

Basé sur douleurs initiales et signes généraux, caractère érythémato-vésiculaire de l'éruption. Topographie et unilatéralité. Adénite précoce. Réaction liquide céphalo-rachidien et cicatrices.

Diagnostic différentiel. — Avec érysipèle de la face, surtout érysipèle phlycténulaire, mais intensité des douleurs dans le zona,
l'anesthésie cutanée,
les signes généraux moins marqués,
l'apparition des vésicules,
sont des éléments importants du diagnostic
avec eczéma subrum,
urticaire,
péridacryocystite,
syphilides zostériformes.

Surtout diagnostic avec **éruptions zostériformes** ou zonas symptomatiques, mais
pas de fièvre,
pas d'hyperleucocytose sanguine,
pas d'adénopathie primitive,
pas de stigmates cicatriciels,
récidives fréquentes.

Enfin, surviennent au cours d'affections du système nerveux ou d'infections dont il faudra rechercher les signes.

Diagnostic avec **herpès névralgique de la cornée** et **herpès fébrile de la cornée.**

L'anesthésie cornéenne est spéciale au zona vrai.

Diagnostic avec la **kératite neuro-paralytique.** Marche torpide sans douleurs, ni larmoiement, ni éruption cutanée. Pas de rougeur périkératique.

Dans le cas de zona fruste, avec douleurs névralgiques intenses, penser au zona, au besoin faire ponction lombaire.

S'il existe une paralysie faciale :
Faire le diagnostic étiologique.
Penser à rechercher le zona de Ramsay-Hunt.

TRAITEMENT

Local : soins de propreté, topiques aussi peu irritants que possible.

Contre les douleurs : calmants, antipyrine, aspirine.

Contre les séquelles douloureuses : essayer l'électrothérapie, la radiothérapie.

Sicard et Robineau ont conseillé la radicotomie gassérienne par arrachement, mais les résultats semblent peu favorables.

Bibliographie. — MORAX. *Précis d'ophtalmologie.* — ACHARD. Le zona ophtalmique, *Paris méd.*, 1924, n° 13. — ROLLET. Zona ophtalmique et zona oculaire, *Journ. de méd.*, Lyon, avril 1920. — ROGER. Le zona, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 17 fév. 1923.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Ordre des médecins et le code de déontologie médicale. Conférence faite à la Société des amis de Laënnec le 20 octobre 1923, par le docteur J. OKINCZYC. Une brochure in-8 1924. — Paris, A. Maloine et fils.

La Psychiatrie en clientèle, par CHARON. Comment guérir? Bibliothèque des praticiens. In-8 1924. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Les Principes de la vie, par E. GILLARD (Du Yen Thé). In-8 1924. — Prix : 10 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — EXAMEN PRÉPARATOIRE. — *Médecine.* — Nous avons donné dans notre dernier numéro la composition du jury et le nom des candidats de la section de médecine.

La composition écrite a eu lieu le 19 janvier. Les questions données ont été les suivantes : « Les pneumothorax. — Les mélanodermies. »

Chirurgie. — Jury : MM. Gosset, Forgues (de Montpellier), Gauthier (de Lille).
Candidats : MM. Dufourmentel, Fey, Lorin, Plantey, Quénu, Richard, Sabadini, Tourneix, Wanlande, Wilmoth.

Obstétrique. — Jury : MM. Jeannin, Commandeur (de Lyon) et Fruhinsholz (de Nancy).
Candidats : MM. Pareux, Portes.

Ces deux concours se sont ouverts le 21 janvier. Commenceront ensuite le 23 janvier les concours de :

Chimie. — Jury : MM. Hugounenq, Desgrez, Derrien.
Candidat : M. Sannié.

Physique. — Jury : MM. Broca (A.), Strohl, Marie.
Candidat : M. Malassez.

Histologie. — Candidat : M. Millot.

Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Candidats : MM. Hauduroy, Larousse, Lavier.

HOPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Un concours est ouvert pour la nomination d'un interne titulaire et de quatre internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours qui comporte une épreuve écrite et une épreuve orale aura lieu le jeudi 19 février 1925, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital huit jours au moins avant la date fixée pour le concours.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — MM. Charrier et Loubat, chirurgiens des hôpitaux, sont proposés pour être délégués dans les fonctions d'agrégé.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — Le *Journal officiel* du 21 janvier 1925 publie un arrêté réglant la composition et le fonctionnement du Conseil de perfectionnement et du Conseil d'administration de l'Office national d'hygiène sociale.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — PRIX DÉCERNÉS POUR 1924. — Le *prix Laborie* est décerné à M. Jean Madier ; le *prix Marjolin-Duval*, à M. Pierre Violet; la *médaille de Lannelongue*, à M. Crile (de Cleveland).

Ve CONGRÈS DES VILLES D'EAUX, BAINS DE MER ET STATIONS CLIMATIQUES. — Ce Congrès se tiendra à Paris du 2 au 4 avril prochain. M. le Président de la République française a bien voulu lui accorder son haut patronage et l'Office national du tourisme lui a alloué pour sa préparation une subvention importante.

Le bureau du Congrès est ainsi composé :

Président général : docteur Georges Baudouin, président de la Commission exécutive; chargé de cours à l'Institut d'hydrologie; vice-président de l'Association internationale de thalassothérapie.

Secrétaire général : docteur Victor Gardette, vice-président de la Société d'hydrologie de Paris, directeur de la *Presse thermale et climatique*.

Trésorier : M. Vermeylen, directeur de la Société fermière des eaux minérales du Mont-Dore.

Pour ses séances de travail le Congrès sera divisé en trois sections :

PREMIÈRE SECTION. — *Stations thermales.* — Président : M. Baugnies, administrateur-délégué des eaux minérales de Vichy.

DEUXIÈME SECTION. — *Bains de mer et stations climatiques.* — Président : M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut.

TROISIÈME SECTION. — *Industries saisonnières.* — Président : docteur Durand-Fardel, président du Syndicat général des médecins des stations balnéaires et sanitaires de France.

Cinq rapports seront présentés à ce Congrès. Pour leur étude, il a été jugé bon de constituer une commission chargée d'étudier sous tous ses aspects chacune des questions qui devront faire l'objet d'un rapport.

Voici les questions à l'ordre du jour avec la composition des différentes commissions d'études :

1° « Nécessité d'une législation spéciale pour les stations thermales et climatique. Autonomie des chambres d'industrie ». — Commission : MM. Normand, Rouzaud, Jean Bouloumié, Durand-Fardel, docteurs Cany, Flurin, Nivière, Gomma, Brousse, Me Maillard.

2° « Organisation générale des voyages d'études aux stations (V. E. M. — Voyages d'étudiants. — Voyages de médecins étrangers) ». — Commission : M. Maurice Bernard, le professeur agrégé Rathery, les docteurs Lelong, Blanc, Duchesne, Liacre.

3° « Organisation du Crédit thermal ». — Commission : MM. Baugnies, Vermeylen, Lequime, Melays, docteur Molinery.

4° « Organisation des stations climatiques ». — Commission : professeur Bordas, docteurs Victor Gardette, Goudard, Baudouin, MM. Recoussine, Besson.

5° « La protection des sources ». — Commission : M. Toubeau.

D'autres communications pourront être apportées au Congrès, mais elles devront, au préalable, avoir été soumises au bureau et avoir reçu son approbation.

Le prix de l'inscription au Congrès est de 20 fr. pour les membres titulaires et de 10 fr. pour les membres adhérents.

Les comptes rendus du Congrès seront publiés en un volume qui sera remis à tous ceux qui auront versé à cet effet une souscription spéciale de 30 francs.

On peut s'inscrire dès à présent en écrivant au secrétaire général, le docteur Victor Gardette, 3, rue Alexandre-de-Humboldt (Paris-XIVe), ou au trésorier, M. Vermeylen, directeur de la Compagnie fermière des eaux du Mont-Dore, 19, rue Auber (Paris-IXe).

Le montant des diverses souscriptions peut être versé au compte de chèques postaux du trésorier (n° 719.54. Paris).

VOYAGES MÉDICAUX AU MAROC. — Nous avons annoncé dans un de nos précédents numéros que la Compagnie générale transatlantique avait décidé d'organiser un nouveau voyage médical au Maroc, et nous avons donné le programme de ce voyage qui doit débuter le 18 avril à Marseille pour se terminer le 14 mai à Bordeaux.

On nous prie d'informer nos lecteurs qu'un autre voyage à itinéraire identique mais en sens inverse, c'est-à-dire avec embarquement à Bordeaux et retour par Marseille aura lieu du *30 mars au 24 avril*.

Le prix de ce voyage, qui est normalement de 6.700 francs, sera réduit pour les médecins qui voudront bien y prendre part à *quatre mille huit cents francs* par personne.

Il comprend les traversées aller et retour en excellente installation de 1re classe. Le transport entre Alger et Casablanca en excellents cars contenant seulement dix places et munis de sièges tournants Pulman. Le séjour dans les hôtels en Afrique du Nord pendant toute la durée du voyage (boisson aux repas non comprise). Les services d'un commissaire-guide des auto-circuits. La visite des villes et de leurs curiosités. Les pourboires à bord et dans les hôtels.

Ces voyages ne seront définitivement organisés que lorsque dix inscriptions auront été reçues.

Les adhésions de principe doivent être envoyées sans retard à M. l'administrateur de *La Presse thermale et climatique*, 3, rue Alexandre-de-Humboldt (Paris XIVe).

Dès que dix inscriptions auront été enregistrées, les intéressés seront prévenus que leur adhésion devient définitive.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DES QUINZE-VINGTS. — CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE. — MM. les médecins de la clinique nationale des Quinze-Vingts commenceront, le vendredi 6 février 1925, des leçons cliniques qui se poursuivront pendant la période scolaire.

Les leçons seront faites successivement tous les vendredis, à 2 heures, par les docteurs Chevallereau, Valude, Kalt et Chaillous.

Consultations et opérations, tous les jours, à 13 heures.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — ROUTE D'HIVER DES ALPES. — Avec ses monts couverts de neige, la Chaîne des Alpes offre en hiver un attrait tout particulier. Aussi les touristes, désireux de contempler ce spectacle incomparable, apprendront-ils avec plaisir que la Compagnie P.-L.-M. organise, du 18 janvier au 16 mai 1925, de nouveaux services automobiles permettant de parcourir « La route d'hiver des Alpes », de Nice à Aix-les-Bains-Mont-Revard et vice versa.

Ces services, qui comporteront trois étapes : Nice-Digne, Digne-Grenoble et Grenoble-Aix-les-Bains-Mont-Revard, fonctionneront du 18 janvier au 17 février, chaque jeudi au départ de Nice, chaque dimanche au départ d'Aix-les-Bains.

A partir du 18 février, un second départ aura lieu le dimanche de Nice jusqu'au 14 mai, le mercredi d'Aix-les-Bains jusqu'au 10 mai.

Les voitures assurant ces services seront des cars-limousines chauffés à 14 places dont 9 couvertes.

Pour tous renseignements sur ces services, demander le prospectus détaillé dans les agences et bureaux P.-L.-M. de renseignements.

NOTES DE PRATIQUE

URÉMIE DE LA SCLÉROSE CARDIO-RÉNALE

Huchard a établi, comme base de ce traitement, la *méthode des trois lavages* : *a.* Lavages de l'estomac ; *b.* lavages de l'intestin ; *c.* lavages du sang (injections sous-cutanées de 200 à 300 g. de sérum).

Comme médication pathogénique et préventive, on prescrira la Théosalvose caféinée ou spartéinée (2 cachets de 0g50 par jour) et on alternera le régime lacté exclusif et le régime lacté mitigé.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 26 JANVIER AU 31 JANVIER 1925)

THÈSES

Mardi 27 janvier. — Jury : MM. Gilbert, président ; Bernard, Brindeau, Carnot. — M. LIOTARD (M.). Les syphilis tertiaires fébriles. — M. BALLAND (H.). Etude des colites du transverse. — M. MARIANI (J.). La rougeole congénitale. — M. ROBLOT (M.). Etude sur l'heure à laquelle accouchent les femmes.

Mercredi 28 janvier. — Jury : MM. Gosset, président; Balthazard, Couvelaire, Duvoir. — M. DEMARET (Paul). De l'évolution des toxémies gravidiques après la mort du fœtus. — M. DIAMANT (J.). Etude du séro-diagnostic des cancers. — M. CLÉMENT (M.). A propos des soins médicaux aux victimes de la guerre.

Jeudi 29 janvier. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brineau, président; Bezançon, Panisset, Henry, Moussu, Robin. — M. LEMOINE. Etude des dangers des animaux d'appartement. — M. LEBRUN. Manuel d'obstétrique vétérinaire.

REVUE GÉNÉRALE

LES TRAVAUX RÉCENTS SUR L'ORIGINE DE LA BILIRUBINE

Par M. BRULÉ et H. GARBAN.

Il y a seulement vingt ans personne n'aurait songé à discuter l'origine et le lieu de formation de la bilirubine. Il semblait parfaitement démontré que la bilirubine est *formée par la cellule hépatique*, aux dépens de l'hémoglobine; nul n'avait pensé à discuter ce dogme classique : la sécrétion du pigment biliaire par le foie lui-même. Cette notion, que l'on enseignait comme un fait élémentaire de physiologie, commandait impérieusement toutes les conceptions médicales dans un important chapitre de pathologie, celui des *ictères :* puisque la bilirubine était formée par la cellule hépatique il fallait, pour qu'apparût la rétention biliaire, que la lésion ictérigène, quelle qu'elle fût, fût située en *aval* de la cellule hépatique, seule *source* du pigment biliaire; on devait donc admettre que, dans toute jaunisse, la cellule hépatique continuait à sécréter la bilirubine, mais qu'un obstacle quelconque, *siégeant sur les voies biliaires*, entravait le passage de la bile dans l'intestin et entraînait son reflux dans le sang. Par contre, en se basant toujours sur les mêmes données physiologiques, on devait croire, et on croyait en effet, que toute lésion grave de la cellule hépatique devait causer la diminution ou la suppression de la sécrétion de bilirubine, ce qu'on appelait l'*acholie pigmentaire*.

Mais, récemment, on s'est pris à douter du bien fondé de cette doctrine, que l'on avait jusqu'alors aveuglément acceptée sur la foi de quelques expériences brutales de physiologie; on a commencé à se demander si la bilirubine était véritablement formée par la cellule hépatique.

Il n'est pas sans intérêt, au point de vue du progrès scientifique, de noter que ce sont les médecins qui, par l'étude attentive des phénomènes pathologiques, ont mis peu à peu en évidence l'existence de contradictions formelles entre certains faits cliniques et le concept jusqu'alors imposé par les physiologistes. C'est là un des exemples les plus récents de ces « apports de la clinique à la physiologie » dont le professeur Widal a souligné et les causes et la fréquence (1).

Enfin voici que, tout dernièrement, l'*origine extra-hépatique* de la bilirubine, soutenue jusqu'alors seulement par quelques médecins (et tout d'abord par des médecins français) vient de recevoir l'appui de confirmations de deux ordres; les unes ont leur base dans des recherches d'histologie comparée; les autres, qui doivent encore plus entraîner la conviction, sont dues à l'expérimentation chez l'animal, expérimentation extrêmement difficile puisqu'il ne s'agit de rien moins que de supprimer fonctionnellement le foie tout en obtenant une survie un peu prolongée : on comprend ainsi que la physiologie ait mis près de quarante ans à reconnaître l'erreur des premières expériences.

Ce sont ces acquisitions nouvelles sur lesquelles nous voulons surtout insister, en nous bornant à rappeler rapidement les faits cliniques, déjà plus anciens, sur lesquels l'un de nous a déjà maintes fois insisté (1). Encore importe-t-il de marquer les différentes étapes successivement franchies dans l'étude de cet important problème de physiologie.

(1) F. WIDAL. *Presse méd.*, 1922, p. 889.

*
**

MÜLLER en 1844, enlève le foie à des grenouilles : malgré des survies de quatre jours, il ne peut déceler la présence du pigment dans leur sang, après l'opération. Il en conclut, comme le feront ses successeurs, que seul le foie peut former la bilirubine.

KUNDE (1850), utilisant de même la grenouille, trouve dans le sang, après l'extirpation du foie, un pigment vert, virant au rouge par l'acide azotique, pigment qu'il considère comme un précurseur de la bilirubine; mais MOLESCHOTT (1852) s'efforce de prouver que la bilirubine décelée par Kunde vient de l'intestin, qu'elle existe dans le sang jusqu'au quatrième jour et qu'on ne l'y retrouve plus au bout de huit jours.

Quoique peu nombreuses et singulièrement brutales, les expériences déjà anciennes de *Minkowski* et *Naunyn* (2) sont encore partout citées comme le principal argument prouvant l'origine hépatique de la bilirubine. Chez presque tous les animaux, l'ablation du foie est rapidement mortelle; cependant, chez les oiseaux, l'existence du système veineux de Jacobson permet une courte survie; aussi Minkowski et Naunyn, dans leurs expériences trop classiques, se sont-ils adressés à l'oie et au canard. Ils ont conclu que non seulement l'ablation du foie ne fait pas apparaître l'ictère, mais encore qu'elle empêche l'apparition de l'ictère après des intoxications qui habituellement entraînent de fortes rétentions biliaires. Nous avons fait ailleurs (3) la critique de ces expériences et montré particulièrement que Minkowski et Naunyn, employant des poisons hémolytiques d'action brutale (hydrogène arsénié et toluylène-diamine) obtenaient de l'*hémoglobinurie* ou bien de la *bilirubinurie* ce qui n'est que question de dose, comme l'ont prouvé ultérieurement les belles expériences de Lesné et Ravaut. Cependant, et bien que la survie fût très courte (deux à trois heures au plus), Minkowski et Naunyn voient apparaître rapidement après l'ablation du foie des traces de bilirubine dans le sang et dans l'urine. Ils admettent, comme leurs prédécesseurs que ce pigment provient de l'intestin.

Ces expériences de Minkowski et de Naunyn, dont les résultats ont été longtemps considérés comme définitifs n'ont été sérieusement reprises qu'en 1913 par Mac Née (4) qui reste beaucoup moins affirmatif dans ses conclusions : il enlève le foie chez cinq oies; deux de celles-ci n'éliminent plus de pigments, mais deux autres éliminent nettement de la biliverdine; dans le cinquième cas, la réaction des pigments reste douteuse.

D'ailleurs Mac Née fait remarquer que le développement considérable des cellules de Kupffer dans le foie des oiseaux doit faire considérer l'ablation de cet organe comme l'équivalent de l'ablation simultanée du foie et de la rate chez un mammifère. On comprendra toute l'importance de cette re-

(1) M. BRULÉ. *Recherches sur les ictères*, Masson, édit.

(2) MINKOWSKI et NAUNYN. *Arch. f. exp. Path. und Pharm.*, 1886, t. XXI.

(3) M. BRULÉ. *Recherches sur les ictères*, 1922, 3e édit., p. 227 et suiv.

(4) MAC NÉE. *Med. Klin.*, 1913, n° 28, et *Journ. Path. und Bacter.*, 1913-1914, t. XVIII, p. 325.

marque quand nous rappellerons le rôle attribué, depuis lors, au système réticulo-endothélial dans la formation de la bilirubine.

Pour démontrer la formation de la bilirubine par la cellule hépatique, on s'est adressé, d'autre part, à des expériences faites *in vitro*. Des fragments de foie, intacts ou broyés, mis dans un vase en présence de glycogène et des albumines du sang, pourraient attaquer l'hémoglobine et faire apparaître un pigment rouge, voisin de la bilirubine, mais ne donnant pas la réaction de Gmelin (Kallmeyer, Anthen, Klein).

Ces expériences ont été reprises récemment par O. Weill (1) qui observe les faits suivants : une solution d'hémoglobine, mise en présence d'une pulpe de cellules hépatiques se décolore rapidement; dans la macération aseptique apparaissent des pigments qui ne donnent pas la réaction de Gmelin, ni celle de l'urobiline; mais, si l'on prolonge assez longtemps la macération, on peut mettre en évidence la bilirubine ; cette apparition n'a été notée que difficilement et dans un petit nombre de cas.

On comprend combien de telles expériences sont difficiles à interpréter : il est difficile de prouver que la bilirubine ainsi décelée n'était pas contenue, combinée au protoplasme, dans la pulpe de foie et n'a pas été simplement *libérée*, au cours des phénomènes de cytolyse qui commencent après quelques jours de macération.

Si imparfaites et si critiquables que fussent ces deux variétés d'expériences (ablation du foie chez les grenouilles et les oiseaux, macération *in vitro*), elles avaient pourtant entraîné la conviction générale et chacun s'accordait à admettre que la bilirubine ne pouvait être formée que par la cellule hépatique.

***

Quelques faits observés depuis longtemps déjà montrèrent cependant que l'hémoglobine peut se transformer en bilirubine *en dehors du foie*. Virchow (1845), Langhans, Quincke avaient montré que, dans les épanchements sanguins sous-cutanés, on peut déceler la présence de bilirubine.

L'existence de pigments biliaires dans les épanchements sanguins en voie de résorption fut ensuite signalée par Sabrazès et Muratet (1903), Bard (1903), Milian (1904). Mais ce sont surtout les importants travaux de G. Froin (1906) qui ont bien mis en évidence l'importance de ces faits; dans 178 liquides céphalo-rachidiens, pleuraux ou péritonéaux, contenant du sang, il avait décelé 53 fois la présence de bilirubine, dont il admettait la formation *in situ* (2).

En 1907, Widal, Abrami et l'un de nous s'appuyaient sur ces faits pour soutenir que, dans les ictères hémolytiques, point n'est besoin d'invoquer une lésion du foie pour expliquer la rétention pigmentaire, et que, sans doute, l'hémoglobine, libérée en excès, peut se transformer en bilirubine en divers points de l'organisme et *sans intervention de la cellule hépatique*. En 1911 dans un rapport sur « l'hémolyse et la biligénie extra-hépatique » Widal, Abrami et Brulé (3) rassemblaient tous les arguments qui les mettaient dans l'obligation de croire à l'importance de la biligénie extrahépatique, au cours des processus hémolytiques.

D'ailleurs, entre temps, les observations de *biligénie extrahépatique* s'étaient multipliées et précisées. En 1909 et 1910 Widal et Joltrain, Castaigne et A. Weill, Guillain et Laroche, Follet et Chevrel avaient retrouvé les pigments biliaires dans les liquides d'hémorragies méningées et cérébrales. Guillain et Troisier (1909), dans des travaux d'importance considérable, avaient particulièrement étudié la *biligénie hémolytique locale*. Nous ne pouvons insister plus longuement ici sur tous ces faits actuellement admis universellement.

L'observation clinique permettrait donc de franchir une première étape et d'affirmer que l'action de la cellule hépatique n'est pas *indispensable* pour que l'hémoglobine se transforme en bilirubine. Mais cette biligénie extrahépatique pouvait sembler encore un processus exceptionnel, n'apparaissant qu'en cas d'hémolyse exagérée ou d'extravasations sanguines dans les séreuses et les tissus.

***

Un autre ordre d'études devait bientôt forcer à admettre que la formation de bilirubine en dehors de la cellule hépatique est, non pas un phénomène d'exception, mais un phénomène physiologique. L'école du professeur Widal s'attachait à démontrer, depuis 1910, que beaucoup de rétentions biliaires sont dues, non pas à des obstructions des canaux biliaires, mais bien à des lésions de la cellule hépatique elle-même. En 1910, P. Abrami montrait que, au cours des ictères infectieux, toute obstruction des voies biliaires manque dans la majorité des cas; il était ainsi amené à attribuer ces ictères à des lésions de la cellule hépatique et non plus à des angiocholites. En 1910, Lemierre et Brulé fournissaient un appui important à cette conception en montrant que certains ictères peuvent être *dissociés*, c'est-à-dire que pigments et sels biliaires peuvent être retenus *isolément* dans l'organisme, ce qui implique l'intervention de la cellule hépatique elle-même. En 1914 Brulé et Garban pouvaient aller plus loin dans cette voie et montrer que presque toute lésion de la cellule hépatique entraîne l'apparition des éléments de la bile dans l'urine. L'un de nous, dans un travail d'ensemble, rassemblait tous ces faits, et bien d'autres encore, qui imposent la conception de *rétentions biliaires par insuffisance hépatique*, conception qui était en contradiction avec toutes les données jusqu'alors admises sur la formation de la bilirubine; selon la doctrine classique, en effet, l'insuffisance de la cellule hépatique doit entraîner, non pas la rétention de bilirubine, mais bien l'absence de formation de bilirubine, l'*acholie pigmentaire*. Cependant Brault et Garban avaient repris, avec des procédés sensibles d'investigation, cette recherche de l'acholie et ils avaient pu montrer que l'acholie vraie est un phénomène exceptionnel, ne s'observant que dans les dernières heures de la vie; elle apparaît alors comme étant liée beaucoup moins aux lésions hépatiques elles-même qu'à la cachexie extrême et à l'anémie intense qui diminuent les matériaux aux dépens desquels se forment les éléments de la bile.

Les faits nouveaux, mis en évidence par l'étude méthodique des ictères, restent inexplicables si la cellule hépatique *forme* la bilirubine. Tout se passe.

(1) O. Weill. Biligénie hépatique, *Jubilé de la Soc. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1922.
(2) G. Froin. *Hématolyse et hématogenèse*, Paris 1910, Steinheil.
(3) Widal, Abrami et Brulé. *Rapport au XIIe Congrès franç. de méd.*, Lyon 1911.

au contraire, et nous avons longuement insisté sur ce point (1); comme si la cellule hépatique était seulement chargée d'*excréter* le pigment biliaire *qui lui parvient déjà formé*; un trouble fonctionnel de la cellule hépatique semble entraîner la rétention biliaire, comme une lésion du rein entraîne la rétention de l'urée. Nous soutenons donc, depuis 1910, que la bilirubine n'est pas, comme on le croyait autrefois, formée par la cellule hépatique, mais qu'elle est déjà formée EN DEHORS DU FOIE, la transformation de l'hémoglobine devant pouvoir se faire dans divers tissus.

* * *

Un point de départ complètement différent devait amener une école médicale à une conception sensiblement analogue, en Allemagne et en Autriche. Aschoff, en étudiant histologiquement le foie de l'oie, met en évidence le rôle important de la cellule endothéliale du foie, ou cellule de Kupffer, qui contient normalement du fer et des débris de globules rouges. Aschoff, Lepehne, Mac Née admettent que ce sont ces cellules qui forment la bilirubine et non pas la cellule hépatique elle-même. Ces cellules de Kupffer sont d'ailleurs analogues aux cellules endothéliales de la rate et forment, avec celles-ci, un même système, le *système réticulo-endothélial*, dans lequel il est facile de mettre en évidence des phénomènes de suppléance, car les cellules de Kupffer augmentent d'activité après ablation de la rate. Ce système réticulo-endothélial aurait une importance considérable dans la formation de la bilirubine; pour Hymans van den Bergh (2) il assurerait la transformation de l'hémoglobine en une variété spéciale de bilirubine; son rôle serait au maximum dans les processus hémolytiques, et Eppinger (de Vienne) a consacré un travail considérable et fort intéressant à l'étude des « maladies du système réticulo-endothélial ». Dans toute son ampleur, cette conception histo-physiologique du système réticulo-endothélial arrive aux conclusions suivantes : la transformation de l'hémoglobine en bilirubine se fait dans la rate et dans les cellules de Kupffer du foie; la cellule hépatique se borne à *excréter* le pigment ainsi formé, et, lorsqu'elle est lésée, elle perd sa faculté d'excrétion de la bilirubine, entraînant l'apparition de l'ictère (3).

On voit aisément combien cette conception est proche de celle que nous avions soutenue en France; elle admet que la cellule hépatique n'a qu'un rôle d'*excrétion* et non plus de *formation* de la bilirubine; mais elle a le tort, croyons-nous, de reconnaître dans la formation de la bilirubine un rôle exclusif à un système histologique trop restreint, constitué par la rate et par la cellule de Kupffer qui est peu développée normalement chez l'homme. La transformation de l'hémoglobine en bilirubine doit, à notre sens, être possible en bien d'autres points de l'organisme et nous apparaît comme un processus beaucoup plus général.

Tout récemment, en France, le même problème vient d'être abordé, au point de vue de l'histologie comparée, par P. Florentin [de Nancy] (4). Florentin confirme le rôle de la rate et de la cellule de Kupffer dans la transformation de l'hémoglobine en bilirubine; on peut observer, dans ces tissus, une dégradation progressive de la molécule hémoglobinique en pigment ferrugineux d'abord, puis en biliverdine; mais il admet, en outre, que la biligénèse peut se faire à l'état pathologique *dans les vaisseaux*; il y aurait alors passage brusque de l'hémoglobine au pigment biliaire oxydé. Par contre, il n'y a jamais, dans la cellule hépatique elle-même, de figures d'érythrophagie semblables à celles que l'on rencontre dans la rate ou la cellule de Kupffer. Si la cellule hépatique transformait l'hémoglobine en biliverdine on devrait y déceler (ce qu'on ne voit jamais) la présence d'hématine, puis la destruction de ce produit et sa transformation en biliverdine. Comment admettre que toutes ces réactions se passent à l'état masqué dans le cytoplasme de la cellule hépatique, alors qu'elles sont si évidentes dans les cellules pigmentaires et dans les vaisseaux eux-mêmes? Contrairement à l'opinion courante, Florentin admet donc qu'on ne peut attribuer au foie la propriété de transformer l'hématine en pigment biliaire.

Les principales conclusions de ces intéressantes recherches sont les suivantes :

« **A l'état normal**, l'étude histologique de la rate et du foie des batraciens, de la rate des mammifères permet de dire que le pigment biliaire se forme dans l'organisme, aux dépens de l'hémoglobine et du stroma globulaire, sans l'intervention de la cellule hépatique. Le pigment parvient entièrement élaboré au niveau de la cellule hépatique et à l'état de pigment oxydé (biliverdine). »

« La pigmentogénèse s'effectue :

1° *Dans le cytoplasme de grandes cellules* dont la souche paraît identique, cellules *migratrices* ou cellules *fixes* (cellules pigmentées de la pulpe rouge splénique, cellules de Kuppfer). Lorsque l'érythrophagie constitue la phase initiale du processus biligénique, on peut suivre dans les pigmentophores les diverses étapes de la dégradation de l'hémoglobine (pigment ferrugineux, pigment biliaire).

2° *Dans les vaisseaux sanguins de la rate ou du foie.* — Le globule rouge subit dans les sinus spléniques ou dans les vaisseaux du foie (chez la salamandre par exemple) la dégénérescence biliverdinique qui atteint tous ses éléments constituants : pigment et stroma. Dans ces cas de dégénérescence intravasculaire, on ne peut mettre en évidence le fer éliminé. »

« La *cellule hépatique excrète le pigment*. Ce dernier, lorsqu'il est à l'état de granulations, est capté par la cellule de Kuppfer (qui a pu l'élaborer), tout comme une matière colorante inerte (grains de bleu de méthylène, d'encre de Chine). Le pigment *ultramicroscopique* semble traverser les cytoplasmes par un simple phénomène osmotique.

Le pigment capté par la cellule de Kuppfer est désagrégé par elle, il traverse alors le cytoplasme de la cellule hépatique.

Un autre phénomène se surajoute à ce simple passage du pigment biliverdinique dans la cellule hépatique, la *réduction du pigment biliaire*; cette réduction aboutit à une décoloration. Le pigment biliaire est excrété sous forme de bilirubine très peu colorée. Il n'apparaît coloré que dans les gros

(1) BRULÉ. Loc. cit., ch. XI, p. 217 et suiv.
(2) HYMANS VAN DEN BERGH. *Presse méd.*, 1921, n° 45.
(3) H. EPPINGER. *Med. Klin.*, 22 déc. 1921, n° 51.
(4) P. FLORENTIN. *Recherches expérimentales sur la biligénie pigmentaire*, Société d'impressions typographiques, Nancy 1924.

canaux excréteurs du foie et dans la vésicule biliaire. »

« **A l'état pathologique**, le pigment biliaire se forme, dans tout l'organisme, aux dépens du corps entier du globule rouge. L'érythrophagie ne joue plus le premier rôle, elle est évidemment exagérée dans plusieurs organes (foie, rate), mais elle s'accompagne d'une pigmentogénèse intravasculaire plus accentuée. Tout globule rouge qui a émigré dans un organe ou un tissu par suite d'une congestion due à l'infection, est voué à la dégénérescence biliverdinique.

La cellule hépatique excrète le pigment suivant le mécanisme précédemment décrit, mais ses propriétés réductrices et solubilisantes sont modifiées; il en résulte une *imperméabilité* relative qui se traduit par le syndrome ictère. »

*
**

Les apports de l'histologie sont donc actuellement des plus précis et en plein accord avec les faits cliniques; comme eux, ils semblent dénier à la cellule hépatique toute action dans la formation du pigment biliaire.

Mais il importait que les résultats des recherches cliniques et histologiques fussent corroborés par l'*expérimentation* qui, seule, pouvait apporter la preuve définitive.

Pour administrer cette preuve, deux ordres de recherches étaient possibles :

Ou bien, en dehors de toute intervention du foie, provoquer la formation de bilirubine en un point quelconque de l'organisme;

Ou bien, à l'exemple des premiers expérimentateurs, mais en s'efforçant d'éliminer les causes d'erreur, extirper le foie ou le supprimer fonctionnellement, et voir si la bilirubine cesse d'être formée ou si, au contraire, l'ictère apparaît.

La production expérimentale de la bilirubine dans les divers tissus, sans intervention possible de la cellule hépatique, est la contre-partie des études cliniques sur l'apparition de la bilirubine dans les épanchements sanguins pathologiques.

Whipple et Hooper (1) injectent dans la plèvre ou dans le péritoine du chien du sang laqué ou de l'hémoglobine cristallisée : en en suivant la transformation *in situ* par ponctions successives, ils voient rapidement apparaître les pigments biliaires qui, en vingt-quatre heures, atteignent une quantité pondéralement appréciable.

Jones et Jones (2), chez un malade atteint d'hémoglobinurie paroxystique, isolent la circulation d'un membre par une ligature élastique. L'hémolyse est provoquée par l'immersion du membre dans l'eau glacée et l'examen du sang hémolysé, trente-trois minutes après le début de l'expérience, révèle, par la réaction de Gmelin, la présence de bilirubine; la réaction reste négative dans le sang de la circulation générale.

Par contre, Ella Hutzler Oppenheimer (3), isolant la circulation dans l'un des membres d'un chien, après injection de sang laqué dans la circulation générale, ne constate, même au bout de six heures un quart, dans le sang du membre isolé, aucune modification de l'hémoglobine injectée. La réaction de Van den Bergh, en particulier, n'y révèle pas la moindre trace de bilirubine.

Mais cette expérience paraît discutable en plus d'un point et n'infirme pas, à notre avis, la valeur des résultats positifs obtenus par Whipple et Hooper.

C'est sur le chien, c'est-à-dire sur un animal dont la physiologie hépatique est beaucoup plus proche de celle de l'homme que celle des batraciens ou des oiseaux, qu'ont été étudiés à nouveau les effets de la suppression fonctionnelle ou de l'extirpation du foie.

Pour obtenir la suppression fonctionnelle du foie, Whipple et Hooper (1) établissent une fistule d'Eck avec ligature de l'artère hépatique et de la veine porte au hile du foie; dans certaines expériences, ils ajoutent à la fistule et à la ligature artérielle l'ablation de la rate; ou bien ils suppriment la circulation artérielle et veineuse du foie et de tous les viscères abdominaux, par la ligature de l'aorte et de la veine cave inférieure, ainsi que de tous les vaisseaux intra-pariétaux, réalisant ainsi une circulation limitée à la tête et au thorax. Les chiens vivent de une heure à cinq heures après l'intervention, et, quel que soit le mode de suppression du foie, l'*hémoglobine injectée dans la circulation continue à être rapidement transformée en bilirubine*.

Mais Rich (2) montre que les diverses techniques proposées par Whipple et Hooper n'excluent pas totalement le foie de la circulation générale. Pour supprimer avec plus de certitude le rôle du foie dans l'élaboration de la bilirubine, il extirpe complètement cet organe et même avec lui tous les autres viscères abdominaux et fait suivre l'éviscération d'une injection de sang laqué. *Les chiens survivent de une à deux heures*, mais à aucun moment Rich ne constate la présence de bilirubine dans le sang et en conclut que le foie est indispensable à la formation du pigment biliaire.

Mac Nee et Prusik (3) sont de même incapables de confirmer les résultats de Whipple et Hooper dans la majorité de leurs expériences; dans deux cas seulement de circulation céphalo-thoracique, ils constatent la présence dans le plasma de traces de bilirubine, et leurs conclusions restent indécises sur le lieu d'origine du pigment biliaire.

Tout récemment d'ailleurs, Whipple (4) a insisté sur l'importance des résultats qu'il avait obtenus en 1913 dans ses recherches avec Hooper sur la suppression fonctionnelle du foie, et il a affirmé que, en dépit des résultats contradictoires, il n'avait cessé de leur accorder une grande valeur dans la démonstration de l'origine extrahépatique des pigments biliaires.

En fait, quel que fût le très grand intérêt des travaux de Whipple et Hooper, ils n'étaient pas cependant inattaquables, comme l'avaient montré les communications de Rich et de Mac Nee et Prusik, et la

(1) WHIPPLE et HOOPER. *Journ. of experim. med.*, 1916, n° 1, p. 139.
(2) JONES et JONES. *Arch. int. méd.*, 1922, t. XXIX, p. 669.
(3) Ella HUTZLER OPPENHEIMER. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mai 1924.

(1) WHIPPLE et HOOPER. *Journ. of experim. med.*, 1913, vol. XVIII, n° 6.
(2) Arnold Rice RICH *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, oct. 1923.
(3) MAC NÉE et PRUSIK. *Journ. Path. and Bact.*, janv. 1924.
(4) WHIPPLE (G. H.). *Amer. Journ. med. Assoc.*, 15 mars 1924, 82 : 910.

discussion aurait pu durer longtemps encore entre les partisans des deux doctrines si une importante série de travaux sur les effets de l'extirpation totale du foie n'était venue apporter au débat une conclusion qui semble définitive.

En Décembre 1923, à la Réunion annuelle de la Société américaine de physiologie, Frank C. Mann, Jesse L. Bollmann et Thomas C. Magath (1), qui avaient fait en Décembre 1920 de premières communications sur les résultats de l'extirpation totale du foie, venaient, en effet, déclarer qu'une des observations premières et les plus frappantes faites par eux, sur les chiens totalement privés de leur foie, est l'apparition et l'accumulation progressive, dans l'urine, dans le plasma sanguin et dans le tissu adipeux, d'un pigment analogue à celui qu'on trouve dans la bile.

Chez les animaux qui survivent vingt heures ou plus, il y a une coloration jaune nette des muqueuses et des sclérotiques.

L'urine, le plasma sanguin et le tissu adipeux donnent des réactions positives pour la bilirubine et montrent, par la réaction quantitative de Van den Bergh, une augmentation nettement progressive du taux de la bilirubine, aussi longtemps que l'animal survit.

Le taux du pigment dans le plasma sanguin est le même, à temps égal après l'opération, que celui qu'on noterait après extirpation de la vésicule biliaire et ligature du cholédoque.

La réaction de Van den Bergh est d'abord indirecte et *devient biphasique* douze heures environ après l'hépatectomie (2).

L'apparition du pigment et l'activité de sa production ne sont pas sous la dépendance du tractus gastro-intestinal, *ni de la rate*, ni d'un viscère abdominal quelconque, car l'extirpation de tous les viscères abdominaux ne les fait pas varier.

La présence d'une collection sanguine intrapéritonéale ou intratissulaire accroît le taux du pigment formé, mais elle n'est pas nécessaire à son apparition.

L'injection de sang laqué accroît nettement la formation du pigment, mais « les injections de faibles doses de sang laqué semblent provoquer une formation de pigment aussi rapide et aussi importante que les fortes doses ».

Les auteurs concluent : « La bilirubine est formée à un taux presque constant, sans l'intervention du foie, ni de la rate, ni d'aucun autre viscère abdominal.

« Il semble donc que le foie n'est pas indispensable à la formation de la bilirubine et peut-être doit-on le considérer seulement comme un organe d'excrétion, du moins en ce qui concerne la bilirubine. »

Ces résultats remarquables, qui ont été d'ailleurs déjà contrôlés en Allemagne (3) ont été obtenus grâce à une technique expérimentale qui permet, après l'extirpation totale du foie, des survies de vingt et même de trente heures.

Le foie est supprimé en trois temps :

Dans un premier temps, on pratique une fistule d'Eck inverse, c'est-à-dire qu'on anastomose latéralement la veine cave inférieure à la veine porte, mais on lie l'extrémité céphalique de la veine cave. La circulation veineuse collatérale se développe considérablement, surtout par les azygos et les mammaires internes.

Au bout de quelques semaines, dans un deuxième temps, on lie la veine porte à son entrée dans le foie.

Dans un troisième temps, on extirpe totalement le foie avec la portion adhérente de la veine cave.

Le chien se réveille très rapidement de l'anesthésie à l'éther et, en moins d'une heure, marche, répond à l'appel ou montre à ce qui l'entoure l'intérêt habituel. Pour prolonger la survie, il est important d'injecter toutes les heures une solution glucosée.

*
* *

Une évolution complète s'est donc faite progressivement dans une importante question de physiologie : celle du lieu de formation de la bilirubine. On a cru longtemps que la bilirubine était formée par la cellule hépatique; mais cette conception classique, qui ne reposait que sur des expériences imparfaites, méritait d'être revisée. L'étude des épanchements hémorragiques a d'abord montré que l'hémoglobine peut se transformer en bilirubine sans intervention possible du foie. L'étude attentive des ictères a décelé que la rétention biliaire est fréquemment due à une insuffisance fonctionnelle de la cellule hépatique; ce fait, bien démontré, forçait à admettre que la bilirubine est non pas *sécrétée*, mais *excrétée* par le foie et qu'elle doit se former en dehors du foie. L'histologie, à son tour, a montré que la bilirubine pouvait être formée en dehors de la cellule hépatique et particulièrement dans le *système réticulo-endothélial*, conception encore trop exclusive, car la biligénèse est, sans doute un phénomène beaucoup plus général dans l'organisme et n'est pas spéciale à la rate et à la cellule de Kupffer, comme l'ont montré d'autres recherches histologiques plus récentes. Tout dernièrement enfin l'expérimentation sur l'animal, pratiquée dans de meilleures conditions qu'elle ne pouvait l'être il y a quarante ans, a prouvé que l'ablation du foie, loin d'entraver la formation de la bilirubine, entraîne, au contraire, l'apparition de l'ictère; cette apparition n'est pas modifiée par l'ablation de la rate, ce qui semble démontrer que bien d'autres tissus que la rate et la cellule de Kupffer sont capables de transformer l'hémoglobine en bilirubine.

L'observation clinique, l'histologie comparée, l'expérimentation s'accordent donc aujourd'hui à montrer que la *bilirubine n'est pas formée par la cellule hépatique;* la transformation de l'hémoglobine en bilirubine se fait en dehors du foie et le rôle de la cellule hépatique se borne à *excréter le pigment biliaire préformé* comme le rein excrète l'urée. La conception des rétentions biliaires par insuffisance hépatique, que nous soutenons depuis bien des années, trouve, dans ces nouvelles recherches, une confirmation dont l'importance ne saurait échapper.

---

(1) Franck C. Mann, Jesse L. Bollmann et Thomas C. Magath. *Amer. Journ. of physiol.*, juillet 1924.

(2) Cette constatation confirme les conclusions auxquelles nous avons abouti en étudiant les variations de la réaction de Van den Bergh au cours des ictères. « La modalité de cette réaction (indirecte, biphasique ou directe) est conditionnée, avons-nous dit, par le taux de la bilirubinémie et non pas par un état moléculaire spécial de la bilirubine, dépendant du mécanisme intime de cette hypercholémie (ictère mécanique ou ictère dynamique). (M. Brulé, H. Garban et Ch. Weissmann. *Presse méd.*, 15 nov. 1922.)

(3) Bickel. *Deut. med. Woch.*, 1923, t. XLIX, p. 140.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 JANVIER 1925)

L'hérédité des caractères acquis constatée par le déplacement de l'optimum thermique. — MM. Charles RICHET, Ludoxie BACHRACH et Henry CARDOT. L'hérédité des caractères acquis est un des problèmes les plus graves de la biologie générale. Les auteurs ont pu, par une série d'expériences nouvelles, démontrer cette hérédité; autrement dit la formation d'une espèce différente de l'espèce primitive.

A cet effet ils ont étudié l'influence de la température sur des souches de bactéries lactiques dérivant toutes de la même origine mais ayant subi une intoxication prolongée pendant de nombreuses générations.

Les résultats obtenus indiquent une fois de plus l'extrême complexité des réactions de la cellule vivante. Ils montrent aussi, ce qui peut-être n'est pas sans importance pratique, la possibilité d'obtenir à partir d'un même ferment figuré, des races caractérisées par des optima thermiques notablement différents.

Quelques observations sur le mécanisme de l'anaphylaxie sérique. — M. Harry PLOTZ. La spécificité dans l'anaphylaxie sérique, dépend non seulement de la nature du sérum, mais aussi de son *état physico-chimique*. Deux facteurs, au moins, interviennent ainsi dans la réaction anaphylactique : l'état physico-chimique du sérum employé pour la sensibilisation et l'état physique chimique du sérum employé pour l'épreuve déchaînante.

Double chronaxie du système optique chez l'homme. — M. Georges BOURGUIGNON et Mlle Renée DEJEAN.

Recherches sur le diabète insipide et la diurèse. — MM. Jean CAMUS et J.-J. GOURNAY. D'après les recherches expérimentales de Jean Camus et G. Roussy, la polyurie et le diabète insipide sont causés par une lésion du *tuber* et en particulier des noyaux propres du *tuber*. D'après les derniers travaux du regretté Jean Camus et de son collaborateur M. J.-J. Gournay, cette lésion apporte une perturbation dans le métabolisme des nucléo-protéides, une augmentation de l'élimination de purines diurétiques. Le mécanisme est donc double, à la fois nerveux et humoral. La lésion nerveuse n'est pas nécessaire pour produire la polyurie, car l'augmentation des purines diurétiques peut, sans aucun doute, se faire sans elle. Mais le système nerveux intervient là, comme ailleurs, à titre d'agent régulateur.

Si l'on rapproche les conclusions de cette communication, de celle faite dernièrement à l'Académie de médecine par les auteurs et M. A. Legrand, on voit que le *tuber* contient côte à côte, d'une part des centres régulateurs du métabolisme des hydrates de carbone, d'autre part des centres régulateurs du métabolisme des nucléo-protéides.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 20 JANVIER 1925)

M. REGAUD lit une notice nécrologique sur Bergonié.

Auto-observation de fracture de jambe avec raccourcissement. — M. André BROCA.

La cicatrisation de l'épithélioma de la face par le formol. — M. LAURENT a traité certains cas de cancer de la face par le formol il y a quatorze ans, qui se sont normalement cicatrisés. Les malades sont encore en vie. Cet agent peut suffire en l'absence d'adénite et dans le cas non plongeant ou térébrant. L'adénopathie relève naturellement de l'exérèse et de la radiation. Le docteur Estradère a aussi obtenu la cicatrisation d'une série de cas. L'expérience de la méthode permet de limiter la momification à une croûte épousant les dimensions de l'ulcère et de réaliser parfois une cicatrisation plus rapide qu'avec la radiation.

L'action biologique du formol, en application exclusive ou combinée, vaut d'être étudiée avec soin : il n'est pas seulement bactéricide et fixateur nucléo-cytoplasmique, c'est aussi un interréactif énergique, et notamment, il croit, un agent de rééquilibre chimique et de vitalisation conjonctive. L'étude thérapeutique comparée du cancer est d'autant plus nécessaire qu'on pourrait admettre la diversité illimitée de ce mal, si l'origine infectieuse en était exclue; on pourrait ainsi admettre qu'il y a autant d'espèces de cancers qu'il y a d'espèces cellulaires et animales cancérisables, et par conséquent qu'il sera bien difficile de trouver un remède omnispécifique ou une méthode applicable à chaque catégorie.

Colique hépatique, grossesse et immunité. — M. PARTURIER communique quelques observations qu'il a pu faire sur des femmes en voie de maternité : leur situation momentanée leur confère non seulement une immunité locale mais aussi une immunité générale contre certaines infections et certains anaphylactiques.

Le nettoyage sanitaire des huîtres. — M. KUNSTLER fait une étude critique du nettoyage sanitaire des huîtres parquées par la méthode de la suraération, c'est-à-dire par le barbotage actif d'air pur dans l'eau d'un bassin à fond de sable, procédé déjà décrit par le docteur Barbary.

Comité secret. — L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. J.-L. Faure sur les titres des candidats au titre de membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie, accouchements), en remplacement de M. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1925)

Allocutions : de M. VAQUEZ, président sortant ; de M. GUINON, président ; de M. RIST, secrétaire général.

Sur l'hirsutisme. — M. APERT présente des photographies d'une jeune fille de dix-neuf ans atteinte d'hirsutisme (hypertrichose à type masculin, tendance à une calvitie masculine, épaississement des formes). Bien que le ventre soit encore peu distendu et l'obésité modérée, il y a des vergetures larges et étendues sur l'abdomen, les cuisses, les aisselles ; quelques-unes sont ulcérées. Les vergetures font partie intégrante du syndrome hirsutisme.

Il faut distinguer l'hirsutisme de l'hypertrichose vulgaire qui peut n'avoir rien d'endocrinien, et de la macrogénitosomie qui s'observe dans les tumeurs épiphysaires des jeunes sujets et dans les seminomes des glandes génitales. Le syndrome hirsutisme en propre tumeur de la cortico-surrénale ; il se voit aussi parfois avec des tumeurs ovariques ou paraovariques, mais celles-ci ont été plusieurs fois trouvées alors contenant du tissu surrénal aberrant ou des enteinomes développés aux dépens du corps jaune.

Si les prétendus hypernéphromes de Granwitz ne s'accompagnent pas d'hirsutisme, c'est que ces tumeurs ne sont pas en réalité des hypernéphromes, mais des tumeurs développées aux dépens de persistances des tissus rénaux primitifs (métanéphros, mésonéphros).

Dans la grossesse, il existe parfois un hirsutisme atténué physiologique en rapport avec l'hypertrophie du corps jaune.

Il existe aussi un hirsutisme atténué physiologique éthuique, qui semblait la règle dans certaines populations préhistoriques, d'après les représentations que nous en possédons sur ivoire de mammouth, ou sur bois de renne, et qui se retrouve sporadiquement dans les populations actuelles.

Un cas de thrombo-angéite oblitérante. (*Présentation de malades*). — MM. RAVINA et LONGCHAMPT présentent un malade atteint de thrombo-angéite à type de maladie de Buerger. Il s'agit d'un tailleur polonais, israélite, encore jeune, présentant des douleurs de troubles trophiques de la cyanose au niveau des membres inférieurs. Il n'existe aucun phénomène de spasme artériel. Les auteurs ont constaté chez ce malade de l'hyperglycémie et une forte hypercholestésinémie, phénomène fréquent au cours des maladies artérielles.

Le syndrome présenté par ce malade paraît intermédiaire entre l'artérite oblitérante et la maladie de Raynaud. Le malade a été très amélioré par le traitement.

A propos de lésions interstitielles de la gastrite chronique. — MM. F. Ramond et Ch. Jacquelin montrent que les lésions débutent par les cryptes de la muqueuse où il existe des tubes de cultures microbiennes qui attirent l'inflammation. Il n'y a pas d'inflammation primitive de la sous-muqueuse. Au niveau de la muscularis mucosæ, on note une bande inflammatoire par amas lymphocytaires.

Les hémorragies des hépatiques sont-elles d'origine sanguine ou vasculaire ? — MM. Noël Fiessinger et M. Diaconescu étudient chez les hépatiques, les éléments du syndrome d'insuffisance hémocrasique de P. Emile-Weil dans leurs rapports avec les processus hémorragiques. Ces éléments rentrent dans deux cadres : signes sanguins se rattachant à la coagulation et redissolution du caillot, et signes mixtes vasculo-sanguins : temps de saignement et purpura provoqué au lacet.

Les premiers sont très inconstants. Le retard de coagulation est exceptionnellement prolongé. L'irrétraction et la rédissolution peuvent exister, mais leur importance n'est aucunement proportionnelle à l'intensité du processus hémorragique.

Les seconds se montrent plus fréquents, surtout le purpura provoqué par le lacet, mais encore là, on ne peut établir de rapport constant avec la tendance hémorragipare.

On pourrait objecter que l'altération sanguine précédant les hémorragies et compensée par une réaction compensatrice secondaire échappe à l'investigation, ou encore que les moyens d'examen n'offrent pas la sensibilité désirable.

Les auteurs font justice de ces deux arguments et, ne pouvant trouver une raison sanguine constante des hémorragies des hépatiques, incriminent une diminution de la résistance capillaire, dont ils voient une traduction chronique dans les varicosités des petits vaisseaux et des capillaires.

Cette diminution de résistance, véritable maladie du capillaire, est étroitement liée à l'insuffisance fonctionnelle du foie.

Sclérose et calcification segmentaire de l'artère coronaire. Mort subite. — MM. Maurice Renaud et Roland rapportent une observation de mort subite qui illustre de façon particulièrement typique la théorie classique de Kreysig et Potain, de l'angine de poitrine mortelle par sclérose de l'artère coronaire.

Un hémiplégique de soixante-trois ans, n'ayant présenté que de très légers troubles cardiaques présente un court malaise nocturne dont la cause, en l'absence de tout phénomène caractéristique ne fut pas précisée et ne retint pas l'attention. Deux jours plus tard, il meurt subitement pendant la nuit. On trouve à l'autopsie ; coïncidant avec des lésions d'athérome et de sclérose viscérale, une très importante lésion de l'artère coronaire gauche qui sur 3 millimètres est presque entièrement oblitérée par un processus de sclérose avec calcification, le reste du territoire des coronaires étant sensiblement normal et le myocarde ne présentant pas de lésions importantes des fibres musculaires ni du tissu conjonctif.

Les éthers éthyl-chaulmoogriques et éthyl-morrhuiques dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. — MM. J. Pernet, M. Minvielle et M. Pomaret, encouragés par les résultats obtenus, tant à l'étranger que par leur maître M. Lion, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par le chaulmoogro et ses dérivés ont repris l'étude de cette chimiothérapie depuis près de deux ans avec de nombreuses préparations étudiées et mises au point par M. Pomaret.

Les gynocardates et morrhuates de soude en injection sous-cutanée ont dû être abandonnés en raison de leurs réactions locales et générales importantes.

Après différents essais, les auteurs se servent actuellement d'un éther mixte chaulmoogro-morrhuique en dissolution dans de l'huile de foie de morue. Cette préparation se présente sous la forme d'un liquide huileux, limpide, acajou clair, d'odeur pénétrante et aromatique facilement injectable.

Les injections sont faites à la dose de 3 centimètres cubes, d'une solution au tiers deux fois par semaine, dans la masse musculaire de la fesse. Elles sont indolores et ne donnent lieu à aucune réaction. Les auteurs ont traité pendant plus d'un an de très grands tuberculeux à pronostic grave, à brève échéance, sans amélioration appréciable.

Depuis six mois, ils traitent régulièrement une vingtaine de tuberculeux pulmonaires présentant, pour la plupart, des lésions fibro-caséeuses, bilatérales, très importantes, sans aucun incident.

Tous ces malades ont présenté une amélioration plus ou moins notable avec modification favorable des signes fonctionnels, généraux et physiques.

Les résultats sont encourageants, mais sont encore trop récents pour en tirer une conclusion définitive.

Les auteurs continueront leurs recherches méthodiquement et en publieront plus tard les résultats, bons ou mauvais, dans un travail d'ensemble.

Étude d'anatomie expérimentale comparée des morrhuates d'éthyle et de soude. — Associant l'histologie à l'expérimentation, MM. G. Caussade, André Tardieu et A. Grigaut, ont étudié successivement, chez l'animal, après sacarification, les lésions déterminées : 1° Par une injection trachéale de 5 centimètres cubes de morrhuate d'éthyle, chez le chien ; 2° par des injections intraveineuses massives de morrhuate d'éthyle, chez le lapin ; 3° par des injections intraveineuses de morrhuate de soude et de morrhuate d'éthyle, comparativement, chez le chien.

Les auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : l'injection trachéale ne détermine qu'une réaction bronchiolique bénigne semblant dépendre de l'intervention des lymphatiques.

Les lésions pulmonaires consécutives à l'injection de morrhuate de soude consistent en une nécrobiose très prononcée avec thrombose discrète, n'oblitérant pas complètement la lumière des vaisseaux. L'injection de morrhuate d'éthyle, au contraire, détermine des lésions pulmonaires tout à fait différentes, caractérisées par une thrombose prédominante et quelques lésions épithéliales (desquamation et gonflement) minimes, rares et circonscrites, strictement localisées autour des thrombus.

De telles lésions ne semblent pas spécifiques de l'un ou de l'autre des médicaments expérimentés ; elles s'expliquent plutôt par la nature chimique du produit injecté ; le morrhuate de soude étant un savon, tandis que le morrhuate d'éthyle est une huile.

Ces observations démontrent que le morrhuate d'éthyle, très maniable, ne détermine pas les lésions pulmonaires destructives que provoque, à doses massives, le morrhuate de soude préconisé par Rogers.

Maladie de Paget limitée à un tibia. Hyperthermie. Augmentation de l'indice oscillométrique et poussées éruptives spéciales au niveau du membre atteint. — MM. Hallé et J. Deurut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 7 JANVIER 1925)

Luxation de la rotule en dehors. — M. Mouchet, à propos de l'observation communiquée dans la dernière séance par M. Mathieu, rapporte l'histoire d'une jeune fille qu'il a opérée il y a trois ans pour une luxation congénitale de la rotule en dehors qu'il a traitée par une capsulorraphie et qui, depuis, est restée complètement guérie,

M, Mathieu fait observer que l'on se trouve en présence de deux ordres différents de ces luxations de la rotule en dehors, selon qu'il y a ou qu'il n'y a pas d'allongement du tendon rotulien.

Ostéosynthèse. — M. Fredet se trouve d'accord sur plusieurs points avec M. Anselme Schwartz. L'ostéosynthèse tout d'abord ne doit être appliquée que dans certains cas de fractures du tibia ou de l'humérus et des os de l'avant-bras. Dans la plupart des autres cas on peut arriver à un bon résultat fonctionnel par les procédés habituels. M. Fredet a

eu recours à l'ostéosynthèse dans un certain nombre de fractures du tibia et il est obligé de reconnaître que dans la moitié des cas il a vu des déformations et parfois même des fractures secondaires. Il montre une série de radiographies représentant des fractures plus ou moins graves du tibia, merveilleusement réduites par l'ostéosynthèse; il a pris des radiographies successives tous les mois et il a constaté, vers le troisième ou quatrième mois, des déformations allant en s'accentuant, au point qu'il a dû intervenir de nouveau pour les corriger. La conclusion qu'il tire de ces faits est, qu'ainsi que le propose M. Ombrédanne, on n'applique l'ostéosynthèse que d'une façon temporaire et qu'on ait soin de retirer les plaques ou les fils métalliques avant le troisième mois.

M. SAVARIAUD a constaté également des cas de ramollissement du cal, des troubles trophiques de tout ordre qui incitent à réduire de plus en plus les indications de l'ostéosynthèse.

M. WIART, comme M. Fredet, a constaté ces déformations secondaires, en particulier après l'emploi des lames de Parham. D'autre part, l'application de ces lames est si simple et si faible qu'on aurait regret à les abandonner. Mais il ne faut les employer que comme méthode de contention temporaire et avoir bien soin de les enlever après deux mois.

M. MATHIEU insiste sur l'importance de la communication de M. Fredet. Il rappelle que les chirurgiens de Lyon ont discuté ces faits dont ils rendent responsable l'ostéosynthèse. Dans cette discussion, ils ont apporté plusieurs faits de fractures tardives après l'emploi des lames de Parham.

M. LAPOINTE se demande si l'importance de ces troubles secondaires n'est pas en rapport avec le nombre des lames employées.

M. FREDET rappelle que, d'après sa statistique personnelle, ces déformations, ces cas de ramollissement du cal se rencontreraient dans 50 p. 100 des cas. Il en conclut qu'il ne faut employer l'ostéosynthèse qu'à titre de contention temporaire, d'autant que si on attend longtemps il devient parfois très difficile de les enlever.

M. DUJARIER pense que M. Fredet est tombé sur une mauvaise série. Ces déformations du cal dont il a parlé sont connues depuis longtemps. Le ramollissement peut se produire, quel que soit le traitement mis en œuvre. La pathologie du cal n'a pas été assez étudiée. Il y aurait des recherches à faire à ce sujet.

M. RICHE reconnaît que l'ostéosynthèse a fait beaucoup de progrès. Mais, selon lui, on en a trop abusé. Il partage l'avis de M. Dujarier sur les fractures obliques de jambe. Enfin, il estime que l'ostéosynthèse retarde la consolidation. Il est d'avis qu'on doit recourir aux appareils métalliques les plus simples. Il a recours, dans ce but, aux fils de fer galvanisé, et il estime qu'il faut les appliquer dans les huit jours qui suivent la fracture.

La tuberculose des cartilages costaux. — M. LAPOINTE met en doute l'existence de la tuberculose primitive des cartilages costaux. Ceux-ci ne pourraient être atteints que de lésions secondaires de voisinage.

MM. ALGLAVE et DUJARIER ont opéré des tuberculoses des cartilages costaux.

MM. SOREL et MOUCHET croient aussi à l'existence de ces cartilages costaux tuberculeux.

M. SOULIGOUX rappelle avoir démontré que chaque fois qu'il s'agissait de tuberculose costale il fallait opérer très largement pour éviter la propagation.

Tumeur pileuse de l'estomac. — M. MATHIEU a opéré une jeune fille d'une volumineuse tumeur gastrique constituée par des agglomérations de cheveux que cette jeune fille avait avalées.

(SÉANCE DU 14 JANVIER 1925)

Kyste du tibia. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation de kyste du tibia opéré, en 1921, par un médecin de l'armée qui a appliqué une greffe ostéopériostique. Il y a avantage à faire ces greffes immédiatement.

Dilatation sous-vatérienne du duodénum. — M. BAUMGARTNER rapporte l'observation d'un homme de cinquante-quatre ans, accusant des douleurs de l'estomac accompagnées le plus souvent de vomissements qui le soulageaient. La radioscopie montre une dilatation sous-vatérienne du duodénum, avec arrêt de la bouillie bismuthée.

L'auteur de l'observation fait une laparotomie médiane, trouve des adhérences entre l'épiploon et la cavité pelvienne, une ancienne péritonite chronique. Il n'y a pas de lésions de l'estomac. On résèque l'épiploon et on fixe le transverse. Guérison.

Opération arthroplastique. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur une observation de M. Alexander : arthroplastie pour ankylose du genou.

Ostéosynthèse. — La discussion se poursuit sur l'ostéosynthèse. M. DE HELLY n'en abuse pas. Il apporte cependant 102 cas de prothèse métallique. Il a eu recours à tous les appareils. Il semble donner la préférence aux lames de Parham et aux greffes de Dujarier. Il exprime le regret que M. Thiéry et ses collègnes experts ne consultent pas les chirurgiens qui ont opéré et qui pourraient leur fournir des renseignements importants.

M. ROBINEAU fait un bref historique de la chirurgie osseuse, remontant jusqu'à Lefort, Verneuil et Després qui condamnaient d'une façon absolue la suture métallique dans les fractures de la rotule. Il rend justice à Lucas-Championnière qui a démontré les bienfaits de cette suture.

M. Robineau fait ensuite l'histoire de l'ostéosynthèse, faisant observer avec raison que les mauvais résultats doivent être connus et qu'ils sont plus instructifs que les succès pour bien juger la méthode. Il a relevé bien des échecs, bien des insuccès, souvent même des résultats déplorables. Faut-il pour cela abandonner l'ostéosynthèse? Non certes. Mais il faut y apporter une asepsie des plus rigoureuses car les accidents constatés sont surtout des accidents d'infection opératoire. M. Robineau se sert volontiers des manchons.

M. DUJARIER craint que les manchons n'assurent pas une rigidité suffisante.

M. CUNÉO estime, avec M. Robineau, qu'il faut suivre ses opérés avec le plus grand soin, les mobiliser le plus tôt possible, bien choisir ses appareils métalliques qui doivent être le moins étendus possible en surface.

M. FREDET affirme que les lames de Parham lui ont donné toute satisfaction.

M. ALGLAVE félicite M. Robineau d'avoir insisté sur les rigueurs de l'asepsie. Il met toujours deux paires de gants pour pratiquer des ostéosynthèses.

— La discussion se poursuit entre MM. Alglave, Mouchet, Robineau, Dujarier.

(SÉANCE ANNUELLE DU 21 JANVIER 1925)

Après le discours de M. Souligoux, président sortant, et le rapport de M. Robineau, secrétaire annuel, la parole est donnée au secrétaire général.

Eloge de Jacques-René Duval (1758-1854). — C'est une très heureuse idée qu'a eue M. LENORMANT de choisir pour son premier éloge la figure originale de Jacques-René Duval qui fut l'un des créateurs de la stomatologie en France à la fin du XVIIIe siècle.

Duval naquit à Argentan, dans l'Orne, le 12 novembre 1758. Elevé d'abord par un curé ami de sa famille il acheva ses classes à Caen. La vue d'une autopsie à laquelle il assista par hasard décida de sa vocation médicale.

Après avoir appris les éléments de la clinique à l'hospice d'Argentan, il vint à Paris où il fut successivement l'élève de Chopart et de Desault. Sous ces illustres patronages il devint rapidement un chirurgien brillant et était déjà membre de l'Académie royale de chirurgie quand survint la tourmente révolutionnaire.

Au milieu de ce grand bouleversement social, la vie devint singulièrement difficile pour le chirurgien. Pour gagner son pain il se consacra à la profession de dentiste, « non pas,

écrit le baron Larrey dans l'éloge qu'il prononça en 1854 à la Société de chirurgie (1), comme un mécanicien ou un industriel, mais en chirurgien et en savant, *parce qu'il la considérait comme une partie intégrante de la médecine* ».

Duval fut le premier à établir un lien entre les affections de la bouche et la pathologie générale. Il écrivit un grand nombre de mémoires.

« Le premier de ces mémoires, écrit Larrey (loc. cit.), a été lu par l'auteur à l'Académie de chirurgie, et le dernier à l'Académie de médecine où M. Duval figurait dans la section de pathologie chirurgicale, représentant ainsi le dernier survivant de cette mémorable assemblée des chirurgiens du dernier siècle. »

La Société de chirurgie accueillit à son tour par acclamations au nombre de ses membres honoraires J.-R. Duval, unique héritier des traditions de la royale Académie.

Duval était le beau-père de René Marjolin. Il mourut, à l'âge de quatre-vingt-seize ans, laissant à la Société de chirurgie une donation qui permit de fonder le prix qui porte son nom.

M. Lenormant, au cours de ce bel éloge, a été amené à retracer toute l'histoire de l'Académie royale de chirurgie et la naissance de la Société nationale de chirurgie, ce qui lui a permis de montrer l'évolution de la chirurgie française depuis le milieu du XVIIIe siècle jusqu'à nos jours.

Il doit être loué pour avoir choisi un sujet si attachant et si rempli d'enseignements, il doit être particulièrement félicité pour la belle tenue littéraire de son éloge auquel il a été fait le plus chaleureux accueil.

Prix décernés pour 1924. (Voir aux INFORMATIONS.)

PRATIQUE MÉDICALE

LA PREUVE DE LA MORT RÉELLE PAR LE PROCÉDÉ DU SÉTON (SÉRO-RÉACTION CADAVÉRIQUE)

Le docteur Icard (de Marseille), dont on connaît les nombreux travaux sur la recherche des signes de la mort réelle apporte aujourd'hui (2) un procédé dont l'application est si facile, la technique tellement simple qu'on peut le considérer comme « le procédé de choix auquel le médecin devra avoir recours pour la constatation des décès. »

« Le procédé, écrit le docteur Icard, consiste à aspirer, à l'aide d'un fil passé en séton, la sérosité qui occupe les mailles du tissu cellulaire sous-cutané et à vérifier si cette sérosité est acide ou alcaline. De nombreuses expériences faites sur des animaux d'espèces variées et sur le cadavre humain nous ont démontré que cette sérosité, qui est alcaline durant la vie, devient acide après la mort, pour redevenir de nouveau alcaline lorsque le cadavre, à la suite de transformations successives, arrive à la putréfaction ammoniacale, c'est-à-dire à la période avancée de la putréfaction.

La transformation de l'alcalinité en acidité est constante et précoce : elle se manifeste cinq à sept heures après la mort, un peu plus tôt ou un peu plus tard suivant les circonstances qui activent ou retardent la putréfaction. Nous croyons que l'acidité cadavérique appartient au processus de la putréfaction. Quelle que soit, d'ailleurs, son origine, elle doit être considérée comme un signe de mort absolument sûr, aussi sûr que la putréfaction elle-même, dont elle est, en quelque sorte, le signe précurseur. »

Le matériel à employer est simple, une aiguille munie d'un fil de coton, deux petits morceaux de papier de tournesol, un morceau bleu, un morceau rouge. « Le signe de l'acidité cadavérique se traduira par une ligne rouge sur le papier bleu et par l'absence de toute réaction sur le papier rouge, alors que sur le vivant ou durant les premières heures qui suivent la mort le séton comprimé donnera une ligne bleue sur le papier rouge et rien sur le papier bleu. »

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1854, p. 284.
(2) *Marseille méd.*, 5 nov. 1924, p. 1221.

LIVRES NOUVEAUX

L'Angoisse humaine (1), par le docteur Maurice DE FLEURY, de l'Académie de médecine.

Quelles hautes qualités de cœur et d'esprit ne faut-il pas pour parler de l'angoisse humaine, pour la plaindre et pour la panser.

Toutes ces qualités une bonne fée les déposa un jour dans le berceau de Maurice de Fleury. A ce savant clinicien, à ce psychologue profond, à cet écrivain délicat elle donna en particulier « la simple, l'honnête, la charmante bonté ».

Ceux qui ont connu l'angoisse, les angoisses d'amour, les angoisses de guerre, tous ceux qui éprouvent l'angoisse de mourir sentiront mieux la vertu de cette bonté que Maurice de Fleury a répandue dans un livre comme la plus douce des thérapeutiques.

Ecoutez-le :

« Il nous faut soutenir tant de courages en défaite, redonner l'apaisement à des angoisses si cruelles ! Or ce n'est point par des raisonnements subtils qu'on y parvient, ni par d'austères gronderies, ni par d'amères récriminations, mais bien par un sentiment de clairvoyante et de ferme amitié, de fraternelle ou, plus exactement de fraternelle sympathie, seul baume aux plaies de cette sorte ».

Le livre de Maurice de Fleury n'est pas un ouvrage didactique. Les médecins qui s'intéressent à la psychiatrie puiseront cependant dans sa lecture de nombreux enseignements.

Dans une introduction sur le *renouveau de la phychologie*, Maurice de Fleury nous met au courant des données actuelles et des dernières acquisitions apportées par Achille Delmas, Marcel Boll et, antérieurement, par Janet, Dupré, Hartenberg, Morel, Magnan, etc. Se basant sur cette distinction fondamentale entre les maladies de la substance cérébrale et les maladies de l'affectivité, de Fleury arrive à nous rendre claires des choses qui, pour nous comme pour bien d'autres, restaient encore un peu confuses et obscures.

Le livre est divisé en trois parties : 1° L'Emoi ; 2° l'Angoisse et l'appel à la mort ; 3° Eros, Polemos, Atropos, c'est-à-dire pour les lecteurs qui seraient quelque peu brouillés avec le grec, les angoisses d'amour, les angoisses de guerre, les angoisses de mourir.

A mesure qu'on parcourt ces pages toutes empreintes d'un intérêt captivant, on voudrait, dans une analyse si courte soit-elle, en reproduire quelques extraits. Mais on s'aperçoit bien vite qu'il faudrait les reproduire toutes, Maurice de Fleury, qu'il soit psychologue, philosophe, historien, poète, conférencier ou simplement journaliste, reste toujours un grand charmeur.

A. BROCHIN.

Les Paralysies ischémiques (2), par F. DE RAFFELE.

Ce volume fait partie d'une série de monographies sur des sujets d'orthopédie publiés par l'Institut Rizzoli. C'est une étude très complète de tout ce qui a paru sur le sujet et un résumé de 244 observations publiées. L'auteur y expose aussi des expériences personnelles pour essayer d'éclairer le problème encore obscur de la genèse de la paralysie ischémique.

M. L.

L'Alimentation naturelle chez l'enfant, par le docteur MONTEUUS, médecin de la villa de Repos Saint-Antoine, à Nice, membre correspondant de la Société de thérapeutique de Paris. In-8 1924. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

L'Amour et le mariage. Contribution nouvelle à la solution des difficultés sexuelles, par la doctoresse Marie-C. STOPES. In-16 jésus. — Prix : 6 fr. 50. — Paris, Editions Victor Attinger.

(1) Un volume in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Les Editions de France, 20, avenue Rapp.
(2) Un volume de 284 pages et 74 figures. — Bologne, F. Cappelli, édit.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 8. — MARDI 27 & JEUDI 29 JANVIER 1925. 98e ANNÉE. MARDI 27 & JEUDI 29 JANVIER 1925. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de chirurgien des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 23 mars 1925, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'Administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 23 février au samedi 7 mars 1925 inclusivement.

— Concours de la médaille d'or. (*Médecine.*) — *Jugement des mémoires.* — MM. Basch, Bernard, Hillemand, Lelong, Marchal, Dury et Turpin, 29.

Epreuve orale. — Question donnée : « Paralysies diphtériques. »

MM. Bernard, 19; Marchal, 18 ; Basch, 17.

Les autres candidats se sont retirés.

Epreuve écrite. — Question donnée : « Anatomie microscopique et physiologie de l'hypophyse. — Signes, diagnostic et traitement des aortites syphilitiques. »

MM. Basch et Bernard, 28; Marchal, 30.

La médaille d'or est décernée à M. Marchal, la médaille d'argent à M. Bernard, l'accessit à M. Basch.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur général Rouget, président du Comité consultatif de santé, inspecteur des services d'hygiène et d'épidémiologie de l'armée, a été nommé, tout en conservant ses fonctions actuelles, inspecteur permanent des écoles du Service de santé, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Vincent, placé dans la section de réserve.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont désignés par le ministre pour faire partie du Conseil de perfectionnement de l'Office national d'hygiène : MM. les docteurs Aublanc, Bérard, Blondel, Briau, Brouardel, Brumpt, Calmette, Couvelaire, Dufestel, Jeanselme, Letulle, Ott, Parisot, Pinard, Pottevin, Queyrat, Quénu, Regaud, Raynaud, E. Roux, Sicard de Plauzolles, Toulouse et Vitoux.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Pitres et Pousson (de Bordeaux), Philippe Maréchal (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Hutinet (de Paris), Delphin (de Dôle), Grandguillot (de la Possonière), Sébillotte (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Angelvin (de Marseille), Bonain (de Brest), Gillet (de Saint-Gilles), Souvestre (d'Angers), Fleurent (de Colmar).

M. Henri Le Rasle, interne des hôpitaux de Paris.

MM. Coupeau et Médioni, externes des hôpitaux de Paris.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES (AVRIL 1925). — Le Congrès des Sociétés savantes tiendra sa session annuelle du 14 au 17 avril 1925, à Paris, à la Sorbonne.

Le texte des communications doit être adressé, avec un résumé succinct, avant le 10 février, au ministère de l'Instruction publique, 2e bureau de la Direction de l'Enseignement supérieur.

Le professeur Achard se tient à la disposition des auteurs de communications pour leur fournir des renseignements en ce qui concerne la participation du Congrès pour les questions d'ordre médical.

Des communications sont annoncées sur la vaccination antituberculeuse du nouveau-né, sur la vaccination antidiphtérique, sur les applications de la radiographie et de la cinématographie à la clinique, sur l'insuline.

IIe CONGRÈS MÉDICAL FRANCO-POLONAIS (Avril 1925). — Le IIe Congrès médical franco-polonais est dû à l'initiative de la Société médicale franco-polonaise de Varsovie et du Comité médical franco-polonais de Paris, affilié à l'Association France-Pologne.

Il sera la manifestation des liens étroits qui se sont établis entre les médecins de France et de Pologne au lendemain de la guerre et qui se développent de jour en jour.

En 1921, a eu lieu un premier Congrès médical franco-polonais à Varsovie. Les médecins français y ont reçu un accueil enthousiaste, ils ont pu faire à l'occasion du Congrès

un voyage du plus haut intérêt dans les principales villes de Pologne.

Le IIe Congrès fournira aux médecins polonais l'occasion de prendre un contact intime avec la France. Au point de vue scientifique, il sera une occasion de faire connaître chez nous les travaux et recherches des médecins polonais, en même temps qu'il permettra à ces derniers de mieux connaître la richesse et la variété des ressources médicales de la France. Le Congrès sera suivi d'un voyage à Lyon, Vichy, Strasbourg, Nancy.

Le Comité d'organisation du Congrès groupe les représentants les plus autorisés des Facultés de Paris, Lyon. Nancy, Strasbourg.

Le bureau du Congrès est composé de :

Président : Professeur Roger, doyen de la Faculté de Médecine, président du Comité Médical franco-polonais ;

Vice-Présidents : Professeurs Achard, Babinski, Hartmann, Letulle, docteur Noir, vice-président de l'Union des Syndicats médicaux de France ;

Secrétaire Général : Docteur Hufnagel, chef de clinique adjoint de la Faculté, Secrétaire Général du Comité médical franco-polonais.

Pour renseignements et adhésions, prière de s'adresser au Secrétaire Général, 10, rue Freycinet, Paris XVIe.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS CONJUGUÉ DE NEUROLOGIE ET DE PSYCHIATRIE, sous la direction de MM. les professeurs Claude et Guillain. — Un cours conjugué de neurologie et de psychiatrie commencera le 2 février 1925.

Ce cours comprendra quarante leçons; les vingt premières consacrées à la psychiatrie auront lieu le matin à 9 h. 30, et le soir à 15 heures, à l'amphithéâtre de la clinique de l'Asile Sainte-Anne. Les vingt suivantes, consacrées à la neurologie, auront lieu dans la journée, à 15 heures et à 17 heures, à la clinique Charcot, à la Salpêtrière.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté.

Prix de chaque cours (neurologie ou psychiatrie) : 150 fr.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE. (Professeur : M. A. Couvelaire.) — *Cours élémentaire de pratique obstétricale.* — Cours élémentaires d'une durée de deux semaines, par MM. les docteurs Cleisz, accoucheur des hôpitaux; Powilewicz, ancien chef de clinique; Portes, chef de clinique; Hidden, chef de clinique adjoint.

Première série : du 2 au 10 février; deuxième série : du 6 au 18 avril; troisième série : du 1er au 14 septembre; quatrième série : du 1er au 14 octobre.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du musée de la clinique.

Droit d'inscription : 100 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michel Bourges, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales; M. Lesgourgues, étudiant en médecine, décédé à Saubrègues (Landes) aux suites d'une affection contractée pendant la guerre.

NOTES DE PRATIQUE

DIABÈTE ARTHRITIQUE

Prendre cinq jours de suite : antipyrine, 1g50 en deux paquets, à prendre dans de l'eau de Vichy avant les deux principaux repas.

Les vingt jours suivants : Vanadarsine, v à x gouttes, dans un peu d'eau, avant les repas.

Laissez reposer le malade une quinzaine de jours et recommencer ensuite la double série d'antipyrine et de Vanadarsine.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

HONORAIRES MÉDICAUX

COMMUNAUTÉ CONJUGALE. FEMME AYANT ABANDONNÉ LE DOMICILE CONJUGAL. ABSENCE DE MANDAT TACITE

Les époux P... se sont mariés en 1883 et ont adopté le régime de la communauté de biens réduite aux acquêts. Ils habitaient à Suresnes où le mari exploitait une modeste entreprise de travaux publics. En 1911, le mari a quitté cette entreprise pour aller fixer son domicile en Limousin où sa mère, malade et fort âgée, ne pouvait plus diriger seule son exploitation agricole.

Sa femme était pleinement d'accord pour ce changement d'existence. Cependant, le 26 mars 1912, elle introduisit contre son mari une demande en séparation de corps basée sur l'abandon injurieux dans lequel l'aurait laissée son mari. Cette demande fut rejetée par un jugement du 7 mars 1913, confirmé par arrêt de la Cour du 15 juillet 1915.

A la suite de ces décisions, la dame P... ne rejoignit pas son mari, de telle sorte que la vie commune cessa par suite de l'abandon du domicile conjugal provenant du fait de la femme; et tous rapports cessèrent entre les époux.

De janvier 1921 à juillet 1923, la dame P... a reçu de multiples soins médicaux du docteur S...; elle a subi deux opérations chirurgicales du docteur R..., chirurgien de l'hôpital Péan, qui ont été complétées par le traitement radium-thérapique et radiothérapique du docteur S... P... n'avait été avisé ni des soins donnés ni des interventions chirurgicales pratiquées.

Le docteur S... avait réglé ces dernières et demandait le paiement de la somme de 9.000 francs tant à la femme qu'au mari.

Le tribunal civil de la Seine fut saisi de la question et rendit son jugement le 14 décembre 1923.

« En ce qui touche la demande contre P...

Attendu que le docteur S... n'ayant traité qu'avec la dame P... n'aurait d'action contre P... *que si celui-ci ayant la charge de pourvoir aux besoins de sa femme, devait être considéré comme lui ayant conféré le mandat tacite de l'obliger*;

Mais attendu que la dame P... ayant abandonné le domicile conjugal, P... avait cessé d'être dans l'obligation de lui fournir des moyens d'existence; que la dame P..., ayant traité en son nom personnel, n'a pas engagé la communauté;

En ce qui touche l'action dirigée contre la femme;

Attendu qu'il n'est pas excipé de la nullité de l'engagement contracté; que d'ailleurs en tout état de cause, la dame P... doit payer les soins dont elle a profité;

Attendu que le docteur S... a fait de lui-même subir à sa note des réductions suffisantes en raison de la situation pécuniaire modeste de la défenderesse; que sa demande est justifiée à l'égard de celle-ci. «

Il appartient au médecin, à sa perspicacité, de se rendre compte des personnes avec qui il est en rapport s'il ne veut pas voir des obstacles surgir au moment du règlement des honoraires. Sans doute, la question peut être délicate pour lui; mais il semble que, lorsqu'il s'agit de soins importants comme ceux dont il est parlé dans le jugement ci-dessus rapporté, il est facile de savoir la situation du ménage.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

AFFECTIONS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE

Changement de position comme moyen de diagnostiquer le frottement péricardique de la régurgitation aortique. (W. GORDON. *Practitioner*, mars 1924, n° 669, vol. CXII, n° 3, p. 192.) — Une femme de vingt-huit ans a eu un abcès tonsillaire, suivi de rhumatisme articulaire avec complication cardiaque. La matité cardiaque est élargie, il y a un souffle systolique doux à la pointe, et, à la hauteur du ventricule droit, un bruit diastolique qui pourrait être un frottement péricardique ou un souffle. Le sang contient du streptocoque. L'auteur a l'idée de modifier la position de la malade. Il n'a jamais trouvé qu'un souffle diastolique de régurgitation aortique disparût quand la malade passe de la position horizontale à la position verticale, ou inversement. D'autre part, c'est une notion bien connue que le frottement péricardique, dans ces conditions, peut disparaître. On prie donc la patiente de s'asseoir et le bruit pathologique disparut : il s'agissait donc d'une péricardite. La guérison fut obtenue par les auto-vaccins. Au moment où la malade quitte l'hôpital, elle conservait son souffle mitral ; la péricardite avait laissé quelques adhérences intrapéricardiques, mais il n'y avait pas de trace d'affection aortique. Il y a donc là un moyen de diagnostic qu'il peut être bon de connaître pour les cas, d'ailleurs rares, où on hésite entre un frottement péricardique et un souffle diastolique aortique. L. BABONNEIX.

AFFECTIONS DE L'APPAREIL DIGESTIF

Les manifestations gastriques de la syphilis. (BENSAUDE et RIVET. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1924, 23e cahier, art. 27.950, p. 845.) — Rassemblant les nombreux travaux parus sur cette question d'actualité, MM. Bensaude et Rivet procèdent à une étude méthodique de la syphilis gastrique.

Elle est moins rare qu'on ne le croit d'habitude, ainsi que l'a fait remarquer Fournier, et se voit surtout chez l'homme, ce qui paraît s'expliquer par une fréquence plus grande, dans ce sexe, d'intoxications associées, alcoolisme en particulier. Les manifestations de la syphilis gastrique peuvent apparaître, tantôt de très bonne heure et tantôt, au contraire, très tardivement, quarante ans après le chancre dans un cas d'Hayem.

Les lésions? Elles varient avec l'ancienneté de la syphilis : diffuses et superficielles au début, limitées et profondes ; à la fin, les lésions tertiaires de l'estomac, les seules connues, affectent trois aspects principaux : infiltration gommeuse, donnant naissance à des néoformations limitées ou diffuses ; — ulcères, qui ne sont, en réalité, que des gommes ulcérées ; — cicatrices. Quant à la linitis, ce serait un hybride de cancer et de syphilis, un cancer développé sur un terrain syphilitique (Faroy). Signalons les lésions gastriques hérédosyphilitiques qui sont loin d'être exceptionnelles (Pater) et habituellement associées à d'autres lésions du même ordre. Le spirochète a été parfois vu dans les lésions de la syphilis gastrique (Fraenkel, Versé).

La symptomatologie de la syphilis gastrique héréditaire est encore très mal connue et tout ce que l'on en peut dire c'est que ses manifestations semblent être habituellement précoces et revêtent deux formes principales : melæna des nouveau-nés, diarrhée rebelle avec courbe de poids stationnaire. Seul un traitement spécifique hâtif peut sauver certains de ces enfants. Encore faut-il que le médecin y ait songé. On a signalé quelques cas de syphilis gastrique héréditaire tardive, et la syphilis héréditaire a été incriminée parfois dans l'étiologie de l'ulcère rond.

Plus intéressantes, et surtout mieux connues, sont les manifestations gastriques de la syphilis acquise.

Secondaires, elles peuvent relever, soit de l'infection elle-même, soit de troubles névropathiques surajoutés, soit de l'action sur la muqueuse gastrique du traitement spécifique. Elles se traduisent par du catarrhe gastrique, soit par des désordres fonctionnels variés. On a même rapporté quelques cas d'ulcères syphilitiques secondaires. Ces manifestations ne présentent aucun caractère pathognomonique, et c'est l'influence du traitement qui, seule, éclaire le médecin sur leur véritable nature.

Tertiaires, les manifestations gastriques sont beaucoup plus importantes et mieux connues.

La gastrite syphilitique tertiaire a été bien décrite par Fournier. C'est une gastrite rebelle à tous les traitements et à tous les régimes jusqu'au jour où on a l'idée d'instituer le traitement spécifique qui, même et surtout par la voie buccale, fait rapidement disparaître tous les accidents.

L'ulcère syphilitique se caractérise par l'importance des gastrorragies et les bons effets du traitement spécifique, surtout s'il s'agit de gomme ulcérée.

Dans la syphilis gastrique à forme pseudo-cancéreuse, les analogies sont très grandes avec le cancer. On sait d'ailleurs que très souvent, à l'estomac comme à la langue, la syphilis prépare le terrain au cancer.

Mêmes réflexions pour la syphilis gastrique à forme de linitis dans laquelle le terrain syphilitique peut conditionner la réaction fibreuse caractéristique, hypothèse déjà formulée par Halipré et Beaurain, Babonneix et Vigot.

Trois types principaux de formes sténosantes : 1° sténose syphilitique du pylore, pouvant affecter tous les aspects cliniques, y compris celui de la sténose cancéreuse (Hayem) ; 2° sténose médiogastrique. Depuis la radiographie on a repris l'étude de l'estomac biloculaire et l'on sait aujourd'hui que nombre de ces sténoses sont dues à la syphilis et justiciables du traitement spécifique ; 3° sténose du cardia, celle-ci exceptionnelle.

Enfin, un certain nombre de crises gastriques du tabes, considérées par les classiques comme étant d'origine purement nerveuse, relèvent en réalité d'une syphilis gastrique, comme l'ont montré Crouzon, Hayem et Lion, Castaigne.

Le diagnostic se fonde sur les éléments suivants : 1° notion d'antécédents spécifiques ou coexistence d'autres manifestations syphilitiques en évolution ; 2° recherche des réactions sérologiques ; 3° étude attentive des symptômes cliniques et des examens de laboratoire ; 4° épreuve thérapeutique qui doit être instituée méthodiquement dans tous les cas suspects. Pour qu'elle ait toute sa valeur, il faut, d'une part, qu'elle ait été précédée de l'échec du régime et des manifestations gastriques habituelles, d'autre part qu'elle donne des résultats nets et rapides.

Cette épreuve utilisera l'iodure en solution diluée à faible dose (2 à 4 grammes par jour), le mercure par voie externe, l'arsénobenzol, dont il faut se méfier dans les formes ulcéreuses, mais dont l'action paraît plus rapide et plus complète que celle du mercure et de l'iodure.

Le traitement chirurgical peut être indiqué en cas de lésions compliquées (ulcères perforés, fistules) et dans les sténoses fibreuses serrées qui ne réagissent plus au traitement spécifique. Enfin, quand, au cours d'une intervention chirurgicale, on a reconnu des lésions de syphilis gastrique, il est clair que le traitement spécifique doit immédiatement être institué. L. BABONNEIX.

Action du stovarsol sur le parasitisme intestinal. (E. MARCHOUX. *Paris méd.*, 1924, n° 47.) — Le stovarsol donne des succès remarquables dans le traitement de la dysenterie amibienne, il amène la guérison rapide et complète ; les insuccès sont très rares. La cure ne nécessite aucune diététique spéciale, sauf interdiction du tabac, du vin et des boissons fermentées qui agissent sur les sécrétions glandulaires, en en diminuant la quantité et retardant leur production. Le traitement arsenical doit avoir une durée de six semaines : dans les cas récents, une dose quotidienne de 0g50 puis au bout de trois semaines de 0g25 est suffisante. Dans les cas anciens des doses plus fortes sont indiquées, elles n'ont d'ailleurs jamais donné d'accidents sérieux ; la dose initiale de 0g50 est alors portée à 1 gramme jusqu'au huitième jour, puis ramenée à 0g75 pendant une semaine, à 0g50 et 0g25 les semaines suivantes.

Dans la lambliase, le stovarsol donné par périodes de six jours, avec intervalles de quatre jours, aux doses de 0g50 à 1 gramme, améliore généralement les malades et en guérit quelques-uns.

Dans les cas où la diarrhée est due au Blastocystis, dont l'auteur indique les caractères morphologiques, des doses très faibles de stovarsol suffisent à détruire le parasite.

Enfin, le stovarsol aurait encore une action très favorable sur l'évolution de troubles intestinaux les plus divers; le médicament arsenical interrompt, en effet, la série des accidents qui résultent des fermentations intestinales. Une dose de 0g25 de stovarsol toujours absorbée en mangeant coupe une indigestion en évolution. MAURICE LÉVY.

Le rôle de la Monilia psilosis (Ashford) dans la sprue expérimentale. (Lawrence WALD SMITH. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 15 nov. 1924, vol. LXXXIII, n° 20, p. 1549-1554, 5 figures.) — L'auteur s'est livré à une série d'expériences entreprises pour trouver la *Monilia psilosis* dans certains cas, à évolution fatale, d'anémie observés à Manille, qui revêtaient le type clinique de la sprue, et pour confirmer les importantes recherches faites, sur le même sujet, à Porto-Rico, par Ashford (1917-1922), a inoculé des cobayes et des lapins par différentes voies, la plus satisfaisante semblant l'introduction directe des cultures dans l'estomac au moyen d'une sonde. L'inoculation intrapéritonéale a aussi donné de bons résultats. Chez les cinq singes expérimentés, se produisit une moniliase gastro-intestinale qui dura des semaines, avec présence régulièrement constatée des parasites dans les selles. Quatre des animaux ne firent, pour tout symptôme, qu'une diarrhée temporaire. Le cinquième présenta une légère élévation de la température pendant six jours, avec diarrhée persistante, anorexie, perte de poids, et, finalement, mort par broncho-pneumonie diffuse. La *Monilia* fut retrouvée dans tout l'intestin (iléo-côlon). Il n'existait pas d'autres lésions. La muqueuse intestinale était modérément injectée et présentait de nombreuses ulcérations, petites, superficielles, dont l'une, au moins, était tapissée de mycélium.

Quarante cobayes furent inoculés avec des échantillons divers de *Monilia*. Avec le *M. albicans*, aucun symptôme ; examen microscopique négatif des selles. Avec les espèces indéterminées du germe *Monilia*, à peu près mêmes résultats négatifs. Dans le groupe de vingt-quatre animaux inoculés avec le *M. psilosis*, il y eut une moniliase qui persista de huit à douze semaines en moyenne, et, chez deux animaux, les cultures des selles étaient encore positives au bout de cinq mois; à l'autopsie, lésions gastro-intestinales définitives, langue recouverte d'aphtes, iléon distendu et excessivement aminci, injection modérée de la muqueuse, inflammation chronique vers la région iléo-cæcale. Le maximum des lésions siégeait sur le côlon, pâle, distendu, dont la sous-muqueuse présentait des signes d'inflammation chronique et quelques ulcérations superficielles.

Dans une seconde série d'expériences, l'auteur a décidé d'employer comme régime alimentaire, chez des animaux, un régime connu comme pauvre en vitamines. Les lésions sont alors beaucoup plus marquées que précédemment, bien que limitées au tractus digestif et, particulièrement, à la langue, à l'iléon et au côlon. Elles atteignent leur maximum d'intensité quand la restriction des vitamines a porté sur celles qui appartiennent au groupe antiscorbutique. Cliniquement, diarrhée d'intensité variable, perte de poids, et, dans beaucoup de cas, aphtes de la langue; mort 10 fois sur 12, avec, dans deux cas, une véritable septicémie consécutive à l'injection intrapéritonéale du germe.

De ses recherches, l'auteur conclut que la *M. psilosis* semble bien la cause de la sprue, et que son action pathogène est favorisée par un régime alimentaire pauvre en vitamines antiscorbutiques. L. BABONNEIX.

Syphilis du foie. (Léon BLUM. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1924, p. 837-845, art. 27.949.) — Dans cet important article l'auteur étudie successivement :

I. *Les formes anatomo-cliniques de la syphilis hépatique.* — A la période *secondaire*, symptôme d'une parfaite banalité, et, par là même, d'interprétation délicate. Le plus fréquent est l'ictère, souvent précoce, et qui peut affecter deux aspects : l'un avec tous les caractères de l'ictère par rétention, l'autre, plus rare, possédant toutes les caractéristiques de l'ictère hémolytique. La fièvre est inconstante. Par contre, la splénomégalie fait rarement défaut. L'évolution est généralement longue, l'affection ayant tendance à persister, si son origine n'est pas reconnue.

A la période *tertiaire*, les formes cliniques sont variées, les unes classiques, les autres moins.

Parmi les premières, il faut signaler : 1° le foie *ficelé*. En présence d'un foie dur, indolore, dont la surface est labourée par de fortes irrégularités, où parties hypertrophiées et atrophiées voisinent, le diagnostic s'impose. Toutefois, la prudence exige qu'il soit confirmé par d'autres signes, cliniques et sérologiques ; 2° la forme *gommeuse*, avec gommes uniques ou multiples, plus rare.

Parmi les secondes, se rangent toutes celles dont les caractères sont moins nets. Il y a d'abord toutes les formes de cirrhose, aussi bien atrophiques qu'hypertrophiques ; les plus intéressantes sont :

a. Le type atrophique ; il peut se présenter avec ou sans ascite, avec splénomégalie plus ou moins grande, circulation collatérale plus ou moins prononcée, présenter enfin le type de la maladie de Banti. Aucun signe ne différencie cette cirrhose spécifique de celles produites par d'autres causes, en particulier de la cirrhose alcoolique de Laënnec.

Tout au plus pourrait-on y songer en présence d'une réaction péritonéale inexpliquée : quand la ponction d'une ascite vierge révèle l'existence d'une lymphocytose, il ne s'agit pas d'ascite par simple stase mécanique, suite d'hypertension portale ; mais cette réaction cellulaire pourrait être également due à la tuberculose, complication fréquente de la cirrhose du foie. Seule l'inoculation au cobaye, en démontrant l'effet tuberculisant de cette ascite, permettrait ici de donner quelque certitude. Un résultat négatif, par contre, ne serait pas un argument décisif.

b. La forme hypertrophique qui peut se présenter également sous des aspects multiples : 1° forme hypertrophique avec splénomégalie sans ascite ni ictère ; 2° forme hypertrophique avec splénomégalie avec ascite sans ictère; 3° forme hypertrophique avec splénomégalie avec ictère sans ascite; 4° forme hypertrophique avec splénomégalie avec ascite et ictère.

Toutes les formes de cirrhose sont ainsi représentées et même pour la cirrhose pigmentaire, cette variété accompagnée de coloration bronzée des téguments et de diabète, l'étiologie peut être syphilitique.

En dehors de ces formes où la cirrhose prédomine, nous trouvons encore des affections où la lésion atteint surtout le parenchyme. Cette forme parenchymateuse de la période tertiaire n'évolue pas avec les signes de l'ictère grave, mais prend une allure peu caractéristique (Macaigne et Jacquinet).

Rien d'étonnant si à des formes anatomo-cliniques aussi variées correspondent des types cliniques très différents. On peut isoler quelques images à traits très prononcés qu'il est utile de connaître.

1° La forme ascitique : l'ascite domine la scène comme dans la cirrhose atrophique alcoolique;

2° La forme pseudo-lithiasique : des crises douloureuses présentant les phénomènes douloureux typiques de la colique hépatique font poser le diagnostic de lithiase biliaire.

3° La forme gastrorrhagique : une hématémèse abondante peut être le seul signe de la syphilis hépatique comme l'a vu M. Blum.

4° La forme fébrile, soit à fièvre continue, soit à fièvre

intermittente, caractérisée par une hyperthermie, persistant pendant des mois si la maladie n'est pas reconnue.

5° La forme pseudo-cancéreuse : une gomme volumineuse ou une hypertrophie massive de tout l'organisme peuvent faire songer à une tumeur métastatique ou idiopathique du foie.

6° La forme simulant l'abcès du foie : gommes en voie de ramollissement et qui donnent l'impression de fluctuation; cette erreur se commet facilement, car cette forme est en général accompagnée de fièvre et d'une réaction péritonéale douloureuse.

7° La forme péritonéale sèche : douleurs dans la région hépatique (et splénique) dont l'origine est reconnue par la perception d'un frottement péritonéal très net.

II. *Le diagnostic.* — A ce sujet, deux éventualités :

1° Un sujet est atteint d'une affection hépatique à symptômes peu caractéristiques : tous les examens sont négatifs. Ne s'agit-il pas, cependant, de syphilis?

2° Un syphilitique avéré souffre d'une affection hépatique. S'agit-il, chez lui, de syphilis hépatique ou d'une affection hépatique chez un syphilitique?

Pour résoudre ces questions, il faut recourir à des moyens de trois ordres : cliniques : de beaucoup les plus importants. A noter, à ce sujet, la valeur diagnostique de la splénomégalie et d'une réaction péritonéale nette; — sérologiques, souvent difficiles à interpréter, d'autant que, dans la syphilis hépatique, la réaction de Wassermann est souvent négative; — thérapeutiques, de très grande valeur, quand le traitement spécifique améliore l'état du malade, ce qui, malheureusement, n'est pas toujours le cas, même en présence d'une syphilis hépatique avérée.

III. La localisation de la syphilis au foie impose pour le *traitement* une ligne de conduite particulière. Il faut en tenir compte : 1° dans la marche générale du traitement; 2° dans le choix de la médication; 3° dans le choix de la voie d'administration.

1° On sait le rôle prépondérant que joue le foie dans la défense de l'organisme contre les intoxications, il en résulte que toute affection hépatique entraîne une sensibilité plus grande à l'égard des agents toxiques et une prédisposition aux intoxications médicamenteuses.

Les malades du foie supportent mal les médicaments en général et particulièrement mal les fortes doses.

Nous avons à tenir compte de cette intolérance dans le traitement de la syphilis hépatique. Il faut y éviter les fortes doses de tous les médicaments antisyphiliques ou du moins les employer avec la plus grande prudence. Mais même pour les doses faibles il faut se rappeler la susceptibilité très grande des malades du foie : c'est chez eux que l'on rencontre le plus fréquemment les graves accidents d'intolérance médicamenteuse.

2° Parmi les différentes médications antisyphilitiques le foie est particulièrement sensible aux arsenicaux. Il est certain que ces produits exercent une action toxique privilégiée sur le foie. Il semble vraisemblable que la présence de lésions antérieures favorise cette action.

L'emploi d'arsenicaux doit donc se faire avec une très grande prudence et il paraît sage de ne les employer qu'après avoir fait usage des autres médicaments spécifiques et après avoir amélioré l'état du foie; en outre, si on s'en sert, de ne les utiliser qu'à doses modérées en surveillant de très près la fonction hépatique.

3° Le choix de la voie d'administration paraît avoir une grande importance pour le traitement de la syphilis hépatique comme pour celui de toutes les syphiloses viscérales. Pour faire parvenir à l'organe malade les quantités les plus fortes du médicament, il faut choisir la voie la plus appropriée. Pour le foie, celle-ci consiste en l'ingestion buccale : elle assure le passage immédiat des médicaments dans la veine porte et leur arrivée sous une concentration maxima au foie. Ils pourront ainsi exercer leur action la plus forte au niveau de cet organe.

Ce mode d'administration n'est possible pour le moment que pour le mercure et l'iodure de potassium; ajoutons que s'il paraît être le plus rationnel au point de vue pharmacodynamique, l'expérience médicale semble également parler en sa faveur. Dans la syphilis du foie l'administration de mercure et de iodure par la bouche donne des résultats au moins égaux sinon supérieurs aux autres modes d'application. Ce procédé a encore l'avantage d'être peu gênant pour les malades et, ce qui est d'importance essentielle, de se prêter à un traitement de longue durée.

M. Blum donne donc la préférence au traitement par voie stomacale. Mais il va sans dire qu'il ne néglige pas les autres voies d'application, si cela est nécessaire. S'il y a de l'intolérance gastro-intestinale, s'il faut agir sur des foyers syphilitiques localisés par ailleurs et qui font rarement défaut, il y a avantage de compléter le traitement buccal par le traitement par piqûres. Le bismuth pourra probablement rendre ici les plus grands services puisque dans les affections de la période tertiaire il semble être bien supérieur au mercure.

En résumé le traitement de la syphilis hépatique se fera par l'administration prolongée de mercure et de iodure par voie buccale; on y ajoutera un traitement par des injections intramusculaires de bismuth et, s'il le faut, par les arsenicaux, toutefois on ne se servira de ces derniers médicaments qu'avec grande prudence. L. BABONNEIX.

La syphilis héréditaire tardive du foie. (U. MONNIER. *Gaz. méd. de Nantes*. 1924, n° 23.) — A propos d'une observation personnelle, l'auteur fait une étude très complète de la syphilis héréditaire tardive du foie.

Voici d'abord, résumée, cette observation : un homme de trente et un ans est atteint d'ictère en février 1924; il souffre au niveau du foie, puis dans tout le ventre, a de la diarrhée. En mars 1924, ce malade étant entré à l'hôpital, on constate un foie un peu gros, très lisse, légèrement sensible à la pression, une rate énorme mesurant 23 centimètres en hauteur et 17 en largeur, de l'ictère sans décoloration des fèces; pas d'ascite; la circulation veinense sous-cutanée est très développée au niveau de la partie supérieure de l'abdomen. Il s'agit donc d'une cirrhose, mais le malade n'est ni alcoolique, ni paludéen, ni tuberculeux. Reste l'hypothèse de la syphilis; le malade affirme ne pas l'avoir eue. On apprend alors qu'il a été soigné, à l'âge de dix ans, pour une choroïdite de l'œil droit et une amaurose de l'œil gauche.

Cette particularité oriente vers l'idée d'hérédosyphilis; la réaction de Wassermann est pratiquée; elle est fortement positive. Sous l'influence du traitement par le bismuth, le foie a diminué de volume, a cessé d'être douloureux; la rate est beaucoup moins hypertrophiée; les troubles gastro-hépatiques ayant disparu, l'état général s'améliore très sensiblement.

D'après cette observation, d'après les travaux de Fournier, Barthélemy, Lancereaux et Hudelo, d'après un mémoire de Devic et Froment, le professeur U. Monnier expose ce que l'on sait actuellement de la syphilis héréditaire tardive du foie : elle est très rare (27 observations indiscutables seulement); elle atteint des adultes, déjà porteurs de stigmates hérédo-syphilitiques; cliniquement, on peut en décrire trois formes : 1° le type ascitique, le plus fréquent, rappelle la cirrhose hypertrophique éthylique de Laënnec; 2° le type anascitique et anictérique réalise un tableau absolument analogue à l'hépatite scléro-gommeuse de la syphilis tertiaire du foie; 3° le type ictérique, avec un ictère présentant des périodes d'atténuation et d'aggravation, avec une rate énorme, constitue un syndrome ayant beaucoup de points communs avec la cirrhose hypersplénomégalique biliaire de Gilbert. La durée de ces diverses formes cliniques est variable, mais toujours assez longue, souvent plusieurs années; l'aggravation des lésions finit par provoquer soit l'arrêt des fonctions hépatiques comme s'il s'agissait d'ictère grave, soit, les reins pouvant aussi être atteints, des accidents urémiques.

Dès le diagnostic établi, il faut faire un traitement spécifique intensif et on peut alors améliorer le pronostic de la syphilis héréditaire tardive; mais en raison d'un processus à début aussi éloigné, il ne faut pas compter obtenir un retour du foie à un état complètement normal. M. BRELET.

AFFECTIONS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

Une maladie oubliée : la phrénite. (N. BETCHOV (de Genève). *Revue méd. de la Suisse romande*, avril 1924.) — La phrénite, ou diaphragmatite, plus anciennement dénommée paraphrenitis, jouait un rôle appréciable dans la médecine jusqu'au début du XIXe siècle; elle semble avoir complètement

disparu en tant qu'entité morbide de la clinique contemporaine.

Pour Betchov cette exclusion n'est pas méritée; à différentes reprises son attention a été attirée par certains malades présentant des phénomènes douloureux intenses à la base du thorax, survenant brusquement, ne s'accompagnant d'aucun signe objectif et souvent attribués à des poussées de pleurite sèche.

L'observation de ces faits l'a conduit à envisager la possibilité d'une phrénite rhumatismale, dont il précise les caractères. Elle ne serait pas plus rare que le torticolis (essentiel) ou même le lumbago.

Son début est en général brusque, plus brusque que celui des pleurites ou des péritonites subaiguës de l'étage supérieur de l'abdomen. Il peut s'accompagner de fièvre; les douleurs peuvent être bilatérales, elles siègent aux attaches du diaphragme, suivant une zone qui suit les fausses-côtes, la région xiphoïdienne, la région dorsale sous-costale profonde. Il n'y a pas de dyspnée à proprement parler. Enfin, caractère essentiel, la phrénite rhumatismale est soulagée, et paraît guérir plus facilement que d'autres myosites de même nature par le traitement salicylé.

Peut-être existe-il d'autres phrénites que la rhumatismale, mais c'est l'élément rhumatismal qui est le grand pourvoyeur des phrénites.

Pour peu qu'on y pense, le diagnostic est en général facile avec les névrites du phrénique, dont les points douloureux sont caractéristiques; avec les pleurites diaphragmatiques que l'existence de frottements, d'un léger flou à la radioscopie permettront de reconnaître; avec les péritonites sous-diaphragmatiques, auxquelles l'intensité des phénomènes douloureux pouvait faire penser, mais l'absence de tout signe caractéristique de péritonite avec une localisation douloureuse qui se laisse indifféremment décrire comme abdominale haute ou comme thoracique basse, lèvera tous les doutes.

MAURICE LÉVY.

Rougeole à inoculation pulmonaire d'emblée. (N. BECHTOV (de Genève). *Revue méd. de la Suisse romande*, mai 1924.) — L'auteur rapporte l'observation d'une fillette dont la maladie débuta par des malaises et de la fièvre, suivis trois jours après de l'apparition d'un foyer pneumonique. Le lendemain, seulement, apparurent les signes usuels de la rougeole : catarrhe oculo-nasal, enanthème buccal, éruption à la joue et au cou, qui se montrèrent simultanément, sous la précession habituelle des premiers sur les derniers. En même temps, les signes pulmonaires devinrent intenses, plus étendus; malgré leur apparente gravité, il ne s'agissait que de congestion pulmonaire et la défervescence survint rapidement avec disparition aussi rapide des signes pulmonaires que des autres signes.

N. Bechtov signale l'intérêt qu'il y a, au point de vue pronostic, à distinguer cette forme spéciale de « rougeole à inoculation pulmonaire d'emblée » des complications pulmonaires précoces, du stade pré-éruptif de la rougeole, dont la gravité est classique. Cette forme se caractérise par :

Le début par une localisation pulmonaire lobaire;

Le synchronisme et le moment relativement tardif de l'apparition de phénomènes habituellement successifs et initiaux : catarrhe oculo-nasal, exanthème, enanthème;

La bénignité réelle et la fugacité contrastant avec la gravité et la tenacité de tout ce qui est bronchopneumonie ou même congestion pulmonaire, secondaires à la rougeole.

MAURICE LÉVY.

La matité de l'espace de Traube comme signe des petits épanchements de la cavité pleurale gauche. (ALEC CRAMER. *Revue méd. de la Suisse romande*, juin 1924.) — La matité de l'espace de Traube, recherchée sur le malade couché, est, à de très rares exceptions près, l'indice certain d'un épanchement abondant. Devant la difficulté du diagnostic des petits épanchements pleuraux, l'auteur a eu l'idée de rechercher comment se comporte dans ces cas l'espace semi-lunaire, en faisant changer de position le malade, au cours de l'examen. Lorsque le malade est couché l'espace de Traube reste tympanique, si par contre on fait asseoir le malade dans son lit, ou mieux encore si on le met en position genupectorale, l'espace devient submat ou mat, suivant la quantité de liquide pleural. La preuve de la pleurésie ou de l'hydrothorax a pu être faite ainsi dans des cas douteux, jamais par contre ces variations ne se sont produites dans le cas de condensation pulmonaire. Cette méthode peut également servir à l'étude de la mobilité du liquide dans la cavité pleurale.

C'est une méthode facile, qui a encore l'avantage de n'être pas douloureuse, ni particulièrement fatigante pour le malade et qu'on peut par conséquent utiliser avant de recourir à la radioscopie ou à la ponction exploratrice.

MAURICE LÉVY.

AFFECTIONS DES GLANDES VASCULAIRES SANGUINES

D'un syndrome d'asthénie avec troubles psycho-nerveux à prédominance cortico-surrénalienne. Surrénalisme thérapeutique. (Léopold LEVI. *Vie méd.*, 19 déc. 1924) — L'influence des capsules surrénales sur les systèmes nerveux et psychique est prouvée par de nombreux arguments d'ordre expérimental, anatomique, clinique et thérapeutique.

Les troubles neuro-psychiques de l'insuffisance surrénale grave, de la maladie d'Addison, des formes subaiguës et aiguës sont classiques. Mais il existe toute une série de cas, dans lesquels la symptomatologie à allure ou à prédominance nerveuse, dépend de la *petite insuffisance surrénale* notion importante pour le praticien car ces cas sont justiciables de l'opothérapie surrénale.

Les effets favorables de la médication acquièrent une valeur démonstrative au point de vue de l'origine surrénalienne des troubles myo-psycho-nerveux.

D'ailleurs un excès de substance surrénale employée thérapeutiquement détermine parfois des troubles nerveux que, par analogie avec le thyroïdisme, l'auteur appelle surrénalisme.

Par l'étude de nombreuses observations personnelles rapportées dans l'article et de quelques cas analogues, l'auteur a été amené à envisager l'existence d'un syndrome psycho-nerveux avec asthénie physique, auquel il donne le nom de surrénalien et qu'il étudie en détail.

Cliniquement à l'asthénie plus ou moins marquée, se combinent une série de symptômes, qui peuvent être considérés comme petits signes de l'insuffisance surrénale; douleurs lombaires, asthénie, amaigrissement, troubles intestinaux, troubles anesthésiques dans le domaine du sympathique abdominal. L'hyperthermie est fréquente. Les troubles psychiques consistent en asthénie intellectuelle, tristesse, tendance mélancolique, angoisse.

Etiologiquement, le syndrome paraît plus fréquent chez la femme que chez l'homme.

La débilité surrénalienne congénitale peut exister; dans les autres cas, parmi les causes déterminantes, on peut incriminer de nombreuses maladies en particulier la grippe, les intoxications (anesthésie prolongée du chloroforme) la grossesse. Souvent de nombreuses causes sont associées chez une même malade. Quant au rôle exclusif de la syphilis et de la tuberculose, il n'est pas prouvé.

L'insuffisance surrénale est parfois associée à d'autres troubles glandulaires ovariens et thyroïdiens. Fréquemment aussi l'insuffisance surrénale s'accompagne d'une hyperthyroïdie réflexe, qui intervient alors pour une part dans les troubles psycho-nerveux, surtout de la série anxiété.

Quant au trouble de la surrénale, il semble s'agir d'un trouble à prédominance corticale.

La médication surrénalienne, associée ou non à des médications adjuvantes, donne dans tous ces cas des résultats très favorables.

MAURICE LÉVY.

AFFECTIONS DU REIN

Les rapports de la néphrite parenchymateuse chronique et subaiguë avec la tuberculose pulmonaire. (MONNIER et PERRIN. *Gaz. méd. de Nantes*, 1924, n° 21.) — Une jeune fille entre à l'hôpital avec une néphrite subaiguë, hématurique, fortement albumineuse; la cause de cette néphrite restant obscure, aucune infection antérieure ne pouvant l'expliquer, on fit deux hypothèses : tuberculose ou syphilis. La réaction de Wassermann fut négative, la cuti-réaction à la tuberculine légèrement positive. Dans les jours suivants, apparition de signes de tuberculose au sommet du poumon gauche, sous forme d'un bloc pneumonique (cliniquement souffle et râles fins; radioscopiquement ombre dense, homogène); cette

tuberculose évolue et en même temps la néphrite persiste avec des alternatives de rémission et d'aggravation.

Cette observation semble démonstrative pour prouver les rapports de la tuberculose avec certaines néphrites parenchymateuses subaiguës. Elle est surtout intéressante parce que la néphrite a été pendant quelques jours au premier plan, masquant le début des lésions pulmonaires.

Comme conclusion pratique, on se souviendra qu'en présence d'une néphrite parenchymateuse subaiguë ou chronique il faut songer à une cause étiologique fréquente en pareil cas, à la tuberculose.

M. BRELET.

GÉNÉRALITÉS

Nouvel emploi de la belladone. (Ch. Everett HAINES. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, édition espagnole, 1er nov. 1924, p. 622.) — Un sujet jeune se plaignait de malaise épigastrique ; à l'examen radiographique on observait une contraction irrégulière de la région pylorique, rappelant un peu ce qu'on voit en cas de carcinome, si bien que le chirurgien était sur le point de pratiquer une laparotomie. C'est alors qu'on eut l'idée d'administrer de la belladone au patient. Nouvel examen radiologique; on ne retrouve plus l'état précédemment signalé, et le malade se trouva très amélioré. Sans doute, dans ce cas, la belladone a agi favorablement sur l'élément vagotonique. Mais ce cas montre qu'on ne devrait jamais effectuer une laparotomie, même exploratrice, parce qu'on a constaté, aux rayons X, une niche gastrique, sans avoir préalablement essayé la belladone, à moins, naturellement, qu'il n'existe des signes évidents de cancer.

L. BABONNEIX.

Quelques données sur la pathogénie des œdèmes. (Henri BÉNARD et E. BIANCANI. *Revue de méd.*, 1924, n° 9.) — Après un article déjà consacré à la pathogénie des œdèmes, les auteurs consacrent celui-ci à l'étude du rôle des colloïdes dans le métabolisme de l'eau chez les êtres vivants. Ils définissent brièvement les caractères de la cellule au point de vue physico-chimique; son équilibre physique qui n'est autre que celui de tout colloïde et son équilibre chimique, qui font de la cellule un tout équilibré, en équilibre avec le milieu ambiant. C'est aux variations de ce milieu que sont liées en particulier les variations de l'eau cellulaire, c'est-à-dire de l'état d'imbibition normal de la cellule. Ils ont étudié les variations de l'imbibition cellulaire, in vitro par l'étude des variations de poids des muscles de grenouille et de différents tissus sous l'influence de l'eau distillée, des solutions hypotoniques isotoniques et hypertoniques de NaCl, et sont arrivés aux conclusions suivantes que la valeur osmotique des solutions, leur état ionique et aussi la teneur en cholestérine et acides gras des différents tissus semblent être les facteurs capables d'agir sur l'imbibition normale des tissus.

Dans la deuxième partie de leur travail, les auteurs essaient d'appliquer ces données expérimentales « in vitro » à l'étude du métabolisme de l'eau dans l'organisme vivant, de façon à préciser les fondements physio-pathologiques de la rétention hydro-chlorurée de l'œdème. L'imperméabilité élective du filtre rénal, qu'invoque le professeur Widal, ne leur semble pas suffisante. Il vaut mieux, à leur sens, incriminer l'organisme tout entier, tous nos tissus, comme le pense le professeur Achard : la cause de l'œdème se trouverait dans un trouble général de notre métabolisme. Les données expérimentales précédemment exposées vont permettre de préciser la nature de ce trouble.

L'organisme comprend un système vasculaire clos, un système lacunaire, par l'intermédiaire duquel la circulation s'établit entre le système vasculaire et les tissus et se poursuit dans l'intimité même des tissus. Quant au régime de l'eau dans l'organisme, il comprend : l'eau de constitution des tissus, l'eau de circulation dans le système vasculaire, l'eau de réserve épanchée dans le système lacunaire. Il existe un équilibre constant entre les humeurs et les tissus. Or, toute modification de l'un quelconque des éléments de l'édifice cellulaire entraîne des modifications des autres éléments et en particulier de l'eau. Tous les facteurs qui accroissent l'hydrophilie de nos colloïdes humoraux et tissulaires augmentent parallèlement la quantité d'eau de notre organisme : celle de l'eau de nos tissus, celle de l'eau qui circule dans le système vasculaire (hydrémie), celle de l'eau épanchée dans le système extravasculaire.

C'est ce qui se produit dans l'œdème : les tissus, muscles et viscères aussi sont infiltrés d'eau chlorurée ; le sang est également imbibé d'eau chlorurée, enfin l'infiltration du système extravasculaire se produit, constituant le phénomène le plus apparent de l'œdème confirmé.

Ainsi l'œdème semble provenir d'une augmentation de l'hydrophilie de nos colloïdes tissulaires et humoraux. Or, les mêmes causes qui favorisent l'imbibition in vitro semblent intervenir pour accroître l'hydrophilie des tissus et des humeurs : présence d'ions salins, présence de traces d'acides ou de bases, augmentation du coefficient lipocytique, auxquels s'ajoutent d'autres facteurs accessoires.

Cette exagération de l'hydrophilie colloïdale produit l'infiltration œdémateuse de la façon suivante :

a. Sous l'influence de conditions pathologiques, la masse colloïdale aurait une appétence pour l'eau.

b. L'hydrémie tend à élever la pression intravasculaire en accroissant la masse totale du sang et favorise ainsi l'issue du liquide hors des vaisseaux.

c. Enfin, les membranes colloïdales représentées par les parois endothéliales des vaisseaux ont elles aussi leur pression d'imbibition accrue, de sorte que leur perméabilité est, selon toute vraisemblance, modifiée; ceci encore peut n'être pas étranger à la production de l'œdème.

Tel semble être, d'après les auteurs, le mécanisme qui aboutit à la réalisation de l'œdème.

MAURICE LÉVY.

L'ostéite déformante de Paget est-elle syphilitique? (G. THIBIERGE. *Paris méd.*, 27 déc. 1924, p. 539.) — Lannelongue et Fournier ont rattaché à la syphilis la maladie de Paget. Erreur absolue pour M. G. Thibierge, d'après lequel la plupart des médecins qui ont une certaine expérience de cette affection « se refusent à reconnaître son origine syphilitique, surtout son origine syphilitique constante, sa nature « syphilitique. J'ai entendu Broca, à la Société de médecine « légale, en 1921, traiter de roman la communication de « Fournier. Pierre Marie et André Léri s'élèvent aussi contre « l'opinion de ce maître. »

Aucun argument n'est de nature à imposer la conviction que, toujours et partout, la maladie de Paget est produite par le tréponème. Sans doute, on a signalé un certain nombre de cas de cette affection où la réaction de Bordet-Wassermann a été positive (28,6 p. 100 dans la statistique de A. Léri et P. Mathieu). Mais il faut bien faire observer, avec ces auteurs, que l'on s'est bien gardé de publier les cas où la réaction est négative. Seuls l'ont essayé MM. Souques, Barré et Vallery-Radot. Si l'on rapproche leurs cas de ceux épars dans la littérature, on arrive à une proportion de 77,9 p. 100 de cas négatifs. Sans doute, certains « Paget » à réaction de Wassermann négative étaient des syphilitiques. Mais est-on bien sûr que, dans les cas à réaction positive, la technique ait toujours été impeccable ?

Autre argument. On a dit que le traitement spécifique exerce sur la maladie une action favorable très nette. On a rappelé les cas de Fréchon et de Jacquet, où le résultat fut merveilleux, mais où, par malheur, il ne s'agissait nullement de maladie de Jacquet; on a fait allusion à d'autres, où les effets du traitement ont consisté en diminution ou disparition des douleurs ; mais dans aucun on n'a vu les lésions osseuses rétrocéder. Bien plus, nombreux sont ceux où, même très prolongé, l'usage du mercure et de l'iodure n'a eu aucun effet sur l'évolution de l'ostéite.

Reste la coïncidence de cette ostéite avec des manifestations syphilitiques. Elle est parfois indiscutable : aortite, tabes. Mais des cas de ce genre sont l'exception.

Quant aux lésions, un abîme sépare le tibia de la maladie de Paget du tibia en fourreau de sabre de Lannelongue. Celui-ci est gros et convexe en avant. Celui-là est gros aussi, convexe en avant, aussi, mais surtout convexe en dehors. Le premier est rendu gros par des appositions osseuses, des stratifications qui se sont déposées à sa surface; le second est gros dans toute son étendue et dans toute sa circonférence; il est convexe parce qu'il s'est incurvé; il a fléchi, ayant perdu sa résistance. Le premier a conservé sa longueur; parfois même, il s'est allongé; le second, s'étant infléchi, est devenu plus court. L'axe vertical du premier se confond avec son

axe normal, ou peu s'en faut; l'axe du second est courbé, à son ancien axe vertical s'est substituée la corde de l'arc que décrit l'os, laquelle, contrairement au précédent, n'est pas comprise dans la substance osseuse. D'ailleurs, dans le « Paget », les tibias ne sont pas seuls atteints : les fémurs, la colonne vertébrale, les clavicules, etc., le sont aussi. La syphilis à localisations osseuses multiples existe, mais, quelque ostéotrope qu'elle puisse être, elle n'atteint pas, avec cette symétrie et cette uniformité morphologique, la presque totalité du squelette. Elle est surtout l'apanage des jeunes, tandis que la maladie de Paget est une maladie de l'âge mûr ou avancé.

A la radiographie, comme à l'examen histologique, profondes différences entre les deux maladies : l'aspect ouaté que projette l'os dans la maladie de Paget est tout l'opposé de l'opacité uniforme et étendue des ostéites syphilitiques. Ces deux affections peuvent d'ailleurs voisiner, comme dans un cas d'Achard.

En somme, si la syphilis intervient dans le déterminisme de la maladie de Paget, ce n'est qu'à titre accessoire ou secondaire.

L. BABONNEIX.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

FORMES CLINIQUES DES PARALYSIES DIPHTÉRIQUES

Complication relativement fréquente de la diphtérie, elles peuvent se présenter sous deux grands types :

Paralysie localisée. — Le plus souvent au voile du palais, plus rarement à d'autres groupes musculaires.

Paralysie généralisée. — Débutant le plus souvent par le voile.

C'est qu'en effet la localisation des phénomènes paralytiques est en général fonction de la localisation infectieuse qui l'a précédée. Or l'angine étant la manifestation la plus commune de la diphtérie. il s'ensuit que la paralysie du voile, sera également la localisation la plus fréquente.

I. PARALYSIE LOCALISÉE : AU VOILE DU PALAIS

Début tantôt précoce, dès le quatrième ou cinquième jour de l'angine, dans les formes graves, tantôt plus tardif, à la convalescence, vers le vingtième jour dans les formes moyennes.

Annoncé alors par des prodromes : pâleur, tachycardie, albuminurie qui montrent la persistance de l'intoxication diphtérique.

Symptômes : troubles de la phonation, de la déglutition, de la respiration.

Troubles de la phonation. — Difficultés à prononcer les consonnes (*b* et *p*). Voix nasonnée.

Troubles de la déglutition. — Reflux des liquides par le nez (surtout liquides tièdes excitent moins la contractilité du voile).

Souvent anesthésie de l'orifice supérieur du larynx, permettant l'introduction de particules alimentaires, d'où accès de suffocation, et possibilité de broncho-pneumonie de déglutition.

Troubles de la respiration. — Ronflement pendant le sommeil.

Gêne pour siffler, souffler.

Difficultés de la succion : rend délicate l'alimentation des nourrissons.

Troubles de l'audition (parésie du péristaphylin externe qui ne dilate plus la trompe à chaque déglutition).

A l'examen de la gorge on constate :

Voile abaissé, inerte, pâle.

Luette flasque, traîne sur le dos de la langue; entraînée par les mouvements respiratoires lorsqu'on pince le nez.

Perte du réflexe pharyngien. Anesthésie au tact, à la chaleur.

En somme toute la gorge est atteinte (Marfan).

Formes cliniques. — Paralysie unilatérale du voile.

Paralysie partielle du voile : exceptionnelle.

Paralysies localisées à d'autres groupes musculaires : paralysies oculaires, des membres, etc., qui peuvent exister seules, mais qui le plus souvent se rencontrent dans les formes généralisées.

II. FORMES GÉNÉRALISÉES

Elles débutent en général par le voile, s'étend à tout le pharynx et au larynx : exagérant les troubles de la déglutition et de la respiration déjà signalés.

Dyspnée par paralysie des dilatateurs de la glotte.

Si le sujet est tubé, la paralysie des constricteurs empêche le tube de rester en place.

Paralysie oculaire. — Caractérisée par l'atteinte de l'accomodation (muscles ciliaires) d'où presbytie, le malade ne voit pas les objets rapprochés, ne peut pas lire. Mais les réflexes d'accomodation à la distance et à lumière sont normaux (*sphincter de la pupille, muscle irien*). Cette dissociation est caractéristique.

La musculature externe est rarement touchée (dilopie, strabisme : VIe paire).

Paralysie des membres. — Surtout des membres inférieurs.

Atteint surtout les muscles extenseurs de la jambe et péroniers latéraux.

Début annoncé par fourmillements, engourdissement.

A l'examen signes de paraplégie flasque : chute du pied, steppage, abolition du réflexe rotulien (signe précoce et constant).

Les **troubles sensitifs** sont variables : rarement douleurs vives, lancinantes; plutôt engourdissements, picotements. Objectivement zones d'anesthésies ou d'hypoesthésie, prédominant aux extrémités.

L'association de cette paraglégie avec les troubles oculaires a fait décrire un pseudo tabes diphtérique.

Au *membre supérieur*, paralysie prédomine aux extrémités.

Muscles du *cou* : tête ballante.

Muscles de la *face* : paralysie faciale, unilatérale.

Muscles du *thorax* : atteinte des muscles intercostaux ou du :

Diaphragme : l'abdomen se déprime à chaque inspiration (le malade avale son ventre).

Caractères généraux. — Ces paralysies ont toutes le même caractère. Ce sont des paralysies incomplètes (plutôt parésie) fugaces et dissociées, avec troubles sensitifs nuls ou très légers. Abolition des réflexes. Pas ou peu d'atrophie musculaire. Jamais de réaction de dégénérescence.

Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire, montre une légère réaction cellulaire, d'ailleurs inconstante, avec hyperalbuminurie et hyperglycorachie (Chauffard et Mlle Leconte).

On a signalé enfin des accidents cardio-pulmonaires et digestifs rapportés par Duchenne de Boulogne à la paralysie du pneumogastrique. Au moment de la convalescence, l'enfant est pris soudain de douleurs précordiales, avec dyspnée, cyanose, tachycardie extrême. Les bruits du cœur sont assourdis, la matité cardio-hépatique est augmentée, la tension artérielle très basse. Mort par syncope, souvent précédée de peu par des vomissements. Ces faits, décrits par Marfan, sous le nom de syndrome secondaire de la diphtérie, et qui s'observent surtout chez les sujets présentant une paralysie diphtérique, sont attribués actuellement à la dilatation aiguë du cœur.

Evolution. — Dans les formes localisées : durée environ trois semaines. Guérison complète.

Dans les formes généralisées, évolution plus longue. Allure capricieuse, les diverses localisations se succèdent au hasard. Mais le voile du palais, le premier atteint, reste presque toujours le dernier touché. Durée variable de six semaines, à six mois ou même un an.

Pronostic. — En général bénin, en dehors de l'atteinte du diaphragme, et des *formes aiguës ascendantes*, type Laudry qui évoluent en quelques jours vers la mort par atteinte des centres bulbaires.

En général les paralysies précoces sont plus graves que les paralysies tardives car elles sont l'indice d'une toxicité plus grande.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE... 40 fr. — UNION POSTALE...... 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Mutations des médecins des hôpitaux. — Par suite du décès de M. J. Camus, il est procédé aux mutations complémentaires suivantes : M. Léri va à la Charité, M. Darré à Cochin, et M. Brulé à Sainte-Périne. Ces mutations sont définitives.

— Concours de l'internat de Brévannes, Hendaye et San Salvadour. — *Epreuve écrite.* — Séance du 26 janvier. — Questions données : « La crosse de l'aorte. — Etude clinique de l'amibiase hépatique. »

Lecture des copies (anatomie). — Séance du 27 janvier. — MM. Delvaille, 12; Dublineau et Minot, 14; Perret, 12; Sallé, 8; Triau, 13; Kintgen, 7; Lacroix, 10; Miget, 9; Baconnel, 7; Berson, 12; Canonne, 11.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE NANTERRE. — Le 23 février 1925 s'ouvrira un concours pour l'admission à des places d'interne en médecine et en chirurgie à la Maison départementale de Nanterre et pour la désignation de candidats qui pourront être appelés, le cas échéant, du 16 mars 1925 au 15 mars 1926 à des places d'interne provisoire.

Le nombre des places d'interne titulaire mises au concours est actuellement fixé à deux.

Les internes titulaires reçoivent un traitement annuel de 4.000 francs, y compris l'indemnité de logement.

Une indemnité spéciale de nourriture est allouée aux deux internes de garde.

Le prix de la carte d'abonnement au chemin de fer entre Paris-Saint-Lazare et La Garenne-Bezons, est remboursé aux internes.

Le registre d'inscription des candidats est ouvert dès maintenant à la Préfecture de police (bureau du personnel). Il sera clos le 7 février 1925, à 16 heures.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Mutations : M. Lefèvre, chirurgien de l'hôpital Bel-Air, passe à l'hôpital Saint-André; M. Charbonnel est titularisé et nommé chirurgien de l'hôpital Bel-Air; M. Papin est nommé chirurgien à l'hôpital des Enfants.

— Un concours pour deux places de médecin adjoint des hôpitaux aura lieu le 28 avril 1925, à l'hôpital Saint-André.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Examen préparatoire. — Compositions écrites :

Histologie. — Séance du 23 janvier. — « Les gonocytes (origine et évolution). »

Histoire naturelle médicale et parasitologie. — Séance du 23 janvier. — « Valeur des caractères biologiques dans la détermination spécifique des parasites. »

Chimie. — Séance du 23 janvier. — « Cristalloïdes organiques et ammoniaques du sérum sanguin, variations, méthodes de dosage de ces divers composés, ainsi que de l'azote total. »

Physique. — Séance du 23 janvier. — « Principes généraux de radioscopie profonde. »

Obstétrique. — M. Pareux nous prie d'annoncer qu'il s'est retiré.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Jules Brisac, préfet honoraire, ancien directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques, conseiller technique administratif de l'Office national d'hygiène sociale est chargé, à titre temporaire, de l'organisation et du fonctionnement initial de l'Office national d'hygiène sociale et délégué, à cet effet, à titre provisoire, dans les fonctions de directeur, dans les conditions prévues à l'article 19 de l'arrêté du 19 janvier 1925. (*J. O.*, 27 janv. 1925.)

ASSOCIATION AMICALE DES ÉLÈVES ET ANCIENS ÉLÈVES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Les anciens élèves de la Faculté de médecine de Nancy se sont réunis le 25 mai 1924 pour constituer l'Association amicale des élèves et anciens élèves de la Faculté de médecine de Nancy.

L'Association a pour but d'entretenir des liens utiles de bonne confraternité entre tous ses membres et de défendre les intérêts moraux de la profession.

Elle organisera des réunions et publiera tous les ans un annuaire contenant les noms des anciens élèves et élèves de la Faculté ainsi que leurs situations et leur adresse.

Pour l'année 1925, le bureau est ainsi constitué :

Président : M. Bichat (de Lunéville); vice-présidents :

MM. L. Spillmann, 14, rue Saint-Léon, Nancy; Ganzinotty, rue de Phalsbourg, Nancy; secrétaire général : M. Caussade, 64, rue du Montet, Nancy; secrétaire adjoint : M. Benech, à Maxeville (Meurthe-et-Moselle); trésorier : M. Bonnet, 72, rue du Faubourg-Saint-Jean, Nancy.

Prière de bien vouloir envoyer les adhésions à M. le docteur L. Caussade. Siège social : Faculté de médecine, rue Lionnois, Nancy. — Le prix de la cotisation annuelle est fixée à 10 francs.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS LIBRE D'ÉLECTROLOGIE. — La Société des électro-radiologistes des hôpitaux de Paris organise, à partir du 9 mars 1925, une série de conférences d'électrologie et de démonstrations pratiques d'électro-radiothérapie.

Les conférences auront lieu tous les jours, à 17 h. 30, à l'amphithéâtre de physique de la Faculté de médecine de Paris.

Des démonstrations pratiques auront lieu, le matin, dans les services d'électro-radiologie des hôpitaux de Paris.

Pour l'inscription, qui est gratuite, s'adresser au docteur Mahar, hôpital Trousseau, 158, avenue du Général-Michel-Bizot, Paris (XIIe).

HOPITAL LAENNEC. — Le docteur Henri Bourgeois, chef du service d'oto-rhino-laryngologie, commencera le lundi 16 février 1925, à 9 h. 30, une série de quinze leçons sur les maladies du larynx et de l'œsophage, avec la collaboration de MM. Rouget, André Bloch, Ramadier, laryngologistes des hopitaux, et de MM. Maurice Bouchet, Ill, Tarneaud, Poyet, Soulas, assistants du service.

Le cours aura lieu les lundi, mercredi, vendredi, à 10 heures, et comprendra : 1° une consultation expliquée d'une heure avec examen des malades et pratique des techniques spéciales; 2° une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. Maurice Bouchet, assistant du service. — Droit d'inscription : 200 francs (100 francs pour les auditeurs des cours précédents).

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — M. Maurice Grivot, chef du service d'oto-rhino-laryngologie, commencera le mardi 17 février 1925, à 9 h. 30, une série de dix leçons sur les maladies de l'oreille et leurs complications, avec la collaboration de MM. Rouget, André Bloch, Ramadier, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, Louis Leroux, Feldstein, assistants du service.

Le cours aura lieu les mardi, jeudi, samedi, à 9 h. 30, et comprendra : 1° une consultation expliquée d'une heure avec examen de malades et pratique des techniques spéciales; 2° une leçon conçue dans un sens pratique.

Un certificat d'assiduité sera délivré aux auditeurs à la fin du cours.

S'inscrire à Saint-Antoine auprès de M. Louis Leroux, assistant du service. — Droit d'inscription : 150 francs (100 francs pour les auditeurs des cours précédents).

INSTITUT CALOT (Berck-Plage). — Place d'interne vacante. Conditions : nourri, logé et 5.000 francs d'honoraires pour l'année. — Conditions exigées : Etre à la veille ou au lendemain de la thèse, ou bien être interne titulaire ou provisoire de Paris. — Se présenter à M. Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, lundi et samedi, à 5 heures.

CALENDRIER DES PROCHAINS CONGRÈS. — Comme les années précédentes nous avons établi une liste des Congrès et des manifestations médicales pour 1925 et 1926 :

1925. — XVIe Cours internat. de médecine [maladie des organes digestifs et leur thérapeutique] (Vienne, Autriche, 9-21 février).

Ve Congrès des villes d'eaux, bains de mer et stations climatiques (Paris, 2-4 avril). — Secrét. gén. : M. V. Gardette, 3, rue Alexandre-de-Humbold, Paris (XIVe).

Congrès des Sociétés savantes (Paris, 14-17 avril). — Secrét., 2e bureau, direct. Enseig. supér., Ministère de l'Inst. publ.

IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires (Paris, 20-25 avril). — Commissariat du Congrès, 66, rue de Bellechasse, Paris (VIIe).

IIe Congrès médical franco-polonais (Paris, 20 avril). — Secrét. gén. : M. Hufnagel, 10, rue Freycinet, Paris.

Congrès de thalassothérapie (Arcachon, 20-25 avril). — Secrét. gén. du Comité permanent : M. Léo, 50, avenue du Président-Wilson, Paris; secrét. gén. du Congrès : docteur Chauveau, villa « La Rouvraie », Arcachon.

XXXVIIIe Congrès de la Société française d'ophtalmologie (Paris, 11-14 mai). — Secrét. gén. : M. René Onfray, 6, avenue de la Motte-Piquet, Paris (VIIe).

Congrès international d'ophtalmologie (Londres, mai).

Congrès de médecine légale (25-28 mai). Le premier jour à Lille, les deux autres jours à Paris. — Secrét. gén. : M. Etienne Martin, 10, rue du Plat, à Lyon.

XXIXe Session du Congrès des aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française (Paris, 28 mai-2 juin). — Secrét. gén. : M. Dupain, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

Centenaire de Charcot (Paris, 2-6 juin). — Secrét. gén. : M. Souques, 17, rue de l'Université, Paris.

Réunion neurologique internationale (Paris, 5-6 juin). — Secrét. gén. : M. Crouzon, 70, avenue d'Iéna, Paris.

Ve Session des Journées médicales belges (Bruxelles, 21-24 juin). — Secrét. gén. : M. Beckers, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

Congrès internat. de radiologie (Londres, 30 juin). — Secrétariat : Institut britannique de radiologie, 32, Welbeck Street, Londres, W. I.

Journées médicales de Toulouse (Toulouse, 11-14 juillet). — Secrét. gén. : Professeur Bardier, 10, rue Saint-Etienne, Toulouse.

VIIe Session du Congrès de l'internat (Nancy, 16-18 juillet). — Secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

XVIIIe Congrès français de médecine (Nancy, 16-19 juillet). — Secrét. gén. : Professeur G. Etienne, 32, faubourg Saint-Jean, Nancy.

Ve Congrès internat. d'histoire de la médecine (Genève, 20-25 juillet). — Secrét. gén. : docteur A. de Seyer, 20, rue Général-Dufour, Genève; secrét. gén. de la Société : docteur Laignel-Lavastine, 12 *bis*, place de Laborde, Paris.

Congrès internat de médecine des accidents du travail (Amsterdam, septembre). — Secrét. gén. : docteur D. Brocx, Pieke de Hooch Straet55, Zimmer, 64, Amsterdam.

XIe Congrès internat. d'hydrologie, de climatologie et de géologie (Bruxelles, 1er-15 oct. 1925).

XXXIVe Congrès de chirurgie (Paris, 5-10 octobre). — Secrét. gén. : M. Auvray, 186, avenue Victor-Hugo, Paris (XVIe); secrét. adj. : M. Lenormant, 1 *bis*, rue de Buenos-Aires, Paris.

XXVe Congrès français d'urologie (Paris, 7-10 octobre). — Secrét. gén. : M. Pasteau, 13, avenue de Villars, Paris.

VIIe Réunion annuelle de la Société française d'orthopédie (Paris, 9 octobre). — Secrét. gén. : Professeur Frölich, 22, rue des Bégonias, Nancy; secrét. adj. : M. Mathieu, 74, rue Vaneau, Paris.

XXXVIIIe Congrès d'oto-rhino-laryngologie (Paris, 15 octobre). — Secrét. gén. : M. Liébault, 216, boulevard Saint-Germain, Paris.

IIe Congrès français de stomatologie (Paris, 19-24 octobre). — Secrét. gén. : M. Bercher, 147, boulevard Saint-Michel, Paris.

1926. — VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie (Rome, 7-10 avril). — Secrét. gén. : Docteur Mayer, 72, rue de la Loi, Bruxelles.

Ier Congrès médical des pays latins (Paris, juin).

Ier Congrès des Associations de la presse médicale latine (Paris, juin).

VIe Congrès national de la tuberculose (Lyon).


CACHETS "ROCHE"
DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50
DE THIOCOL "ROCHE"
Sirop Roche
Ch. Weiss
COMPRIMÉS ROCHE
DE THIOCOL

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES DE LA GANGRÈNE PULMONAIRE

Par M. P. MEIGNANT,
Interne des hôpitaux de Paris.

Depuis vingt-cinq ans, de très nombreux travaux ont complété et modifié les données classiques sur la gangrène pulmonaire : des études bactériologiques ont d'abord précisé la flore microbienne en cause et montré sa complexité (aérobies à virulence exaltée, anaérobies, association fusospirillaire) ; puis s'est ouverte une véritable phase thérapeutique pendant laquelle les auteurs se sont efforcés de mettre au point les indications et la technique des méthodes actuelles de traitement (sérothérapie, arsénobenzols, ail, pneumothorax, lardage, injections antiseptiques intratrachéales). Ces recherches continuent; mais, depuis quelques années, a commencé une nouvelle ère clinique ; depuis la guerre surtout, on a dû constater que la magistrale description de Bucquoy ne représentait plus la majorité des cas de gangrène pulmonaire ; que, sous des influences d'ailleurs mal définies (thérapeutique, « génie épidémique »), l'aspect de l'affection s'était modifié. Cela justifie une tentative de mise au point que rend d'ailleurs plus actuelle la fréquence incontestablement accrue de la gangrène pulmonaire depuis la grande épidémie dé grippe et depuis que tant d'anciens combattants sont prédisposés par les séquelles pulmonaires des intoxications par les gaz axphyxiants. Cette mise au point tendra à rester sur le seul terrain clinique, mais par la force des choses nous serons amené à esquisser les grandes indications thérapeutiques.

I. **Formes évolutives.** — Bucquoy (1875) avait décrit une gangrène pulmonaire massive, d'évolution aiguë, rapidement mortelle en général. Il est certain que cette gangrène très grave, telle qu'elle est exposée dans tous les traités classiques, que ce soit sous sa forme pneumonique ou sous sa forme pleurale, se rencontre encore. Il est non moins certain que les guérisons, jadis considérées comme exceptionnelles, sont actuellement plus fréquentes, et surtout que se rencontrent plus fréquemment des formes à évolution prolongée, traînante, évoluant de façon subaiguë en une seule tenue ou par poussées successives entrecoupées de rémissions parfois très longues. En sorte que l'aspect clinique de la maladie apparaît beaucoup plus polymorphe, le pronostic général beaucoup moins immédiatement sombre que ne le feraient croire les descriptions encore courantes. De la gangrène pulmonaire, il faut décrire aujourd'hui toute une gamme de formes cliniques de gravité décroissante (formes suraiguës, aiguës, subaiguës), en les séparant soigneusement des cas de gangrénisation secondaire de cavités suppurantes bronchitiques ou pulmonaires.

A. **Gangrène pulmonaire proprement dite.** — 1. FORMES SURAIGUËS. — Elles sont heureusement rares. Léon-Kindberg et Mauvoisin en ont relaté un cas sous le nom de *forme septicémique frissonnante de la gangrène pulmonaire*. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-neuf ans chez laquelle fut posé le diagnostic d'attente de septicémie, puis celui de granulie. Puis la gangrène jeta le masque (pleurésie putride, caverne) et l'autopsie montra des foyers multiples de gangrène pulmonaire.

2. FORMES AIGUËS, classiques. — a. *Forme pneumonique* (*Bucquoy*). — *Début brusque* ou rapidement progressif, « grippal », avec d'emblée point de côté très vif, toux sèche, dyspnée accentuée, peu ou pas d'expectoration. On croirait à une pneumonie ou mieux *à une congestion pulmonaire grave* (matité ou submatité souvent à la base droite, diminution du murmure vésiculaire ou râles crépitants ou sous-crépitants aux deux temps, souffle tubaire, bronchophonie, etc.). Devant une telle affection pulmonaire aiguë, il faut suspecter la gangrène si à des signes physiques relativement minimes s'opposent des signes généraux toxiinfectieux très graves (40-41° pouls très rapide et petit, prostration, pâleurs, oligurie).

La *gangrène fait sa preuve*, dès le troisième ou cinquième jour, *lorsque apparaissent l'haleine, puis l'expectoration fétides :* pseudo-vomique abondante, horriblement fétide, fécaloïde, brunâtre, purulente, sale, avec au repos séparation en trois couches : inférieure puriforme, opaque, grumeleuse; moyenne séro-albumineuse, superficielle aérée. L'examen microscopique y montre des débris de parenchyme pulmonaire (épithéliaux, amas pigmentaires d'anthracose, fibres élastiques), des débris globulaires (pyocytes, hématies), une flore microbienne sur laquelle nous reviendrons. L'hémoptysie microscopique est constante, l'hémoptysie macroscopique fréquente, parfois grave.

A mesure que le foyer nécrosé s'élimine dans le crachoir, le syndrome physique initial fait place à un *syndrome cavitaire* de plus en plus net, cerclé par une zone de condensation plus ou moins extensive.

L'état général s'aggrave d'ailleurs de plus en plus : fièvre oscillante, pouls petit, rapide, puis incomptable; facies plombé subictérique ; langue sèche ; torpeur ou délire; anurie. La *mort* est la terminaison naturelle en dix à vingt jours par toxiinfection générale, ou par septicémie, parfois dans l'hyperthermie. Parfois la hâtent une hémoptysie, une pleurésie gangréneuse secondaire, une localisation à distance telle qu'une endocardite.

b. *Forme pleurale.* — A cette forme pneumonique s'oppose la forme pleurale caractérisée par :

Sa pathogénie, *souvent forme embolique*, compliquant un foyer distant d'infection gangréneuse, connu ou non (appendicite, otite).

Son *début brusque*, embolique, par point de côté soudain et violent, dyspnée, toux.

Le développement rapide d'un *épanchement pleural que la ponction montre être un liquide louche ou roussâtre*, putride, chargé de germes et de lambeaux pulmonaires sphacélés.

Son *évolution rapide* vers la mort par toxiinfection générale, souvent après apparition d'un syndrome de pyopneumothorax spontané, le plus souvent avant que le foyer cortico-pulmonaire se soit mis en communication avec les bronches.

Cette forme pleurale, due en réalité à une cortico-pleurite gangréneuse est souvent le fait d'un *processus embolique* (embolus septique parti d'un foyer pelvien, appendiculaire, otitique). C'est le type des gangrènes secondaires à des actes opératoires (gynécologiques, otitiques) et qu'on pourrait dans certains cas éviter par une sérothérapie préventive.

D'ailleurs, la gangrène embolique n'est pas forcément une forme pleurale, mais peut être :

— une forme pneumonique,
— une forme à petits foyers disséminés.

Telles sont les formes aiguës, trop classiques pour que sur elles nous insistions. Elles sont, d'ailleurs moins fréquentes que les formes subaiguës.

3. Formes subaiguës. — *a*. Parfois — notamment lorsque la thérapeutique a été judicieuse et heureuse — la forme aiguë ne tue pas. Déjà les classiques avaient noté la possibilité de *son passage à une forme subaiguë* où la maladie peut persister pendant des semaines et même pendant plusieurs mois caractérisée par des améliorations passagères. Ils avaient même cité *une forme chronique* et, par ailleurs, on a de tout temps vu des guérisons, tout en réservant la possibilité de récidives. Nous reviendrons sur ce point.

b. Mais les *formes subaiguës vraies*, surtout rencontrées aujourd'hui sont d'un autre type. La première manifestation de la maladie n'a pas l'allure grave de la forme classique; elle cède relativement vite et facilement; tout semble rentrer dans l'ordre, mais plus ou moins longtemps après le premier « épisode » en apparaissent d'autres, et l'affection évolue ainsi des années, par phases alternatives d'amélioration et d'aggravation jusqu'à une issue qui peut être favorable ou fatale.

Le *premier épisode* prend tout d'abord l'aspect d'une pneumopathie aiguë mal définie, mais sans apparence grave; on pense à une congestion pulmonaire, à une pleurésie interlobaire lorsque, après hémoptysie ou non, la gangrène se révèle par l'haleine et l'expectoration fétides; parfois il y a réaction pleurale exsudative, mais le liquide, ni macroscopiquement ni microscopiquement, n'est caractéristique. La *radio*, d'un grand secours, montre en un point quelconque du poumon, une tache, puis, se constituant avec une rapidité parfois presque pathognomonique, une image cavitaire. L'évolution est variable, tantôt courte (quelques semaines), tantôt longue, subaiguë et torpide pendant plusieurs mois.

Les *épisodes ultérieurs* s'espacent sur des années. Chacun prend une physionomie particulière, grave ou légère, mais toujours marquée par :

Altération de l'état général,

Reprise de la fétidité de l'haleine et réapparition de l'expectoration gangréneuse pathognomonique,

Constitution d'un nouveau foyer décelable au lit du malade et surtout à la radio : celle-ci, ou permet de retrouver les images données par la première poussée ou n'en montre que les cicatrices; ou révèle une image cavitaire nette en un autre point du parenchyme.

A cette forme intermittente, véritable gangrène à éclipses, *deux terminaisons* sont possibles :

1. *La mort*. — Soit par cachexie et toxiinfection progressive, soit par le fait d'une poussée aiguë particulièrement grave.

2. *La guérison*. — *Mais celle-ci ne peut-être affirmée qu'avec une extrême circonspection.* Il peut s'agir, en effet, de pseudo-guérison, de rémissions particulièrement prolongées (des mois, des années). Pour affirmer la guérison, il faut l'épreuve du temps. Il faut que ne persiste aucun signe objectif ni clinique ni radiologique et que pendant deux, trois ans peut-être, aucune hémoptysie, aucune fétidité intermittente de l'haleine n'aient été constatées, que ni l'auscultation ni la radio ne révèlent plus trace de foyer.

c. Doivent être enfin isolées les *formes subaiguës traînantes d'une seule tenue*. Ici aussi la maladie présente des rémissions et des exacerbations, mais jamais l'expectoration fétide ne disparaît, jamais l'examen clinique ou la radio ne montrent le retour complet à l'intégrité du poumon. L'état général n'est jamais satisfaisant. L'affection dure des mois et la mort peut finalement être due à la cachexie ou à une flambée terminale.

D'où provient la fréquence actuelle de ces formes subaiguës? De l'influence de nos moyens thérapeutiques modernes? Peut-être. Nous ne pouvons que signaler ici cette question extrêmement complexe.

B. **Gangrénisation secondaire de cavités parenchymateuses ou bronchitiques préformées.** — Le processus de gangrénisation, d'infection anaérobie secondaire surajoutée à un processus cavitaire de toute origine ou à une bronchectasie apparaît à priori toute autre que la gangrène pulmonaire vraie que nous avons jusqu'ici étudiée. Dans la plupart des cas, il n'en est cependant pas ainsi.

1. Gangrène pulmonaire et dilatation des bronches. — On sait avec quelle fréquence les processus aigus qui entrecoupent l'histoire des bronchectasies sont dus à des flambées d'infection anaérobie, d'ailleurs bénignes, et l'on isole à bon droit, hors de la gangrène pulmonaire, les *bronchites fétides*, par macération simple de l'expectoration; la *gangrène des extrémités bronchiques* qui atteint la paroi des bronches, mais reste superficielle et bénigne (*gangrène de Briquet*, *gangrène curable de Lasègue*). Les classiques ajoutaient : la gangrène pulmonaire vraie complique rarement la dilatation des bronches. Ceci est peut-être vrai de la gangrène type Bucquoy; ce ne l'est pas de cette forme subaiguë et à éclipses de gangrène sur laquelle nous venons d'insister. Chez de tels malades, les poussées d'évolution avec hémoptysie, fétidité, mauvais état général, peuvent être dues à des processus authentiques de bronchopneumonie gangréneuse évoluant, au contact ou *à distance* de la bronchectasie, et décelables cliniquement et radioscopiquement. Par exemple, alors qu'existe une bronchectasie de la base droite, on assiste à l'évolution par poussées de foyers apicaux de gangrène, et « l'on peut se demander si la bronchectasie, dans ces cas, n'est pas secondaire à l'infection anaérobie » et « le témoin d'une gangrène pulmonaire chronique. »

2. La gangrénisation peut compliquer l'évolution d'un infarctus pulmonaire, d'un kyste hydatique, d'un abcès du poumon. — Nous observons actuellement, dans le service de notre maître le docteur Courcoux, un cas de ce genre, gangrénisation d'un abcès pulmonaire d'origine puerpérale, qui évolue de façon subaiguë, presque chronique, sans rémissions vraies, mais avec des poussées nettes, et laisse un état général presque parfait. Dans ce cas il est vrai, comme dans la plupart des observations actuellement publiées, il est malaisé de démêler l'influence de l'action thérapeutique sur la marche de l'affection.

Doivent être mis à part les *cas de gangrène compliquant la syphilis et surtout la tuberculose cavitaire* : « la gangrène vraie évolue chez le tuberculeux avec ses caractères habituels pour son propre compte, occupant toute la scène clinique ». (A. Courcoux et Lelong).

Parfois il s'agit d'une gangrénisation des parois d'une caverne, toujours grave (hémoptysies à répétition, fétidité, mort). Parfois la gangrène se greffe chez un tuberculeux sur une dilatation bronchique plus ou moins latente.

3. Nous rappellerons enfin pour mémoire les cas où la gangrène pulmonaire apparaît comme *complication d'une plaie de poitrine* ou complique l'abcès développé autour d'un corps étranger.

Complique une affection médiastinale extrapulmonaire tel qu'un cancer de l'œsophage (abcès ou phlegmon gangréneux, périœsophagite propagée au poumon), ou un abcès sous-phrénique.

Et nous rappellerons pour mémoire la gravité que donne à la gangrène pulmonaire le fait qu'elle survient *chez un diabétique* (pas ou peu de fétidité de l'haleine et d'expectoration, syndrome cavitaire rapidement constitué).

Telles sont, schématiquement, les formes cliniques et évolutives de la gangrène pulmonaire.

Diagnostic. — Reconnaître une gangrène pulmonaire n'est pas, en général, chose difficile. Cependant :

Avant toute expectoration, toute fétidité de l'haleine, on peut méconnaître la gangrène. L'attention doit être attirée, en présence d'une pneumopathie aiguë, par le contraste entre des signes fonctionnels et généraux très intenses et des signes physiques discrets, par la survenue d'hémoptysies. Le plus souvent les pneumonies bâtardes, les congestions pulmonaires ne seront éliminées que lorsque la fétidité apparaîtra ou lorsque la ponction aura révélé un liquide nauséabond caractéristique (nous ne voulons pas aborder ici la question du diagnostic des pleurésies putrides). Cependant l'image radiologique est très précocement suggestive (voir plus loin).

Lorsque existent haleine et expectoration fétides, aucun doute n'existe plus sur l'existence d'un processus gangréneux broncho-pulmonaire, à condition qu'on veuille bien faire un examen de la bouche et du rhinopharynx pour éliminer l'ozène, les rhinites fétides, les stomatites ulcéromembraneuses, le noma et la gangrène de la bouche, certaines caries dentaires puantes.

Plus difficile est la question de savoir si le processus putride est le fait :

d'une *gangrène pulmonaire vraie* ou celui d'*une infection anaérobie greffée sur une dilatation des bronches* (bronchite fétide);

d'*une gangrénisation d'une cavité pulmonaire* (tuberculose, abcès) ou *pleurale* (pleurésie interlobaire). L'évolution facilite le diagnostic puisque toujours on retrouve deux stades : de suppuration banale, jugée par une vomique, puis d'infection gangréneuse de la cavité suppurante.

II. **Formes topographiques**. — Ce diagnostic d'ailleurs, intéressant au point de vue théorique, l'est moins au point de vue du pronostic immédiat. Sauf dans certains cas en effet (caverne tuberculeuse gangrénée) ce qui importe surtout c'est de préciser le siège exact, l'étendue des lésions, leurs caractères bactériologiques, et ce pour fixer les indications thérapeutiques. A ces fins on arrive par des examens radioscopiques, par des examens de laboratoire dont on ne peut plus se passer aujourd'hui.

La *radioscopie ou la radiographie* difficile à mettre en train, au moins dans les conditions actuelles, en présence d'une gangrène massive aiguë, sont au contraire d'un emploi courant dans les formes traînantes et subaiguës.

Précocement le radio donne une image tout à fait spéciale : image triangulaire à base costale, à sommet dirigé vers le médiastin ou le hile, précocement creusée d'une cavité hydroaérique, ou bien c'est un gros empâtement périhilaire. Ce qui est surtout typique, c'est la rapidité avec laquelle se constituent des images spélonquaires. Celles-ci, dans les formes prolongées, tendent à s'accroître excentriquement. Dans les formes à rechutes elles apparaissent et disparaissent pour réapparaître au même point ou dans une zone voisine, et les images prises lors de poussées successives ne sont nullement superposables.

La radio permet en outre de localiser nettement le foyer ou les foyers, d'apprécier leur profondeur, leur volume, de suspecter leur communication large ou non avec les bronches. On conçoit quelles déductions d'ordre pratique découlent de ces données puisqu'il est de prime abord évident :

qu'*une forme pleurale* commande la thoracotomie d'urgence;

qu'une forme massive (*lobite ou pseudolobite pulmonaire gangréneuse*) ne pourrait être directement abordée que par le lardage ou par thoracotomie en un ou deux temps (drainage après création d'adhérences pleurales);

que le pneumothorax artificiel ne peut être discuté qu'en présence d'une *forme unilatérale*; qu'à son défaut dans ces cas seuls peuvent être discutées les indications d'un décollement pleuropariétal (les cas les plus favorables sont les *formes bien limitées* (type des gangrènes subaiguës), lobulite aiguë unilatérale et l'*embolie gangréneuse*);

que les injections intrabronchiques enfin seront surtout de mise si le *foyer est hilaire, parabronchique* (forme broncho-pneumonique à foyers déterminés bilatéraux), ou s'il s'agit de la *gangrénisation d'une dilatation des bronches* ou d'une *cavité pulmonaire largement ouverte dans les bronches*.

III. **Formes bactériologiques**. — Mais depuis qu'ont été préconisés une chimiothérapie active et les sérums antigangréneux, un diagnostic topographique ne suffit pas. *Un constant effort d'identification bactériologique doit être fait.* On fera des examens sur lame avec les crachats épurés par lavage à l'eau stérile, des cultures sur gélose au sang inclinée, en lait cacheté, en gélose profonde Veillon. Dans la règle on trouve des formules bactériologiques complexes et d'une façon générale on se trouve bien, en présence d'un cas de gangrène pulmonaire, d'associer les chimiothérapie et sérothérapie. Cependant, ne serait-ce que du point de vue pronostic, on a un gros intérêt à séparer :

a. Des formes où le simple examen de lames décèle la présence de l'*association fusospirillaire*, analogue à l'angine de Vincent : gangrènes pulmonaires fusospirillaires type Maurice Perrin, relevant de l'arsénothérapie.

b. Des formes ou étalements sur lames et cultures montrent une *riche flore anaérobie.* Que le germe prédominant soit le B. ramosus (bacille Gram-positif mince, quelquefois bifurqué) ou un gros bacille Gram-positif du type perfringens, qu'on isole au contraire des germes tels que les B. fundiformis, M. fœtidus, B. sporogènes, la sérothérapie (surtout en cas de perfringens) est indiquée spécialement. Sans doute celle-ci n'agit pas spécifiquement; quel que soit son mode d'action on ne peut s'en passer dans les formes de ce groupe.

c. On associera à la sérothérapie antigangréneuse la sérothérapie anti-aérobie (*antistreptococcique*, par exemple) lorsque les examens feront reconnaître une gangrène pulmonaire sans anaérobies ou avec aérobies (strepto, pneumo, staphylo, M. catarrhalis, entérocoque, coccobacille de Pfeiffer). Dans ces cas seuls serait de mise la vaccinothérapie.

d. Enfin la bactériologie seule permettra parfois de dépister, en présence d'une *caverne gangrénisée, l'étiologie initiale tuberculeuse, mycosique, hydatique* (broncho-pneumonie mixte tuberculeuse et fétide, broncho-pneumonie gangréneuse des pneumokonioses).

Il serait à souhaiter que dans tous les cas de gangrène pulmonaire soit aujourd'hui précisé le double diagnostic anatomique (radio) et bactériologique. Une gangrène ne peut plus être traitée utilement sans la connaissance de ce double élément. Une discussion sur la valeur de telle ou telle thérapeutique ne peut être utile que si l'on série les cas. Or il apparaît chaque jour davantage que sous le nom de gangrène pulmonaire on englobe des cas très disparates, chaque cas demandant une adaptation thérapeutique spéciale.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Sur la gangrène pulmonaire en général** et spécialement sur les formes aiguës, pneumoniques et pleurales, consulter, outre les *Traités classiques* :

LEMIERRE et KINDBERG. Etude clinique sur la gangrène pulmonaire, *Ann. de méd.*, mars 1924, t. XV, n° 3.

G. ROSENTHAL. Les gangrènes pulmonaires. Etude de démembrement de clinique thérapeutique, *Paris méd.*, 8 déc. 1923. *Journ. méd. franç.*, mai 1920 et fév. 1923.

2. **Sur la forme suraiguë** :

L. KINDBERG et MAUVOISIN. Forme septicémique frissonnante de la gangrène pulmonaire, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 16 nov. 1923.

3. **Sur la forme aiguë**, consulter sur des points de détails (hémoptysies), etc. :

G. CAUSSADE et JOLTRAIN. *Bull. méd.*, 1908, n° 65.

R. SIMOND. *Th. de Paris*, 1908.

LENOBLE (de Brest) et JEGAT. Gangrène limitée à une portion du poumon droit avec amputation spontanée du lobe supérieur, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 avril 1922.

GUILLEMOT. Gangrène embolique, *Th. de Paris*, 1899.

4. **Sur les formes prolongées et subaiguës** :

Dictionnaire Dechambre, art. de BARIÉ sur la GANGRÈNE PULMONAIRE.

G. CAUSSADE et G. ROSENTHAL. Un cas de gangrène pulmonaire traitée avec succès par le lardage, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 avril 1923. Discussion : MM. P.-E. Weil, Dufour.

G. CAUSSADE, A. COYON et L. COTONI. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 juillet 1914.

G. CAUSSADE et TARDIEU. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 oct. 1924.

DUFOUR. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 avril 1923.

GIRARD. Gangrène pulmonaire à poussées successives, *Th. de Paris*, 1923.

DENÉCHAU, ESTÈVE et CARTIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er déc. 1923.

LEMIERRE, L. KINDBERG et PIÉDELIÈVRE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 11 nov. 1921.

5. **Sur gangrène et tuberculose** :

CAUSSADE, TARDIEU et ROSENTHAL. Gangrène et tuberculose pulmonaire associées, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 nov. 1924.

A. COURCOUX et LELONG. Tuberculose et gangrène pulmonaire, Ve Congrès national de la tuberculose, *Revue de la tuberculose*, 1923, n° 4.

J. HUBER. Gangrène et tuberculose pulmonaire associées, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 nov. 1924.

LEMIERRE et Et. BERNARD. Gangrène pulmonaire à évolution rapidement mortelle au cours d'une tuberculose aiguë granulique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 nov. 1924.

M. RENAUD. Caverne pulmonaire par processus associés de tuberculose aiguë et de gangrène, *Soc. anat.*, 30 oct. 1920.

Ch. ROUBIER. Tuberculose et gangrène pulmonaire, *Progrès méd.*, 6 sept. 1924.

6. **Sur gangrène et dilatation des bronches, voir notamment** :

CAUSSADE, G. ROSENTHAL et SURMONT. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 mars 1924.

P.-E. WEIL, SEMELAIGNE et COSTE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 29 avril 1921.

CONGRÈS

LES JOURNÉES MÉDICALES MAROCAINES

[26-29 DÉCEMBRE 1924] (1)

Que dire de la splendeur de l'hospitalité marocaine, de la somptueuse et inoubliable réception faite aux hôtes des journées médicales par le maréchal Lyautey, par les autorités marocaines, et surtout de la chaude sympathie de nos confrères marocains!

Ces jours de fête à Casablanca, puis à Rabat sous un ciel éblouissant, ont laissé à tous les congressistes un souvenir plein de gratitude, plein d'admiration aussi pour l'œuvre médicale accomplie par la France dans l'Empire Chérifien.

La séance d'ouverture a eu lieu à Casablanca sous la présidence effective du maréchal Lyautey. Sur l'estrade : MM. Beckers, délégué du gouvernement belge, J.-L. Faure; Fiessinger, Roux-Berger, Chiray (de Paris), Garin (de Lyon), Bégouin (de Bordeaux), Ardin-Delteil, Nicolle (de Tunis), Abadie (d'Oran), Liouville, Burnet, Beros, Odoul, Spéder, président du Comité d'organisation, le médecin-inspecteur Oberlé, directeur général des services de santé du Maroc, le docteur Colombani, etc,

Le premier, M. Spéder prit la parole pour remercier le maréchal et Mme Lyautey de leur présence et de leur constante sollicitude pour tout ce qui au Maroc touche au domaine médical. Il rappelle le but des journées et rend un hommage ému au professeur Bergonié qui avait accepté d'y participer. Il salue ensuite les confrères venus de la Métropole et notamment le docteur Beckers, l'initiateur des brillantes journées médicales de Bruxelles.

Après un certain nombre de discours commencent les travaux scientifiques.

C'est l'étude du cancer qui fait l'objet des premières communications :

Le cancer au Maroc. — MM. DEKESTER, SPÉDER, PÉRARD montrent que même chez les indigènes marocains, le cancer a une extension tout à fait comparable à celle qu'il a dans les pays dits « civilisés ».

Les rapporteurs, apportent des statistiques très incomplètes

(1) Service de l'*Association de la Presse médicale française.*

encore, comprenant 743 cas parmi lesquels 444 cas arabes, 65 cas israélites, 234 cas européens (la population européenne du Maroc compte 66.000 individus).

L'existence du cancer chez les indigènes n'est plus discutable; sa fréquence est, de l'avis de tous ceux qui recherchent systématiquement le cancer chez eux, aussi grande que chez les européens, prédilection nette des cancers épithéliaux malpighiens sur les conjonctifs.

Chez les israélites indigènes, les ostéo et lymphosarcomes sont surtout fréquents : ils ne sont pas indemnes de cancers utérins. Prédominance apparente du cancer chez l'homme.

Aux raisons d'ordre *social*, qui militent en Europe en faveur de la lutte contre le cancer; aux raisons d'ordre *humanitaire*, s'ajoutent, au Maroc, des raisons d'ordre *colonial :* fournir aux expatriés les moyens thérapeutiques modernes; et des raisons de *haute civilisation :* faire bénéficier des derniers progrès de la thérapeutique les peuples que la France a pris en charge de faire progresser dans la civilisation.

La chirurgie du cancer de l'utérus. — M. J.-L. Faure après avoir exposé les étapes diverses qu'il a parcourues depuis vingt-cinq ans qu'il s'occupe du traitement chirurgical du cancer de l'utérus, montre l'amélioration constante de ses statistiques de guérison complète et définitive du cancer de l'utérus et l'excellence de ses statistiques opératoires.

Dans les cas *opérables*, où l'utérus est mobile, le seul traitement d'après J.-L. Faure, est l'intervention, l'hystérectomie totale élargie; les guérisons sont obtenues dans 80 p. 100 des cas au moins.

Dans les cas *médiocres*, où la mobilité de l'utérus est compromise, les guérisons atteignent 40 p. 100.

Dans les cas *mauvais*, le pourcentage tombe à 15 ou 20 p. 100.

Le cancer de l'utérus, opérable et opéré précocement est infiniment moins grave (60 succès sur 100 cas au bout de dix ans), que le cancer du sein opérable et opéré (30 succès sur 100 dans les mêmes conditions).

M. J.-L. Faure préconise le Mikulicz, qui réduit considérablement la gravité de l'opération : la mortalité opératoire descend à moins de 3 p. 100. La curiethérapie doit être réservée aux malades sur la limite de l'opérabilité et aux inopérables qui peuvent être ainsi rendus souvent opérables : pour ces derniers surtout, le radium rend des services immenses. Les *bons* cas doivent être réservés — quant à présent encore — au chirurgien. L'opinion de l'auteur pourra changer quand il sera démontré de façon absolue que le radium guérit ces cas aussi bien que l'intervention.

M. J.-L. Faure présente ensuite un film d'hystérectomie élargie pour cancer du col où tous les temps de son opération peuvent être suivis avec précision.

Etat actuel du diagnostic et du traitement du cancer du sein et de la langue, M. Roux-Berger. — Un nombre important de cancers du sein, sont sensibles aux radiations. Leur actions sur les tumeurs ou les récidives inopérables en sont la preuve. Mais l'adjonction des rayons X à l'opération n'a pas amélioré le pronostic du cancer. L'administration d'une dose unique et très élevée après l'opération a, d'après la plupart des statistiques, augmenté la fréquence et la rapidité des récidives. Des doses faibles et répétées ne paraissent pas dangereuses; certains auteurs leur reconnaissent une action favorable. Le traitement du cancer du sein est avant tout chirurgical; la précocité de l'intervention est le facteur essentiel de succès. La biopsie pouvant offrir des dangers, il faut considérer comme cancéreuse et traiter comme telle, toute tumeur suspecte à partir d'un certain âge.

Le diagnostic d'une lésion linguale est facile, grâce à la biopsie qui ne présente aucun danger. Le traitement appliqué à la fondation Curie consiste dans la radium-punctnre de la lésion linguale et l'exérèse chirurgicale des adénopathies sous maxillaires et carotidiennes. Cette opération est suivie d'irradiations avec des appareils à foyers extérieurs puissants; là encore le résultat dépend de la précocité du traitement et aussi de l'accessibilité de la lésion. L'extension au plancher de la bouche est grave par les difficultés du traitement qu'elle comporte et certaines complications nécrotiques.

Les cholécystites chroniques non lithiasiques. — M. M. Chiray. A côté de la cholécystite calculeuse, dont on connaît les multiples aspects anatomo-cliniques, existe une affection très fréquente et méconnue : la cholécystite chronique non lithiasique.

Elle se *caractérise*, au point de vue *clinique*, par la prédominance des réactions à distance, symptômes extravésiculaires, sur les réactions locales, signes vésiculaires. Les symptômes extravésiculaires, qui sont souvent les seuls dont se plaignent les malades, consistent en troubles gastriques ou intestinaux et en une atteinte, souvent grave, de l'état général, atteinte telle qu'elle entraîne les diagnostics les plus graves et les moins justifiés.

Les signes *vésiculaires* consistent en une douleur spontanée très fruste, souvent nulle, et en une douleur provoquée qu'on trouve toujours quand on sait la chercher, et qui présente les mêmes caractères que celle de l'appendicite chronique.

Le diagnostic *est encore facilité* par l'exploration radiologique qui montre souvent des signes de péricholécystite ou de périduodénite. Il tire, en outre, de très intéressantes données du tubage duodénal. Grâce à ce moyen d'exploration et à l'épreuve de Meltzer-Lyon, on peut en effet préciser la qualité de la bile vésiculaire plus ou moins infectée et le type de la réponse vésiculaire qui peut se trouver modifiée par le fait des adhérences péricholécystiques et de l'inflammation pariétale de la vésicule.

La *cholécystite chronique non lithiasique* peut être confondue, non seulement avec un certain nombre de maladies générales, mais encore avec les cholécystites par rétention et surtout avec les cholécystites lithiasiques. Bien que le diagnostic de cette dernière affection soit difficile, il peut être réalisé par l'étude clinique du malade, d'une part, et l'étude chimique de la bile duodénale, d'autre part.

Le traitement de la cholécystite chronique non lithiasique a largement bénéficié du tubage duodénal que permet de pratiquer le drainage non chirurgical des voies biliaires. Lorsque le tubage reste insuffisant, il faut pratiquer la cholécystectomie qui donne, en pareil cas, des résultats au moins aussi importants que dans la lithiase biliaire.

Le traitement médical de l'amibiase. — M. Garin (de Lyon), avant d'aborder l'étude du traitement, s'attache à mettre en évidence les points encore ignorés et qui pourraient faire l'objet de recherches utiles au Maroc même, qui paraît être une terre d'élection pour l'étude de l'amibiase. Il montre en particulier le rôle pathogène d'*A. coli* à côté de celui d'*A. dysenterique* et attire l'attention sur l'intérêt qu'il y a à connaître et à étudier les associations microbiennes.

En ce qui touche au traitement proprement dit, l'auteur montre que le premier rôle appartient toujours à l'émétine; cependant son emploi est limité par l'émétino-résistance, d'une part, et par la toxicité de ce produit, qui ne permet pas de l'administrer à des doses supérieupes à un gramme en tout en un mois.

Les arsenicaux associés à l'émétine doivent jouer un rôle capital dans le traitement de l'amibiase. Parmi les arsenicaux les plus employés jusqu'ici, le novarsénobenzol doit céder le pas au stovarsol et à l'acétylarsan.

L'auteur montre l'action incontestable de ces deux corps sur les kystes amibiens et sur les protozoaires associés, en se basant sur de nombreux examens coprologiques de contrôle.

L'orientation moderne de la thérapeutique. — M. Noël Fiessinger, après avoir montré le chevauchement des idées thérapeutiques et la multiplicité des orientations, fixe la date d'origine de la thérapeutique moderne au 15 février 1880, date où Louis Pasteur découvrit à la fois l'action du temps pour l'atténuation du virus du choléra des poules et l'influence immunisante du virus atténué. La grande orientation thérapeutique moderne s'appuie sur la notion de spécificité. L'auteur passe rapidement en revue l'évolution des vaccinations curatives et préventives et insiste sur la notion curieuse des vaccinations locales. Après avoir étudié la sérothérapie envisagée dans son sens le plus large, il signale l'apport récent des travaux sur les injections de sérum de convalescent dans la rougeole et la coqueluche. Dans l'établissement d'une thérapeutique préventive des collectivités, se fait jour

la notion du dépistage des réceptifs et des réfractaires. Les résultats fournis par la vaccination à l'anatoxine diphtérique des sujets réceptifs dépistés par la réaction de Schik sont une des plus belles réalisations de la thérapeutique moderne.

Etudiant ensuite la spécificité chimique qui s'adapte particulièrement à la lutte contre les protozoaires, M. Fiessinger oppose les spécifiques obtenus par l'épuration des médicaments empiriques, aux spécifiques de synthèse dont la construction nécessite la collaboration du chimiste, de l'expérimentateur et le médecin, tels que les arsénobenzols et les sels de bismuth.

La thérapeutique radiante obéit aussi à cette même systématisation spécifique. Elle porte son action sur la cellule embryonnaire avec plus ou moins de profondeur.

Dans la thérapeutique moderne, on observe actuellement un arrêt de ce que l'on peut appeler la thérapeutique dynamique par les chocs, mais par contre la thérapeutique fonctionnelle qui, par l'opothérapie, semblait avoir atteint sa plus parfaite réalisation vient de rebondir sous l'effet de la découverte de l'insuline. M. Fiessinger fixe l'état actuel des travaux sur ce sujet et montre que cette thérapeutique de fonction ne peut aboutir à la guérison de la maladie. Après avoir passé en revue les différentes méthodes modernes capables d'influencer la fonction viscérale depuis les régimes de réduction chimique jusqu'au drainage médical des voies biliaires, l'auteur insiste sur le fait que la thérapeutique fonctionnelle doit être prudente, progressive, elle doit s'adapter aux réactions individuelles, contrairement à la thérapeutique spécifique plus brutale, plus énergique, plus systématique.

Dans certaines thérapeutiques modernes, on trouve à la fois ces deux notions de spécificité et d'influence fonctionnelle : c'est dans la désensibilisation des anaphylactisés, de l'urticaire ou de l'asthme par exemple. Doses minimes de début, spécificité solidement établie sur les épreuves de cuti-réaction.

En terminant, Noël Fiessinger oppose l'incertitude de l'ancienne thérapeutique si souvent accrochée à l'influence individuelle et suggestive à la précision de la thérapeutique moderne ; qu'elle soit spécifique, dynamique ou fonctionnelle, elle se montre d'une efficacité plus absolue, plus intégrale, et n'a aucunement besoin du facteur psychique.

La stase intestinale chronique. — M. Maurice Chiray. Le terme de stase intestinale chronique a été créé par Arbuthnot Lane, chirurgien anglais, qui décrivit les troubles généraux liés à la constipation chronique qu'engendrent certaines adhérences développées autour de la région iléo-cæcale et aboutissant le plus souvent à une disposition anatomique vicieuse dénommée par lui la « coudure iléale ». La stase intestinale chronique doit être différenciée de l'occlusion aiguë ou chronique, tant au point de vue de l'anatomie pathologique qu'à celui de la clinique. Elle constitue un des syndromes que la médecine moderne a isolés de la constipation, à côté de l'occlusion et la dyschésie, cette dernière répondant à l'ancienne constipation atonique.

Les causes de la stase intestinale chronique sont multiples, mais l'on peut en mettre en évidence trois principales : la péricolite membraneuse, le cæcum mobile, et enfin les malformations congénitales ou acquises du côlon, méga ou dolicocôlon. C'est la stase intestinale chronique, en rapport avec la péricolite, qui offre le plus d'intérêt. Pour bien comprendre son action, il faut se rappeler les données modernes sur la physiologie motrice du gros intestin, en particulier l'existence des anneaux de contraction de Cannon-Boehm et de Payr. L'aspect clinique de la stase intestinale chronique est caractérisé par la douleur pseudo-appendiculaire, la constipation opiniâtre quelquefois masquée par une diarrhée de colite et l'atteinte plus ou moins grave des fonctions digestives ainsi que de l'état général. Le diagnostic repose principalement sur l'examen physique et surtout radiologique du gros intestin.

M. Chiray insiste surtout sur des formes peu connues de la stase intestinale chronique, en particulier la forme hépatique avec ses multiples manifestations de congestion et d'insuffisance hépatique et la forme cholécystique qui constitue un syndrome entéro-hépatique parallèle au syndrome entéro-rénal. Il signale encore une forme pseudo-néphrétique inconnue jusqu'ici et qu'il a isolée avec son collaborateur Lebon, la forme pyurique répondant aux différents aspects du syndrome entéro-rénal décrit par Heitz-Boyer ; enfin, les formes nerveuses, fébriles et anémiques.

Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications. — MM. Charles Nicolle et Paul Durand. C'est Fernand Bezançon, Griffon et Louis Le Sourd qui réussirent les premiers, en 1900, à cultiver le bacille de Ducrey en milieu défini. Depuis, les techniques de J. Reenstierna (de Stockholm) et de Ch. Nicolle ont permis d'importants progrès pour le diagnostic et le traitement.

1° *Intradermo-réaction de Reenstierna ; son application au diagnostic du chancre mou.* — Ito, le premier, a eu l'idée de l'intradermo-réaction ; mais la mise au point et en valeur de la méthode appartiennent à Reenstierna. Ses recherches, confirmées par Ch. Nicolle et P. Durand, montrent sa *spécificité* absolue, sa *constance* (sauf dans les tout premiers jours), sa *précocité* cependant et son importance pour le diagnostic rétrospectif (résultats positifs dix ans et plus après guérison). C'est une cuti-réaction très nette.

2° *Traitement du chancre mou et de ses complications par le sérum de Reenstierna.* — Ce sérum est celui de moutons auxquels des inoculations d'émulsions de streptobacilles ont été faites, à doses de plus en plus grandes.

Il donne une réaction violente locale et une réaction thermique. Il est, d'autre part, d'une grande efficacité. Il guérit en dix jours environ bubons et chancres. Les bubons non ouverts ne s'ouvrent jamais ; les bubons ouverts et les chancres doivent être curetés. Deux ou trois inoculations de sérum sont suffisantes. Reenstierna a traité ainsi plus de 150 cas, sans insuccès.

3° *Traitement du chancre mou et de ses complications par les inoculations intraveineuses de vaccin antistreptobacillaire.* — C'est le point original de la communication de MM. Ch. Nicolle et P. Durand. Avant eux, les essais de vaccinothérapie n'avaient pu aboutir, car l'inoculation sous-cutanée ou intramusculaire d'émulsion de streptobacille à un porteur de lésions chancrelleuses déterminaient une réaction locale formidable. Ch. Nicolle et P. Durand ont évité celle-ci en employant la voie *veineuse*. L'inoculation, ainsi pratiquée, ne donne plus qu'une réaction thermique très supportable. Les résultats thérapeutiques sont du même ordre que ceux de Reenstierna ; peut-être la guérison demande-t-elle quelques jours de plus.

D'autre part, la réaction est infiniment moins violente qu'avec le sérum ; enfin, ce qui est à considérer, le produit est d'une préparation infiniment plus aisée et moins coûteuse. Quarante et une observations, publiées dans un mémoire antérieur, sont rapportées, mais l'emploi de la méthode est déjà général dans les services vénérologiques de Tunis et le nombre des cas traités aujourd'hui dépasse la centaine.

Il semble bien qu'on soit en possession, avec le vaccin antistreptobacillaire, employé par voie veineuse, d'un procédé efficace simple, pratique, de traitement du chancre mou et de ses complications.

Echinococcose. Intérêt de son étude. — M. Devé souligne l'intérêt général de l'étude de la maladie hydatique qui a suscité déjà maints travaux signés de vétérinaires et de médecins du Maroc.

Maladie cosmopolite qui possède des conditions étiologiques locales, elle intéresse non seulement le médecin et le chirurgien, mais encore l'expérimentateur, car elle représente la parasitose expérimentale type.

Qu'il nous soit permis, en terminant ce trop bref compte rendu, de féliciter les organisateurs des Journées, en particulier les docteurs Spéder et Lépinay, et de les remercier encore pour toutes les attentions dont furent l'objet les invités des premières Journées médicales marocaines.

A. P. M. F.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1925)

Sur l'absorption exceptionnellement intense d'une radiation par l'atome qui vient de l'émettre. — MM. Maurice DE BROGLIE et Jean THIBAUD.

Action des rayons Röntgen sur la cholestérine. — M. A.-F. ROFFO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 JANVIER 1925)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de MM. Testut (de Lyon), membre correspondant national, et Guido Banti (de Florence), membre correspondant étranger.

Y a-t-il nécessité de reviser la loi du 25 avril 1895 sur la préparation, la vente et la distribution des sérums thérapeutiques ou autres produits analogues? — M. CAZENEUVE, en réponse à cette question, donne lecture d'une longue note, très détaillée et très documentée sur cette grave question qu'il considère comme d'un intérêt vital pour la santé publique. Sans doute il y a une Commission des sérums à l'Académie qui a déjà donné son avis sur la préparation et sur l'efficacité de certains sérums.

Mais il ne suffit pas qu'un sérum soit efficace pour être autorisé.

M. Cazeneuve, après avoir passé en revue tous les nouveaux produits fournis par la sérothérapie, l'opothérapie, etc., s'applique à démontrer que les mesures dont on dispose ne sont plus une suffisante garantie et qu'il appartient à l'Académie d'exprimer, à ce sujet, de nouveaux vœux.

M. NETTER fait observer que l'Académie ne jouit d'aucun droit vis-à-vis du Conseil d'Etat.

M. LE PRÉSIDENT propose que le travail de M. Cazeneuve soit renvoyé à la Commission des sérums, à laquelle seront adjoints MM. Cazeneuve et Netter.

Laboratoires privés. — M. REGAUD, au nom d'une Commission spéciale, lit un rapport pour signaler les erreurs et les contradictions trop fréquentes relevées dans les analyses fournies au public par des laboratoires privés, annexés ou non à une pharmacie. Il propose que ces analyses ne soient confiées qu'aux titulaires d'un diplôme garantissant leur compétence technique, et dont il pourrait exister trois types visant l'histo-pathologie, la chimie pathologique et la bactériologie. Ces diplômes seraient délivrés par une Commission dont M. Regaud indique la composition à proposer.

La rectangulature de la surface du corps humain. — M. ROUSSY, directeur de recherches scientifiques à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, au Collège de France, expose les processus préliminaires, mentaux et expérimentaux, purement géométriques, qui, avant d'entreprendre ses recherches expérimentales directement sur le corps humain vivant ou artificiel, lui ont démontré la possibilité de découvrir la loi de rectangulature de la surface de ce corps, c'est-à-dire la transformation géométriquement de cette surface, si tortueuse, en un rectangle parfait.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la IIe section (chirurgie et accouchements).

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Mauclaire; en deuxième ligne, ex æquo et par ordre alphabétique, MM. Auvray, Pierre Duval, Potherat et Rouvillois.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 78, majorité 40, M. Mauclaire obtient 59 suffrages; M. Duval, 15; M. Auvray, 4. En conséquence, M. Mauclaire est proclamé élu.

— Nous adressons nos très sincères félicitations au nouvel académicien.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 8 JANVIER 1925)

M. CROUZON transmet la présidence pour 1925, à M. GUILLAIN, qui prononce l'éloge funèbre de M. J. CAMUS. M. CROUZON est installé dans les fonctions de secrétaire général, que M. MEIGE abandonne, après les avoir exercées depuis 1909.

Lésions ostéomalaciques dans les cancers viscéraux. — M. CL. VINCENT. Les radiographies montrées décèlent l'extension du processus, non seulement à la colonne, mais ux os du bassin.

Myélite à symptomatologie de compression médullaire. orme pseudo-tumorale des myélites. — MM. TH. ALAJOUANINE et L. GIROT présentent une malade de trente-six ans, chez laquelle sont apparus progressivement des douleurs de la région lombaire, des troubles de la marche à type de claudication intermittente médullaire, des troubles sphinctériens, puis une paraplégie spasmodique dont l'intensité a encore augmenté récemment. — A l'heure actuelle, le tableau clinique est celui d'une tumeur qui comprimerait la moelle. Il existe en effet, à côté de la paraplégie hyperspasmodique, des réflexes de défense très marqués, qui peuvent être provoqués jusqu'en D^8, des troubles sensitifs qui remontent à D^6, avec une bande d'hyperesthésie sus-jacente, enfin des mouvements automatiques spontanés de flexion de plus en plus fréquents. Le liquide céphalorachidien est normal. L'épreuve du lipiodol n'indique aucun arrêt, même dans les premières minutes. Les auteurs, se fondant sur le début par les symptômes qui rappellent la myélite d'Erb, sur l'absence de réaction méningée, sur l'épreuve du liopodol négative, et surtout sur plusieurs cas semblables qui ont abouti a la paraplégie en flexion, — dont certains vérifiés anatomiquement, — soulignent l'existence, au cours de l'évolution des myélites, d'un tableau clinique qui peut se rapprocher de celui des compressions médullaires, et qui s'en distingue seulement par le laboratoire.

Tumeur de la région paracentrale avec symptômes pseudo-cérébelleux. — MM. ALAJOUANINE et LEMAIRE présentent un homme de quarante-neuf ans, qui a depuis six mois des crises jacksonniennes, d'abord limitées au membre inférieur droit, et précédées d'une aura sensitive, qui actuellement, s'étendent au membre supérieur et à la face du même côté. Il existe un très large degré de parésie de cette moitié du corps, et surtout des troubles qui ressemblent aux troubles cérébelleux, en particulier aux membres inférieurs : incoordination, dysmétrie, hypotonie. Au membre supérieur, on note un peu d'agnosie tactile. Enfin il existe un syndrome d'hypertension intracranienne très fruste. Ce fait, très superposable aux faits antérieurs de Foix, Thévenard et Nicolesco, reconnaît probablement la même origine : un tubercule ou une tumeur de la face interne du cerveau au niveau de la partie postérieure du lobule paracentral. Il confirme qu'il peut exister, dans les lésions de cette région, des symptômes pseudo-cérébelleux.

MM. THOMAS, FOIX précisent les signes qui permettraient de distinguer ces signes des signes cérébelleux vrais : allure paradoxale des troubles du tonus, moins grande rapidité des mouvements, moins grande passivité, adiadococinésie différente sans à-coups.

Pseudo-Babinski Extension du gros orteil d'origine périphérique. — MM. SICARD et SELIGMAN présentent un ancien paralytique infantile du membre inférieur avec signe de Babinski homologue. La pathogénie s'explique par les troubles des réactions électriques : la fonction des extenseurs du gros orteil est conservée, alors que les fléchisseurs sont dégénérés.

MM. Sicard et Haguenau ont déjà insisté sur ce type spécial d'extension de l'orteil, qu'il faut connaître pour ne pas conclure, d'une manière erronée, à une lésion du faisceau pyramidal.

M. BOURGUIGNON fait remarquer que le vrai signe de Babinski s'explique, lui aussi, par des variations dans les chronaxies respectives des xtenseurs et des fléchisseurs.

Le lipiodol sous-arachnoïdien ascendant. Applications médullaires et cérébrales. — MM. SICARD, BINET et COSTE étudient le lipiodol ascendant dans ses applications à la pathologie sous-arachnoïdienne de la moelle et du cerveau. Ils apportent des radiographies qui montrent avec quelle précision la localisation des compressions médullaires peut être diagnostiquée par la double épreuve lipiodolée descendante et ascendante.

Ils font ressortir également l'intérêt de l'injection lombaire du lipiodol ascendant pour contrôler la perméabilité des trous de Magendie, de Luschka et de Monro, et la morphologie des ventricules cérébraux.

La technique est d'une grande simplicité : après ponction lombaire, en position de préférence assise, le liopodol ascendant est injecté à la dose de 2 centimètres cubes pour l'exploration de la cavité sous-arachnoïdienne médullaire, et de 5 à 6 centimètres cubes pour celle des cavités ventriculo-cérébrales. La tolérance des cavités sous-arachnoïdiennes médullaire et cérébrale est également parfaite.

MM. DE MARTEL, FOIX, CL VINCENT insistent sur la plus grande gravité des interventions qui portent sur les segments dorsaux supérieurs de la moelle. M. DE MARTEL signale, parmi les avantages du lipiodol, la facilité donnée au chirurgien pour le repérage du niveau sur lequel doit porter sa laminectonie, alors qu'il devait autrefois se fier à des règles empiriques (Chipault) d'une exactitude insuffisante.

Torticolis spasmodique de Brissaud et Meige, suite d'encéphalite épidémique. — MM. SICARD, HAGUENAU et COSTE présentent deux malades atteints de torticolis mental typique. L'association de symptômes de la série parapyramidale, la notion non douteuse d'une encéphalite épidémique survenue chez eux quelques années auparavant, viennent confirmer la pathogénie cérébro-striée de ce syndrome.

MM. FOIX, GUILLAIN, Cl. VINCENT, JUMENTIÉ reconnaissent que cette observation est en faveur de l'origine organique du torticolis spasmodique; mais ils font des réserves sur la localisation striée : la prédominance striée des lésions encéphalitiques n'est pas du tout un fait général, et on connaît bien des observations anatomiques de lésions du corps strié, qui ne s'étaient manifestées cliniquement par aucun des syndromes actuellement attribués au noyau caudé et au noyau lenticulaire.

Une discussion s'engage également sur la valeur thérapeutique des sections nerveuses (il y a eu section du spinal chez un des malades présentés) et des sections musculaires, qui devraient leur être préférées pour M. de Martel. MM. Babinski, de Martel, Heuyer, Meige prennent part à cette discussion.

Troubles trophiques et fracture spontanée consécutifs à une hématomyélie par refroidissement. — MM. Ch. ACHARD et J. THIERS présentent un malade âgé de soixante et un ans, qui, se trouvant à la chasse en Russie pendant l'hiver de 1911, fut surpris par un abaissement subit de la température à — 24 degrés, contre lequel il n'avait paspris de précaution, et, de ce fait, éprouva une impression de refroidissement intense. Cinq jours plus tard, il était frappé de paraplégie douloureuse complète avec rétention d'urines et escarre sacrée. Ces troubles persistèrent pendant plusieurs mois et ne s'atténuèrent que très lentement,

A l'heure actuelle, on constate au membre inférieur gauche une atrophie marquée qui prédomine à la jambe et au pied. Les téguments sont amincis, les orteils en griffe, le gros orteil est raccourci. Il y a anesthésie superficielle du pied pour tous les modes, sans dissociation. Les réflexes sont abolis. L'excitation cutanée plantaire reste sans réponse.

L'apparition brusque de la paraplégie après une phase de latence, l'importance des troubles sphinctériens, la formation d'une escarre sacrée, la topographie segmentaire de l'anesthésie font penser que la cause des accidents a été, selon toute vraisemblance, une hématomyélie. Parmi les troubles trophiques, il est particulièrement intéressant de relever l'existence d'une fracture spontanée du gros orteil prouvée par la radiographie.

Les auteurs rappellent qu'ils ont déjà présenté un fait analogue chez un sujet atteint de mal perforant par gelure avec fracture de l'orteil sous-jacent.

Pseudo-paraplégie en flexion par lésion cérébrale unilatérale. Surréflectivité cutanée hyperalgique. — MM. Cl. VINCENT, KREBS et CHAVANY rapportent les observations de deux malades qui, consécutivement à une lésion cérébrale unilatérale, ont présenté une pseudo-paraplégie en flexion. Dans les deux cas, les lésions étaient des ramollissements : ramollissement de l'avant-mur gauche avec dégénérescence pyramidale dans le premier; — ramollissement des pariétales 1 et 2 sans dégénérescence secondaire dans le second. Dans l'un et l'autre cas, il y avait une hyperalgie spontanée et provoquée, avec surréflectivité cutanéo-hyperalgique. Ce sont vraisemblablement ces facteurs, et non pas la libération de l'automatisme médullaire, qui expliquent l'apparition de la paraplégie et le type spécial de cette paraplégie. Il est possible que la voie descendante cérébro-médullaire qui transmet l'excitation corticale anormale soit la voie pyramidale, — directe et croisée.

Sur l'irrigation latérale du bulbe. A propos du soi-disant syndrome de l'artère cérébelleuse inférieure. Un cas anatomo-clinique de syndrome latéral du bulbe. — MM. FOIX, HILLEMAND et SCHALIT. Chez un malade, qui présentait un syndrome voisin des syndromes de Babinski-Nageotte ou de Cestan-Chesnais (hémiparésie avec hémianesthésie du type syringomyélique d'un côté, paralysie vélo-palato-pharingée et légers troubles cérébelleux du côté opposé), les auteurs ont trouvé, anatomiquement, un foyer de ramollissement latéral du bulbe dans la région indiquée par Wallenberg comme dépendant de l'artère cérébelleuse inférieure : « syndrome de l'artère cérébelleuse inférieure » de Wallenberg. Or cette artère était indemne, ainsi que la vertébrale. Des faits analogues ont été signalés (Marinesco et Draganesco).

Les auteurs ont alors étudié l'irrigation normale de la région latérale du bulbe, et ont constaté qu'elle dépendait, non de la cérébelleuse inférieure, mais d'une artère spéciale : *l'artère de la fossette latérale du bulbe*, qui naît du tronc basilaire à plusieurs millimètres de son origine. Elle irrigue la région latérale du bulbe, l'origine apparente des nerfs mixtes, la partie moyenne de l'olive; son territoire s'étend jusqu'au plancher. Une artériole accessoire, branche tantôt de la vertébrale, tantôt du tronc basilaire, et la cérébelleuse inférieure peuvent concourir dans une certaine mesure à cette irrigation. C'est seulement plus bas, en approchant du collet du bulbe, que la cérébelleuse inférieure fournit l'irrigation latérale principale, par un ou plusieurs rameaux très fins.

Ainsi les divers types de syndromes latéraux du bulbe, qui se rapprochent plus ou moins du syndrome de Babinski-Nageotte, doivent avoir pour cause principale l'oblitération de la petite artère de la fossette latérale du bulbe, soit directement, soit par l'intermédiaire d'une lésion pariétale ou totale du tronc basilaire.

Etude anatomique d'un cas d'encéphalite épidémique. Lésions infectieuses et hémorragies capillaires. Localisations au niveau des voies visuelles. — MM. J. JUMENTIÉ et VALIÈRE-VIALEX. Les faits remarquables qui doivent être relevés dans ce cas sont : le caractère congestif et même hémorragique des lésions, l'absence de lésions striées, et les lésions hémorragiques et nécrosantes des bandelettes optiques. Ces dernières lésions interviennent peut-être dans la pathogénie de la stase papillaire, que certains auteurs ont signalée au cours de l'encéphalite épidémique.

Sclérose latérale amyotrophique avec troubles sensitifs et vaso-moteurs, et syndrome sympathique unilatéral. — M. LUDO VAN BOGAERT.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1925)

Valeur réciproque du métabolisme basal et de l'opothérapie thyroïdienne. — M. LEOPOLD-LEVI. Dans les cas types de maladie de Basedow ou de myxoedème, la détermination du métabolisme basal est presque superflue. Dans les formes frustes et complexes, la valeur est fournie par des causes exagérant ou diminuant l'influence thyroïdienne sur le métabolisme. L'opothérapie thyroïdienne appropriée à chaque cas fournit un test important.

De la flore microbienne de la blennorragie. — M. LE FUR montre par une statistique personnelle l'importance, à côté du gonocoque, de l'entérocoque et du staphylocoque. Les associations microbiennes sont rares dans la blennorragie aiguë; au contraire, dans la blennorragie chronique, les microbes associés ou secondaires se retrouvent dans la proportion de 80 p. 100 des cas.

De la vaccination locale en urologie. — M. LE FUR a appliqué aux infections urinaires et blennorragiques le principe de la vaccination locale, utilisant des vaccins ou émulsions de microbes tués par la chaleur ou l'iode ou des bouillons vaccins. L'organe en contact avec vaccin ou bouillon se désinfecte progressivement et acquiert même une immunité locale.

Chirurgie pulmonaire et pneumothorax total. — M. PETIT DE LA VILLÉON reconnaît l'inconvénient du pneumothorax opératoire total et l'accuse en grande partie des insuccès de la chirurgie de poitrine par l'augmentation du shok, le déséquilibre médiastinal, cardiaque et pulmonaire, et aussi les suppurations pleurales dont il est souvent le point de départ.

Réflexe auriculo-ducteur et la psychothérapie. — M. BÉRILLON. La parole, par son action réflexe sur les centres nerveux est susceptible de provoquer soit des réflexes psychiques d'opposition ou de résistance, soit des réflexes psychiques d'adaptation.

Cancer du côlon. — M. PAUCHET. Les ablations du cancer du côlon sont actuellement bénignes si elles sont faites en plusieurs temps. La colectomie est préférable à l'entéro-anastomose simplement palliative.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

ÉTUDE CHIMIQUE ET EXPÉRIMENTALE DES ORCHIDÉES-IRIDIÉES, DANS LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE (1)

Conclusions. — 1° Devant l'échec fréquent de remèdes réputés spécifiques (tuberculines et sérums), devant les résultats peu encourageants de la chimiothérapie dans le traitement des affections tuberculeuses il était rationnel de s'adresser à la phytothérapie.

2° Les orchidées ont été depuis longtemps employées par la médecine populaire contre les dites affections (Salep, Faham, fleurs de Pentecôte).

Il était donc plausible d'en vérifier le pourquoi et de faire selon Renon « de l'empirisme scientifique ».

3° Le docteur Rous a réussi à faire un extrait d'orchidée-iridiée dénommé par lui « Angiolymphe » qui a servi à de très nombreux essais thérapeutiques et lui a permis de tirer les conclusions suivantes :

4° Cet extrait injectable d'orchidée-iridiée, est absolument dépourvu de toute toxicité et ne donne jamais lieu à des réactions générales ou de foyer; son emploi ne présente donc aucune contre-indication quels que soient la forme et le degré de la lésion.

5° Les nombreuses expériences de laboratoire, les observations cliniques recueillies jusqu'à ce jour, aussi bien en France qu'à l'étranger, démontrent l'action éminemment favorable de cet extrait végétal sur la cicatrisation des lésions tuberculeuses.

6° Si cet extrait d'orchidée-iridiée ne peut être considéré comme un remède spécifique à l'égard des bacilles de Koch, il nous est cependant permis d'affirmer qu'il constitue à l'heure actuelle un agent de défense très actif contre l'infection de la tuberculose.

7° Les remarquables propriétés thérapeutiques de ce produit s'expliquent :

a. par les réactions qu'il favorise au plus haut point dans l'organisme du sujet en lutte contre l'infection bacillaire.

b. par les modifications heureuses qu'il imprime au terrain tuberculisable facilitant ainsi la sclérose des lésions et la neutralisation des toxines bacillaires.

P. BARBIER.

(1) Communication au *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences.* (Liége 1924.)

CORRESPONDANCE

Au sujet d'une communication faite par le docteur Maurice de Fleury à l'Académie de médecine le 18 novembre dernier, communication mentionnée dans le numéro du 22 novembre 1924 de la *Gazette des hôpitaux*, nous recevons la lettre suivante du Christian Science Committee on Publication for France.

« Réponse à l'article de la *Gazette des hôpitaux*, « Le Suicide ».

Novembre 1924.

L'article intitulé « Le Suicide » dans la *Gazette des hôpitaux* de novembre 1924 touche la science chrétienne. Cet article dit que les prédications de la « Christian Science » constituent un danger dans les cas de douleur anxieuse. La science chrétienne a guéri un très grand nombre de ces malades; elle leur a enlevé leur angoisse, leur douleur morale, elle a su les amener à s'appuyer sur le principe divin de leur vie et à s'approprier l'harmonie qui appartient à tout ce que Dieu a créé.

Les traitements par le bromure et l'opium peuvent soulager momentanément les malades, mais l'anxieux guéri par la science chrétienne est guéri moralement et physiquement, c'est un homme, meilleur et plus sain qu'auparavant, tandis que celui qui a été traité avec des drogues en est probablement devenu l'esclave. Son état n'est donc pas amélioré moralement.

Les preuves à l'appui de la guérison par la science chrétienne sont assez nombreuses actuellement pour que l'on ne confonde plus cette guérison chrétienne avec l'auto-suggestion. La lecture du livre de texte : « Science et santé avec la clef des écritures », par Mary Baker Eddy, a guéri un très grand nombre de malades sans le secours d'aucun praticien. Ce livre peut se procurer aux salles de lecture de la science chrétienne, au 27 de l'avenue Victor-Emmanuel III, et au 8 de la rue Richelieu. Ce livre contient un enseignement purement moral et chrétien, il n'y a pas la moindre trace d'auto-suggestion ni d'hypnotisme. En science chrétienne, c'est la vérité qui corrige l'erreur, l'amour divin qui bannit la crainte, la pensée juste sur Dieu et l'homme qui corrige la pensée erronée qui se fie au témoignage du sens matériel.

La science chrétienne est la science du penser juste sur toutes choses.

CAROLINE GETTY,

Christian Science Committee on Publication for France. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 2 FÉVRIER AU 7 FÉVRIER 1925)

THÈSES

Jeudi 5 février. — Jury : MM. Widal, président; Sergent, Foix et de Jong. — M. HILLEMAND (P.). Etude des syndromes de la région thalamique. — M. BASCH (Georges). Les réactions humorales. — M. BRETON (M.). Traitement des bronchites chroniques. — M. OURY. L'action des rayons X sur les fonctions gastriques. — M. TURPIN. La tétanie infantile.

Jury : MM. Marfan, président; Broca, Lejars et Zimmern. — M. HELLMANN (M.). Les éléments du pronostic de la tuberculose du premier âge. — M. BOUQUET (R.). Incurvation congénitale des os de la jambe. — M. BUSY. Etude de la physiologie radiologique de la déglutition chez l'adulte.

Samedi 7 février. — Jury : MM. Letulle, président; Chauffard, Bezançon et Guillain. — M. THOUMAS. Anatomie radiologique du duodénum. — M. SARON (R.). Sur un cas d'intoxication aiguë par l'iodure de potassium. — M. WEISSMANN (R.). De l'équilibre acide base du sang. — M. BERNARD (E.). Recherches cliniques sur la saignée. — M. GIROT (Lucien). Etude critique des paraplégies spasmodiques syphilitiques.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. DIMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

Agenda P.-L.-M. pour 1925. — L'Agenda que la Compagnie P.-L.-M. publie chaque année constitue non seulement un ouvrage d'un réel intérêt artistique, mais il est très recherché par les gens qui se déplacent et son succès va grandissant d'année en année.

L'édition 1925, qui est sur le point d'être épuisée, sera bientôt introuvable. Les personnes qui désirent se la procurer sont invitées à la demander sans retard au service de la publicité P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, qui la leur expédiera, à domicile, à la réception d'un mandat-poste de 8 fr. 90 pour la France et 10 fr. 75 pour l'étranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat de Brévannes, Hendaye et San Salvadour. — *Lecture des copies.* — Séance du 30 janvier. — MM. Delvaille, 11; Dublineau, 14; Minot, 12; Perret, 13; Sallé, 12; Triau, 11; Lacroix et Baconnet, 8; Berson, 12; Canonne, 10.

HOPITAL ROTHSCHILD. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Pierre Monod, Hiény et Jean Cousin.

HOPITAUX DE PROVINCE. — Nîmes. — Après concours M. le docteur Noël Sollier a été nommé médecin-chef des laboratoires de bactériologie et d'anatomie pathologique.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — M. Santenoise (Daniel), chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris, médecin chef de service à l'asile Prémontré, est nommé inspecteur des services administratifs. (*J. O.*, 1er février 1925.)

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Caylus, inspecteur de l'assistance publique de la Haute-Garonne, est admis à faire valoir ses droits à la retraite, à dater du 1er juillet 1925.

M. le docteur Cougoute, inspecteur de l'assistance publique, passe, sur sa demande, du département du Gard, dans le département de la Haute-Garonne.

M. le docteur Fayette, inspecteur de l'assistance publique passe, sur sa demande, du département de l'Ardèche, dans le département du Gard.

M. Roussez, sous-inspecteur de l'assistance publique du Nord, est nommé inspecteur de l'assistance publique et affecté au département de l'Ardèche. (*J. O.* 29 janv. 1925.)

GUERRE. — Sont désignés pour être détachés en 1925 dans les hôpitaux militaires thermaux :

Hôpital militaire de Barèges. (10 juin-30 septembre): M. le médecin-major de 1re classe Rebierre, médecin chef.

M. le médecin-major de 2e classe Laban.

Hôpital militaire de Bourbonne. (1er mai-30-septembre) : M. le médecin principal de 2e classe Dehoey, médecin chef.

M. le médecin-major de 1re classe Dellys.

Hôpital militaire du Mont-Dore. (15 mai-30 septembre) : M. le médecin-major de 2e classe Langlois, médecin chef.

Hôpital militaire de Vichy. (1er mai-26 octobre) : M. le médecin-major de 1re classe Verdeau.

MM. les médecins-majors de 2e classe Cazalas, Tamalet et Dillenseger.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Guerre. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Steibel (de Tournan, Seine-et-Marne).

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — Guerre. — La médaille d'honneur des épidémies, en or, a été décernée à la mémoire de M. Ehringer (Louis-Marie-Antoine), médecin aide-major de 1re classe, décédé à l'hôpital de campagne de Damas.

CENTRE ANTICANCÉREUX D'ANGERS. — Est nommé directeur du centre de lutte anticancéreux d'Angers, créé près de l'École de médecine d'Angers, M. le professeur Papin, directeur du laboratoire de bactériologie.

Sont nommés chefs des divers services : MM. les docteurs Sarazin, professeur de physique à l'École de médecine; Brin, professeur de clinique chirurgicale; Denécheau, professeur de clinique médicale, en qualité d'adjoint au chef de service de curie et de radiothérapie; Sarazin fils, professeur suppléant de physique.

LA LUTTE CONTRE LE CANCER. — Il a été institué au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance

sociales une commission à l'effet de coordonner les travaux et les efforts relatifs à l'étiologie, à la pathologie, à l'étude clinique, à la thérapeutique, à la prophylaxie du cancer.

Ont été nommés membres de la commission : MM. Baud, directeur du centre régional anticancéreux de Reims; Cauducheau, directeur du centre régional anticancéreux de Nantes; Gunsett, directeur du centre régional anticancéreux de Strasbourg; Le Beau, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, en remplacement de M. Hudelo, appelé à d'autres fonctions; Marie, directeur du centre régional anticancéreux de Toulouse; Marquis, directeur du centre régional anticancéreux de Rennes; Potel, chef du service des hôpitaux et hospices de l'Assistance publique; Vautrin, directeur du centre régional anticancéreux de Nancy. (*J. O.*, 29 janvier.)

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE RECHERCHES CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE CANCER. — Les questions mises à l'ordre du jour de la prochaine séance, qui aura lieu vendredi 27 février à 17 heures, 17 square de Messine seront : *Etiologie et diagnostic précoce du cancer, vaccination antituberculeuse.* Les médecins, biologistes, bactériologistes, chimistes, etc., etc... qui auraient à faire sur ses sujets des communications *basées sur leur expérimentation personnelle,* sont instamment priés d'assister à cette réunion, ou d'envoyer leurs travaux par écrit au Secrétaire Général.

CONSEIL D'ÉTAT. — TRANSFERT D'UN AGRÉGÉ. — Le Conseil d'Etat dans sa séance du 23 janvier 1925, à la requête du professeur Derrien, doyen démissionnaire de la Faculté de médecine de Montpellier et membre démissionnaire du Comité consultatif de l'Enseignement public, vient d'annuler un arrêté du 3 mars 1923 par lequel le ministre de l'Instruction publique avait transféré un agrégé de pharmacie dans la section de chimie.

Voici les considérants du Conseil d'Etat :

« Considérant qu'aux termes de l'article 5 de la loi du 18 mars 1880 « les titres et grades universitaires ne peuvent être attribués qu'aux personnes qui les ont obtenus après les examens ou les concours réglementaires subis devant les professeurs ou jurys de l'Etat » et que d'après le statut de l'agrégation, il doit y avoir pour la désignation des agrégés des Facultés de médecine, autant de concours distincts qu'il y a de sections définies par le règlement.

Considérant qu'il n'est pas contesté que le sieur F... a été après concours ouvert dans la section de pharmacie, institué agrégé de pharmacie... et attaché en cette qualité à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de T... et qu'ensuite ces fonctions ont été prorogées... par un nouvel arrêté...; que s'il appartenait au ministre de l'Instruction publique de le transférer, suivant les conditions et formes prévues par le décret du 18 juillet 1913, dans une autre Faculté en qualité d'agrégé de pharmacie, il ne pouvait, sans méconnaître les dispositions précitées de la loi du 18 mars 1880 et du statut de l'agrégation, le faire passer de la section de pharmacie dans celle de chimie, lui conférant ainsi le titre d'agrégé de chimie, qu'il n'avait pas obtenu après le concours réglementaire; que le requérant est, dès lors, fondé à soutenir, que en transférant par l'arrêté du 3 mars 1923 le sieur F... en qualité d'agrégé de chimie à la Faculté de médecine de Montpellier, le ministre de l'Instruction publique a excédé ses pouvoirs ».

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS COMBINÉ DE MÉDECINE EXPÉRIMENTALE ET DE CHIMIE MÉDICALE. — Ce cours aura lieu par jours alternés, sous la direction de MM. les professeurs Roger et Desgrez.

Programme du cours de M. le professeur Roger. — Huit leçons avec démonstrations opératoires, au laboratoire de pathologie expérimentale, à 14 heures, par M. Roger, professeur, et M. Binet, agrégé, les 11, 13, 16, 18, 20, 23, 25 et 27 février.

Programme du cours de M. le professeur Desgrez. — Huit leçons, avec expériences, au laboratoire de chimie médicale, à 14 heures, par M. Desgrez, professeur, et M. Blanchetière, agrégé, les 17, 19, 21, 24, 26, 28 février, et 3 et 5 mars.

Droits à verser : 100 francs pour chaque cours

On peut s'inscrire pour l'un ou l'autre cours séparément.

— CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER. (Professeur : M. Brindeau.) — *Cours de pratique obstétricale,* par MM. les docteurs Metzger, Le Lorier, Ecalle, agrégés, accoucheurs des hôpitaux; Vaudescal, agrégé; Bénit, Couinaud, Lantuéjoul et Mlle Labeaume, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; de Manet, chef de clinique adjoint; Chomé, assistés de MM. Joanny, Vidal, La Burthe et de Goyon, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le mercredi 11 février 1925. Il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques qui auront lieu tous les jours. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, et aux manœuvres obstétricales.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 100 francs.

— ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — *Maladies des yeux.* — Le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs Joltrois et Fombeure, fera le jeudi 26 février 1925, les samedis, mardis et jeudis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences pratiques d'ophtalmologie pour les médecins non spécialistes. Présentation de malades. Projections.

Ces conférences sont gratuites. — S'inscrire à l'avance, directement ou par lettre, à l'hôpital Cochin.

Deux autres séries auront lieu en juin-juillet et en novembre-décembre 1925.

Tous les jours, à 9 heures : Présentation d'affections oculaires courantes.

HOPITAL TROUSSEAU. (Service du docteur LESNÉ.) — Tous les jours, sauf le jeudi et le vendredi, à 10 heures, enseignement clinique au lit des malades (maladies de la première et de la deuxième enfance; diphtérie et coqueluche).

Le jeudi, à 10 heures, consultation (première et deuxième enfance).

Le vendredi, à 11 heures, leçon clinique et thérapeutique, avec présentation de malades.

Des leçons seront faites sur les maladies du nourrisson, les mardis et samedis, à 17 heures (nouvelle crèche), avec la collaboration de MM. Baruk, L. Binet, Blamoutier, Boutellier, Clément-Robert, de Gennes, Langle, Marquézy, Turpin, anciens internes du service.

COURS DE L'HOPITAL SAINT-MICHEL. — Le 9 février : M. le docteur Maurice Delort : Troubles hépatiques (1re leçon).

Le 16 février : M. le docteur André Sorel : Radiologie.

Le 23 février : M. le docteur Léopold Lévi : Comment reconnaître les diverses variétés de l'insuffisance endocrinienne.

Le 2 mars : M. le docteur Maurice Delort : Troubles hépatiques (2e leçon).

Le 9 mars : M. le docteur Luquet : Notes sur la chirurgie biliaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Baillet, médecin de l'hôpital Rothschild; Marcel Bloch (de Paris); Léon Biérent (de Lille); Louis Carton, médecin-major de 1re classe en retraite; Courréjou (des Fumades); Emile Pruvost (de Carnières); Puech (de Nîmes); Paul Roux, médecin principal de l'armée, en retraite.


administration prolongée
de
GAÏACOL INODORE
à hautes doses
sans aucun inconvénient
par le THIOCOL "ROCHE"
Uniquement sous forme de
SIROP "ROCHE"
COMPRIMÉS "ROCHE"
CACHETS "ROCHE"
échantillon et litterature
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21 Place des Vosges
PARIS
Sirop Roche
CH. WEISS
CACHETS ROCHE DE THIOCOL
Chaque cachet renferme 0gr50 DE THIOCOL ROCHE
COMPRIMÉS ROCHE
THIOCOL

LE TRAITEMENT DE L'OTITE EXTERNE PAR L'AUTO-HÉMOTHÉRAPIE

Par MM. GEORGES PORTMANN et BRIED
(de Bordeaux).

A la suite des travaux de Nicolas, Gaté, Dupasquier, Lebeuf, des thèses de Buffles (de Lyon) et de Fauvet (de Paris) et de diverses publications sur l'auto-hémothérapie dans la furonculose, nous avons tenté l'emploi systématique de cette méthode pour le traitement des otites externes de nature variée. Loin de nous l'idée de vouloir supplanter la vaccinothérapie qui, jusqu'à présent, nous a toujours donné d'excellents résultats; nous n'avons entrepris cette thérapeutique que pour obvier à quelques inconvénients des vaccins, tels que leur prix trop élevé pour une certaine catégorie de malades et pour la clientèle hospitalière et surtout pour avoir en mains un traitement commode et efficace lorsque, pour une raison quelconque, on n'a pas de vaccins à sa disposition.

La *technique* de l'auto-hémothérapie est d'une extrême simplicité et à la portée de tout praticien.

L'*instrumentation* se résume à une seringue de 10 centimètres cubes stérile avec une aiguille à biseau court, un lien élastique, un peu d'alcool et quelques tampons d'ouate.

La *prise de sang* se fait au niveau d'une veine du pli du coude et l'injection dans la région sus ou sous-épineuse.

Avec une asepsie rigoureuse on prend dans la veine, en aspirant très lentement avec la seringue, 5 à 10 centimètres cubes de sang au maximum, en se servant du lien élastique placé sur le bras, suivant le procédé habituel de toute prise de sang. Le sang prélevé est immédiatement injecté sous la peau dans la région choisie. Nous avons, en effet, abandonné les injections intramusculaires, certains malades s'étant plaints d'une sensation de brûlure au niveau de l'injection et les résultats obtenus nous ayant paru moins rapides.

L'injection sous-cutanée est absolument indolore; le sang injecté forme pendant quelques instants une petite tuméfaction qui, le plus souvent, disparaît rapidement, ou, chez les malades à peau délicate, peut se résoudre en une pigmentation safran, trace de l'hématome artificiel produit qui persiste pendant vingt-quatre à quarante-huit heures.

Les injections peuvent se succéder tous les deux ou trois jours.

Les *résultats* sont intéressants à plusieurs égards; les douleurs si violentes qui accompagnent les affections aiguës du conduit auditif externe sont calmées dans les douze heures qui suivent l'injection. Le malade qui reçoit son traitement vers le début de l'après-midi peut s'endormir tranquillement le soir, alors que la souffrance l'empêchait souvent de dormir depuis trois ou quatre jours.

Localement, on constate la disparition de la sensibilité à la pression prétragienne et sous-auriculaire, de même qu'à la traction du pavillon.

S'il y avait un écoulement au début du traitement, deux jours après l'injection, cet écoulement est devenu plus abondant et plus liquide : il dure vingt-quatre à quarante-huit heures, et très rapidement le conduit s'assèche mais reste embarrassé par quelques pellicules épidermiques et reprend ses dimensions normales.

Un simple lavage fait avec précaution, alors que toute érosion semble disparue enlèvera ces pellicules très aisément.

La *durée du traitement* est relativement courte : la plupart de nos malades (21 sur 31) ont, en effet, complètement guéri avec deux injections, soit 20 centimètres cubes de sang. C'est-à-dire quatre jours, l'un d'eux qui présentait à son arrivée un conduit très tuméfié et suintant fut même guéri en deux jours avec une seule injection.

Pour un autre, trois injections furent nécessaires, six malades ne furent guéris qu'avec quatre injections, soit huit à dix jours. Enfin, trois cas d'otite externe « à bascule » dont nous reproduisons plus loin les observations nous ont paru particulièrement intéressants; l'un de ces malades (obs. IV) présentait une otite furonculeuse gauche avec furoncles de la nuque et acné pustuleux de toute la région dorsale supérieure. Disparition de tous les signes après trois injections (30 centimètres cubes); un mois après, otite externe droite intense; trois nouvelles injections furent nécessaires pour la guérison définitive.

Il va sans dire qu'aucun autre traitement n'a été pratiqué pendant ou avant l'auto-hémothérapie.

Complications. — Nous n'avons jamais constaté d'accidents ou d'incidents de quelque nature que ce soit. Pas de troubles généraux. Le seul inconvénient est la nécessité d'une double piqûre (prise et réinjection), mais c'est là en vérité un désagrément bien minime.

Dhers a signalé que l'auto-hémothérapie produisait de l'hypotension et de la leucopénie, troubles passagers d'ailleurs et sans gravité.

*
* *

Les quelques observations suivantes permettront de se rendre compte de l'évolution de l'affection sous l'influence du traitement.

OBSERVATION I. — M. R..., cinquante-quatre ans, présente depuis longtemps de l'otite externe eczémateuse avec de violentes démangeaisons. Il vient consulter le 26 novembre 1923 parce qu'il a la sensation que son oreille droite est bouchée et qu'il en éprouve des douleurs assez vives. On relève dans son histoire une furonculose de la fesse datant d'un an.

Le conduit auditif externe est enflammé; pansement à l'huile goménolée, puis vingt-quatre heures après on incise un furoncle qui s'était développé à la partie postéro-inférieure.

Tout semble terminé lorsque quelques jours plus tard le malade revient pour une nouvelle poussée d'otite externe : douleurs très vives, conduit auditif externe tuméfié et suintement abondant; traitement auto-hémothérapique.

2 décembre. — Une injection de 10 centimètres cubes d'auto-sang est faite dans les muscles de la fesse. Très légère cuisson à l'injection.

4 décembre. — Le malade revient très amélioré, il a bien dormi la nuit qui a suivi l'injection et les douleurs ont peu à peu disparu; deuxième injection de 10 centimètres cubes d'auto-sang dans la même région, sensation de cuisson.

Le malade n'a été aucunement incommodé par la première piqûre si ce n'est l'impression de cuisson sur le moment de l'injection.

7 décembre. — Le malade revient complètement guéri; à l'examen, le conduit auditif est libre; il y a seulement quelques pellicules épidermiques.

On cesse le traitement et on prescrit des lavages à la créoline.

15 décembre. — Douleur violente dans l'oreille gauche, et

à l'examen le conduit est un peu gonflé, rouge, la mobilisation du tragus est douloureuse, on reprend le traitement : une injection de 10 centimètres cubes est pratiquée, intramusculaire, cuisson légère.

18 décembre. — Va mieux, l'oreille a suppuré et les douleurs ont complètement disparu, deuxième injection de 10 centimètres cubes.

20 décembre. — Guérison; le conduit auditif n'est plus tuméfié ni rouge; aucune douleur, il reste des pellicules épidermiques en assez grande abondance.

On prescrit des lavages à l'enéma avec une solution de créoline. Nous revoyons le malade fin décembre et janvier; plus aucune trace d'otite externe. Guérison complète.

Obs. II. — M. A..., vingt-deux ans, électricien, vient consulter le 2 décembre 1923 parce qu'il souffre depuis trois jours de l'oreille gauche.

L'examen permet de constater un conduit auditif externe gauche tuméfié et rouge; l'introduction d'un spéculum est douloureuse et rendue presque impossible par la présence de trois saillies mamelonnées furonculeuses. Mobilisation du tragus douloureuse.

Traitement auto-hémothérapique. Première injection de 10 centimètres cubes sous-cutanée indolore.

4 décembre. — Revient très amélioré; douleurs très diminuées; deuxième injection de 10 centimètres cubes sous-cutanée.

Aucun malaise, ni douleur, n'ont été ressenti par le malade, pas de réaction fébrile.

6 décembre. — Conduit auditif dégagé, plus de douleurs. Troisième injection de 10 centimètres cubes.

9 décembre. — Guérison complète. Le malade est très satisfait du traitement, car il n'a eu aucune réaction fébrile et n'a pas été fatigué.

Obs. III. — Mlle C..., dix-neuf ans, couturière, vient consulter le 4 avril 1924 car elle souffre du côté droit de la tête, région préauriculaire, depuis dix jours environ. Elle s'est à ce moment nettoyé fortement l'oreille, car elle avait cru avoir un insecte dans le conduit auditif. Insomnie depuis.

L'examen révèle un conduit tuméfié dans ses parois antérieure et postéro-inférieure, rouge, avec un léger suintement. Douleur violente à la pression pré et sous-auriculaire, mobilisation du tragus rendue impossible par la douleur pénible que provoque le moindre attouchement.

Traitement auto-hémothérapique; première injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes d'auto-sang, région scapulaire.

6 avril. — La malade a pu dormir toute la nuit après l'injection. La mobilisation du tragus est possible et bien moins douloureuse. L'écoulement est plus abondant que les jours précédents.

La malade n'a ressenti aucune gêne de la première piqûre; pas de fièvre.

Deuxième injection de 10 centimètres cubes sous-cutanée.

8 avril 1924. — La malade présente un conduit normal, le suintement est tari; aucune douleur. Pellicules épidermiques nécessitant un lavage. Guérison complète du côté droit.

2 mai 1924. — La malade revient à la consultation car elle s'est gratté l'oreille gauche et ressent des démangeaisons de ce côté. En effet, l'examen montre un conduit un peu enflammé et une très légère douleur est réveillée à la pression. Une nouvelle injection de 10 centimètres cubes d'auto-sang est pratiquée.

6 mai 1924. — N'a eu aucune réaction à la suite de la piqûre, va très bien; tous les signes ont disparu. Conduit normal.

Par sécurité on pratique une seconde injection de 10 centimètres cubes.

Malade revue en juin, n'a présenté aucune récidive depuis.

Obs. IV. — M. C..., soixante-deux ans, menuisier, vient consulter le 11 mars 1924 parce qu'il a des démangeaisons et que son oreille gauche est bouchée et coule depuis huit jours.

L'examen montre une conque rouge, le conduit auditif est obstrué par deux gros furoncles, dont un en voie de suppuration. Pression pré-auriculaire et traction du tragus douloureuses.

La malade n'a jamais rien eu aux oreilles, mais depuis deux mois furoncles sur le corps; la nuque, les épaules en ont encore, la région dorsale supérieure est couverte de pustules d'acné. Le malade a pris de la levure pendant les huit premiers jours; comme aucun résultat ne se faisait sentir il a tout abandonné.

Traitement auto-hémothérapique : première injection de 10 centimètres cubes sous-cutanée, région scapulaire.

14 mars 1924. — Plus de démangeaisons, plus de douleurs, entend mieux, suintement accru. Peut dormir.

L'examen montre un conduit moins fermé et l'affaissement des deux cratères furonculeux.

Deuxième injection de 10 centimètres cubes d'auto-sang.

17 mars 1924. — Le suintement a disparu; rougeur du conduit; pellicules en voie de formation.

Troisième injection de 10 centimètres cubes d'auto-sang.

19 mars 1924. — Guérison complète de l'oreille gauche.

Plus de suintement. Conduit normal.

Lavages avec solution à la créoline des pellicules épidermiques. Les furoncles sur la nuque, les épaules ont complètement disparu, il n'en reste que des traces. L'acné dorsal est en voie de disparition.

15 avril 1924. — La malade revient avec douleurs à l'oreille droite.

En effet, conduit auditif droit rouge, tuméfié, suintant, obturé par des saillies mamelonnées furonculeuses.

Un furoncle est apparu sur la nuque depuis quatre jours.

On reprend le traitement.

Une injection d'auto-sang de 10 centimètres cubes.

18 avril 1924. — Plus de douleur; a pu dormir le soir même de l'injection; conduit moins tuméfié, rosé, suintement abondant.

Le furoncle de la nuque est en voie de disparition.

Deuxième injection de 10 centimètres cubes.

22 avril 1924. — Suintement tari, conduit de calibre et de coloration normales.

Par sécurité nous pratiquons une troisième injection de 10 centimètres cubes.

Le malade revu plus tard est définitivement guéri.

Obs. V. — M. C..., quarante-deux ans, serrurier, vient consulter le 14 avril 1924 parce qu'il a des démangeaisons et une légère surdité depuis quarante-huit heures.

L'examen révèle un conduit tuméfié, rouge, avec quelques croûtes suintantes envahissant la conque.

Le malade avoue avoir souvent des croûtes, mais cette fois il s'est écorché en voulant les enlever avec le doigt.

Otite externe eczémateuse aiguë.

Traitement auto-hémothérapique.

Nous pratiquons l'injection de 10 centimètres cubes d'auto-sang sous-cutanée. Aucun incident.

18 mars 1924. — Pas de réaction locale ni générale. Aucun trouble. Etat très amélioré, plus de démangeaisons, le suintement est plus abondant; deuxième injection d'auto-sang de 10 centimètres cubes.

21 mars 1924. — Oreille ne suinte plus, inflammation disparue; croûtes tombées en grande partie.

Un examen du fond de l'oreille révèle un tympan normal, l'audition est tout à fait normale.

Par sécurité, nous pratiquons une troisième injection de 10 centimètres cubes d'auto-sang.

28 mars 1924. — Le malade revient se faire voir; il est complètement guéri; aucune trace, excepté une légère coloration rosée de la conque.

*
* *

Ces quelques exemples nous paraissent suffisamment démonstratifs de la valeur de l'auto-hémothérapie appliquée au traitement de l'otite externe; nous pouvons résumer notre opinion sous la forme des conclusions suivantes :

1° Traitement facile, à la portée de tout praticien et pouvant être appliqué immédiatement;

2° Résultat aussi satisfaisant qu'avec la méthode vaccinothérapique;

3° Innocuité absolue.

A PROPOS
DE
QUELQUES ANESTHÉSIES GÉNÉRALES AU SOMNIFÈNE

Par MM. GINESTY,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Toulouse,
PAUL MÉRIEL et LASSALLE,
Internes des hôpitaux de Toulouse.
(*Travail de la Clinique chirurgicale du professeur* MÉRIEL.)

Les communications ou articles de M. FREDET et Mlle PERLIS (1) ont mis en lumière un mode anesthésique nouveau, capable de rendre les plus grands services.

A notre tour, nous avons voulu nous rendre compte de la valeur de ce procédé et nous avons pu faire, pour la première fois à Toulouse, dans le service de notre maître M. le professeur MÉRIEL un certain nombre d'anesthésies, nombre peu élevé encore il est vrai, par ce procédé nouveau.

Le Somnifène est un dérivé de la *Malonylurée* ou *acide barbiturique*. C'est une solution à parties égales de *diethyl-barbiturate de diethylamine et d'isopropyl-allyl-barbiturate de diethylamine.*

Ceux qui auront la curiosité d'étudier ce corps au point de vue chimique pourront se reporter aux travaux de REDONNET dans les *Archives Internationales de Pharmacodynamie* en 1920, de G. et D. BARDET dans le *Bulletin général de thérapeutique*, DE WIKI, *Archives Internationales de Pharmacodynamie.* Quant à nous, nous désirons nous borner à examiner seulement l'anesthésie obtenue.

Disons tout d'abord que nous connaissions avant les travaux de FREDET et PERLIS l'innocuité du Somnifène. En effet, l'un de nous pendant son stage à la *Clinique neurologique du professeur* CESTAN avait employé larga manu le somnifène comme calmant (2).

Les travaux de FREDET et PERLIS sont venus confirmer le sentiment que nous avions de l'innocuité de cette préparation si on l'utilisait à doses convenables. Mais il est très évident que nous ne pouvions baser sur une impression aussi vague notre opinion définitive. Aussi avons-nous résolu de rechercher avant et après l'opération les modifications humorales principales que cette injection intraveineuse de somnifène pouvait provoquer.

Avant et après chaque opération, nous recherchons systématiquement : *la tension artérielle*, *et dans le sang* : *l'urée*, *l'azote résiduel*, *la créatinine*, *la cholestérine*, *l'acidose ionique* (PH). Nous avons toujours constaté qu'aucun de ces éléments n'était sensiblement modifié par l'injection intraveineuse de somnifène, comme nous le montrerons dans un travail ultérieur.

La technique suivie pour obtenir l'anesthésie générale est celle de FREDET. Après avoir fait lavementer le malade la veille — une purgation est absolument inutile — nous faisons un quart d'heure environ avant l'intervention une injection de 1 centigramme de morphine et un 1/2 milligramme de scopolamine. Puis le malade est amené à la salle d'opérations et sur la table même nous pratiquons l'injection intraveineuse de somnifène. La dose varie entre 5 et 10 centimètres cubes suivant l'état du malade. Dès la fin de l'injection, dès que l'aiguille est retirée, si l'on observe le patient, on remarque que les yeux se mettent à papilloter, le malade semble lutter contre un sommeil invincible; puis une respiration profonde et parfois même un ronflement sonore viennent témoigner du sommeil.

On peut dès lors se mettre en devoir d'opérer.

L'incision de la peau est parfois, mais non toujours douloureuse. Encore faut-il signaler que cette douleur doit être bien vague, car le malade n'en garde aucune souvenance; elle se manifeste par quelques grognements et quelques légers mouvements.

On doit si elle se manifeste exagérément procéder à une anesthésie de la peau, ou à quelques légères inhalations d'un anesthésique général quelconque : éther, chloroforme.

Nous nous sommes servis une seule fois d'un anesthésique général et nous avons utilisé dans ce cas le mélange de Schleich. Il a suffi de quelques grammes d'anesthésique — 8 à 10 — pour obtenir le silence de l'opéré.

Mais dès que la peau est dépassée, la douleur est remarquablement abolie, on peut procéder à l'ablation de grosses tumeurs abdominales, à des clivages sous-cutanés sans que l'opéré manifeste jamais sa souffrance. Celle-ci réapparaît parfois au moment de la suture de la peau mais très légère, et toujours témoignée par des grognements.

L'opération terminée le malade est porté dans son lit où le sommeil se prolonge, puis, à la dixième heure environ, apparaît une période d'excitation assez marquée. Le malade se débat, repousse ses couvertures, se tourne et se retourne dans son lit. C'est le moment où il a besoin d'une étroite surveillance, car insuffisamment conscient, il pourrait tomber ou se blesser ou défaire son pansement.

Cet orage, dure une heure ou deux, puis le malade retombe dans un état de somnolence dont il sort quand on lui parle. Il est alors capable d'exécuter ce qu'on lui demande : boire, avaler, prendre un objet. Mais dès que son attention n'est plus éveillée par l'entourage, la somnolence reparaît. L'alimentation est dès lors possible. Cette somnolence se dissipe d'ailleurs peu à peu et vers la trente sixième heure en général le réveil est complet.

Chez nos deux premiers malades nous avons noté de l'oligurie. Nous avons obvié à cet inconvénient en installant chez nos opérés une irrigation rectale à la manière de Murphy. Depuis lors les urines reprennent à peu de chose près un taux normal, à noter d'ailleurs que cette oligurie qui chez notre premier opéré nous avait paru un peu inquiétante nous incita à rechercher l'azotémie. Celle-ci n'avait été nullement modifiée. Les suites opératoires sont dès lors tout à fait normales et les douleurs post-opératoires si pénibles à supporter sont peut-on dire abolies. Si bien que l'une de nos malades nous demandait deux jours après son opération — il s'agissait d'un cancer sous péritonéal de l'ovaire — si enfin l'on se déciderait bientôt à l'opérer. De même notre prostatique, le seul urinaire que nous ayons opéré et qui ait été opéré à ce jour au somnifène du moins à notre connaissance, n'a pas connu les douleurs si pénibles, les épreintes douloureuses de la mèche. Ce résultat n'est certes pas négligeable.

Un autre avantage est le silence abdominal absolu que l'on obtient; il n'a de comparable que celui de

(1) FREDET et PERLIS. *Soc. de chir.*, t. L, n° 21, p. 789, et in *Presse méd.*, août 1924.

(2) Plus de deux mille injections y ont été pratiquées sans déterminer aucun accident.

la rachi. Par ailleurs on n'observe jamais de vomissements post-opératoires.

A quel genre de malades s'adresse plus particulièrement ce mode d'anesthésie? Il nous a semblé que les cachectiques, les insuffisants hépato-rénaux étaient ceux qui en bénéficiaient le plus. Le choc est assurément infiniment moindre qu'avec tout autre anesthésique; il est inexistant on peut l'affirmer du fait de l'anesthésie; la lésion elle-même importe peu, FREDET s'est adressé à toutes sortes de malades sauf des urinaires.

Nous n'avons quant à nous qu'une seule observation de ce genre, mais nous pouvons affirmer que la prostatectomie fut particulièrement facile et non douloureuse.

Par contre, chez les sujets jeunes et vigoureux, l'anesthésie est à coup sûr moins bonne, il est vrai que chez eux nous n'avons jamais dépassé 10 centimètres cubes de somnifène et que cette dose doit pouvoir être dépassée d'un tiers sans inconvénient chez les sujets sans tare. D'autre part, et c'est un point de technique que nous allons désormais étudier, il est possible que l'anesthésie soit meilleure si au lieu d'opérer immédiatement on attend un quart d'heure ou une demi-heure, nous avons en effet observé cette anesthésie retardée chez un de nos malades.

On peut d'ailleurs, avec le somnifène, si l'anesthésie obtenue n'est pas au gré de l'opérateur faire une injection intraveineuse complémentaire, sans inconvénient.

Est-ce à dire cependant que cette anesthésie est sans inconvénient. Evidemment non.

Et d'abord l'un d'entre eux, mais qui doit disparaître, est l'incertitude des doses. On a cherché une relation entre la dose et le poids; il ne semble pas que ce soit là une base très solide. Il faudra chercher plutôt à se baser sur l'état général du sujet : aux sujets vigoureux des doses fortes avec 15 centimètres cubes au maximum; aux sujets cachectiques des doses faibles, 5 centimètres cubes et plutôt si l'opération est importante, 8 centimètres cubes.

De cette incertitude de dosage découle l'incertitude d'obtenir une bonne anesthésie; aussi ne serait-il pas prudent, du moins encore, de n'avoir pas quand on veut faire une anesthésie au somnifène, un aide susceptible de compléter par une anesthésie générale. Mais si l'on doit se résoudre à cette éventualité, on peut le faire sans crainte; la dose d'anesthésique à employer est toujours très sensiblement diminuée.

Un autre fait, qui aux yeux de certains et surtout de la clientèle pourra paraître un inconvénient, c'est la somnolence prolongée et la tempête de la dixième heure. Il est bien certain que l'entourage ne manquerait pas d'être impressionné par cette somnolence prolongée. Mais en l'évoquant on finira sans doute par la lui faire admettre et ce d'autant mieux que le malade en tire le plus grand bénéfice.

Et maintenant voici quelques renseignements sur les malades qui ont été opérés :

OBSERVATION I. — E..., cinquante-trois ans. — *Cancer du pylore.* — Etat général très affaibli. T. artérielle 10 1/2-6, urée sanguine = 0,80.

Injection de 5 centimètres cubes de somnifène, anesthésie parfaite, pas de douleurs à l'incision de la peau. Suites opératoires excellentes, pas d'agitation à la dixième heure.

Pas de modification du chimisme sanguin.

OBS. II. — A. N..., âgée de quarante-six ans. — *Sarcome de la région dorsale.* — Injection de 8 centimètres cubes de somnifène.

Légère douleur à l'incision de la peau (10 grammes du mélange de Schleich).

Agitation intense dans la nuit, suites opératoires très bonnes.

Pas de modification du chimisme sanguin.

OBS. III. — N..., âgé de trente ans. — *Orchi-épididymite tuberculeuse.* — Très bon état général.

Injection de 7 centimètres cubes de somnifène, échec partiel, nécessité de compléter par anesthésie à l'éther.

Suites opératoires excellentes, pas de modifications du chimisme sanguin.

OBS. IV. — N..., âgée de soixante-quatre ans. — *Tumeur maligne de l'ovaire.* — Mauvais état général, acidose ionique (PH), cholestérine et azote résiduel augmentés.

Injection de 10 centimètres cubes de somnifène, durée de l'intervention deux heures, anesthésie parfaite.

Légère agitation vers dix heures du soir.

Pas de modifications du chimisme sanguin.

OBS. V. — N..., âgé de cinquante-six ans. — *Hypertrophie prostatique.* — (Deuxième temps).

L'examen chimique du sang montre : le PH, la cholestérine, augmentés.

Injection de 8 centimètres cubes de somnifène. Bonne anesthésie.

Agitation dans la soirée.

Suites opératoires excellentes, pas de modifications du chimisme sanguin.

OBS. VI. — N..., âgée de soixante-quatre ans. — *Mastite chronique.* — La malade est une brightique avec 0,58 d'urée sanguine, le PH, la cholestérine, la créatinine, l'azote résiduel sont augmentés.

Injection de 10 centimètres cubes de somnifène. Bonne anesthésie.

Pas d'agitation le soir, suites opératoires excellentes, pas de modifications du chimisme sanguin.

*
* *

En résumé nous pouvons dire que ce mode nouveau d'anesthésie est appelé à compléter très utilement le groupe des anesthésiques que nous possédons déjà, et qu'avec lui quelques opérations impossibles deviendront possibles, particulièrement celles qui doivent être pratiquées chez des *insuffisants hépato-rénaux*, des *cachectiques*.

Un autre avantage très appréciable est qu'elle doit faciliter les suites opératoires chez les opérés de l'estomac : la congestion du poumon produite par l'anesthésique n'existe plus et de ce fait le terrain n'est plus aussi propice aux infections microbiennes si souvent notées jusqu'ici; enfin l'absence de vomissements réduit au minimum les risques de désunion des sutures gastro-intestinales.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1925)

Anévrisme syphilitique de l'artère sous-clavière droite. — MM. LÉCHELLE, MARQUÉSY et PÉRISION.

L'avenir des pleurétiques. — M. BRELET communique sa stastitique de 1924, analogue à celle de l'année précédente. Sur 37 anciens pleurétiques, six sont devenus des tuberculeux pulmonaires. Les 31 autres n'ont aucun signe de tuberculose pleuro-pulmonaire, mais plusieurs d'entre eux ont présenté diverses localisations de bacillose (mal de Pott, tumeur blanche, adénite chronique).

Epidurite purulente ascendante à staphylocoques. Radio-lipiodol. Laminectomie. Guérison. — MM. Sicard et Paraf étudient un cas d'épidurite ascendante chez un médecin. Le contrôle lipiodolé a seul pu permettre de localiser l'étendue de la lésion sur une hauteur de la Ve lombaire à la Xe dorsale. L'opération pratiquée par Robineau a confirmé les résultats du radio-lipiodol. Il s'agissait d'une série de petits abcès strictement localisés à l'espace épidural, sans atteinte osseuse ou dure mérienne et d'origine staphylococcique. Le malade est présenté guéri.

Le service des psychopathes de l'Hôtel-Dieu. — MM. Lévy-Valensi, Triboulet, et Stieffel apportent une statistique de 1924 du service des psychopathes du Pr. Roger à l'Hôtel-Dieu. Cette statistique porte sur 390 cas, 46 cas seulement nécessitèrent l'internement soit moins de 12 p. 100.

Les auteurs insistent sur l'importance sociale des services pour psycopathes curables des hôpitaux qui, pour le sentiment public, en somme respectable, supprime en fait la tare de la maladie mentale en même temps que celle de l'internement.

Periduodénite syphilitique. — MM. L. Babonneix et Maurice Lévy rapportent l'histoire d'un sujet d'une cinquantaine d'années, souffrant depuis deux ans de troubles fonctionnels digestifs : hematémèses à répétition, douleurs gastriques, vomissements acides. Aux rayons X, déformation de la région duodénale douloureuse à la pression. Les diagnostics de lithiase biliaire, de cancer ou d'ulcère de l'estomac ayant été éliminés, les auteurs ont pensé à la syphilis, d'autant que leur patient était un ancien spécifique et qu'il existait chez lui les signes cliniques et sérologiques habituels. Et de fait, sous l'influence d'injections d'arsénobenzol, tous les troubles digestifs ont disparu, tandis que l'état général s'améliorait rapidement.

Recherches cliniques et expérimentales sur un sérum antithyroïdien. — MM. Coulaud et Suan ont noté dans tous les cas de goître exophtalmique, une amélioration fonctionnelle : abaissement de métabolisme basal, diminution de la fréquence du pouls, atténuation de tremblement, seuls le goître et l'exophtalmie ne sont pas modifiés.

Sclérose en plaques et troubles mentaux chez une syphilitique. Le syndrome humoral. Echec de traitement. — MM. Henri Claude et René Targowla présentent une malade atteinte d'un syndrome fruste de sclérose en plaques en évolution. Il s'agit d'une sclérose en plaques légitime dont le diagnostic est basé sur l'évolution par poussées, les signes névrologiques et oculaires, les réactions du liquide céphalo-rachidien. Les troubles mentaux ont fait penser à la possibilité de la paralysie générale ou d'une forme de syphilis nerveuse. En réalité, l'analyse clinique et les réactions humorales montrent qu'il n'existe aucune détermination nerveuse du tréponème pâle et que les deux affections sont indépendantes.

Les auteurs discutent les rapports des troubles psychiques et de la sclérose en plaques. Seul l'état mental résiduel paraît se rattacher directement à la maladie nerveuse ; elle n'est qu'un facteur accidentel des accidents aigus.

Ils indiquent en terminant le caractère positif de la réaction de l'or colloïdal, selon la technique modifiée par MM. Sicard et Haguenau dans le but de la rendre pathognomonique de la paralysie générale, ainsi que l'inefficacité absolue du traitement antisyphilitique dans leur cas. Ils reviennent en terminant sur la haute valeur sémiologique du syndrome humoral.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1925)

Hernie diaphragmatique congénitale. — MM. Sézary, Baumgartner, Lomon et Jonesco présentent un malade chez lequel une hernie diaphragmatique congénitale fut diagnostiquée par les rayons X.

L'examen radioscopique révéla, au-dessus de l'hémidiaphragme droit et symétrique de l'image du cœur, une ombre anormale dont la partie centrale avait un aspect aréolaire analogue à celui que donne l'intestin contenant des gaz. Le diagnostic de hernie diaphragmatique fut aussitôt porté.

L'opération confirma ces données radiologiques et montra l'origine congénitale de la hernie.

Douze cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique soignés par les transfusions de sang répétées. — MM. P.-Emile Weil, Isch-Wall, Pollet et Lamy rapportent l'histoire de douze cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique, traités depuis trois ans par des transfusions de sang répétées tous les huit jours d'abord, puis tous les quinze jours, puis tous les mois, faites à la dose de 300 centimètres cubes environ.

Les résultats obtenus sont plus importants et durables que ceux donnés jusqu'ici par aucune médication connue.

Cette méthode de traitement, complètement inoffensive (quoique certains malades aient reçu jusqu'à vingt et vingt-huit transfusions), mérite d'être prise en considération car elle modifie autant la thérapeutique des anémies graves cryptogénétiques que le traitement digitalique a pu faire pour les affections cardiaques.

Au point de vue biologique, elle a permis l'acquisition d'un certain nombre de points nouveaux dans l'étude nosographique du syndrome de Biermer.

M. Dufour a vu un cas d'anémie pernicieuse guéri par l'acide arsénieux.

M. P.-Emile Weil n'a jamais observé, surtout après rechute d'hémolyse, de guérison d'anémie pernicieuse par d'autre thérapeutique que la transfusion répétée.

Sclérodermie. Syphilis. — MM. André Léri, Barthélemy et Mlle Linossier présentent une malade atteinte de sclérodermie typique. Cette sclérodermie a débuté par un syndrome de Raynaud.

Chez cette malade on constate l'abolition d'un réflexe achilléen et d'un réflexe olécranien, la diminution d'un réflexe rotulien. Elle a, en outre, une lymphocytose céphalo-rachidienne importante : 8 éléments par millimètre cube.

Bien qu'il n'y ait aucun antécédent reconnu de spécificité et que la réaction de Wassermann soit négative, il semble infiniment probable, tant par l'examen du système nerveux que du système osseux, que la syphilis soit en jeu dans ce cas de sclérodermie, comme dans une série de cas qui ont été signalés antérieurement.

Sarcome du cerveau avec Bordet-Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien. — M. Marcel Pinard rapporte l'histoire d'un malade atteint de sarcome du cerveau dont le Bordet-Wassermann fut positif à deux reprises dans le liquide céphalo-rachidien. On ne trouvait chez lui aucun signe anamnestique de syphilis, par contre il existait chez sa femme des signes cliniques de présomption et une sérologie positive. Ces faits portent à penser que les sérologies positives dans les tumeurs doivent surtout être expliquées par une syphilis héréditaire ou acquise méconnue, ce qui ne fait d'ailleurs que confirmer l'excellence du terrain syphilitique pour le développement des tumeurs de toute nature, bénigne ou maligne.

M. C. Vincent fait remarquer que, dans l'observation qu'il a antérieurement présentée, il s'agissait de Bordet-Wassermann positif dans le liquide ventriculaire alors que la réaction était négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien libre.

M. Dufour a observé, chez des sujets syphilitiques à sérologie sanguine et rachidienne négatives, une réaction positive dans des liquides pathologiques (épanchement pleural tuberculeux) étrangers à la syphilis.

Epanchement articulaire sanguin chez un hémophile. — M. Maurice Renaud a eu l'occasion d'observer chez un hémophile un épanchement synovial du genou que la ponction lui montra être constitué par du sang pur. Après évacuation la cavité était complètement asséchée et entièrement libre sans dépôt fibrineux. Plus de vingt-quatre heures après le prélèvement aucune coagulation ne s'était encore manifestée dans le sang retiré.

Cancer secondaire du cœur. — MM. Ch. Achard et J. Mouzon présentent les pièces d'autopsie d'une femme de soixante-quatre ans, entrée à l'hôpital dans un état de cachexie extrême, très anémique (1.550.000 globules rouges et 30 p. 100 d'hémoglobine) avec des ganglions et des nodules

sous-cutanés dont la biopsie fit reconnaître la nature cancéreuse.

On ne put déterminer à l'autopsie la tumeur primitive; mais il y avait des nodules disséminés dans le foie, les reins, la plèvre gauche et surtout le cœur. Ces noyaux cardiaques siégeaient principalement sous l'épicarde et dans l'épaisseur du myocarde.

Le signe de l'expansion du hile dans l'ectasie de l'artère pulmonaire. — M. Pezzi (de Pise) fait un exposé de ses recherches cliniques et radiologiques sur l'ectasie de l'artère pulmonaire. Radiologiquement il a pu observer des battements avec expansion dans la région hilaire et il insiste sur l'importance de ce nouveau signe de l'anévrisme pulmonaire: l'expansion du hile.

M. Laubry attache, comme l'auteur, une grande signification à la danse du hile comme signe de l'ectasie pulmonaire, mais il fait observer que ce signe n'est pas constant. Pour qu'il se réalise il faut à la fois un souffle violent de régurgitation diastolique et de la sclérose péri-artérielle.

M. Rist tire argument de la communication de M. Pezzi pour étayer cette notion trop méconnue que les ombres radiologiques hilaires ne sont pas toujours ganglionnaires mais peuvent être aussi vasculaires.

M. Guinon. Chez l'enfant des adénopathies authentiques peuvent être animées de battements.

Un cas de purpura hémorragique survenu au cours d'une urétrite aiguë blennorragique. — MM. S.-I. de Jong et René Martin rapportent l'observation d'un purpura hémorragique survenu au cours d'une urétrite blennorragique aiguë ne s'accompagnant par ailleurs d'aucun signe de septicémie gonococcique. Le syndrome hémorragique fut particulièrement grave puisqu'une piqûre faite au lobule de l'oreille saigna pendant six jours. L'état général, par contre, fut peu touché et la guérison survint après vingt jours. L'étude du sang vint confirmer le diagnostic de purpura.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 28 janvier 1925)

Installation du nouveau bureau. — M. Souligoux cède la présidence à M. J.-L. Faure.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. Crile (de Cleveland) qui remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en lui attribuant la médaille de Lannelongue avec la somme qui l'accompagne. Il exprime le désir que cette somme soit consacrée à fournir à un jeune chirurgien français les moyens de venir en Amérique où il sera assuré d'un accueil très favorable et où on s'efforcera de rendre son séjour utile et agréable.

M. le Secrétaire général propose de remercier M. Crile et d'étudier, en comité secret, les moyens de donner satisfaction à son généreux désir.

Abcès froids thoraciques. — M. Dujarier, en parlant dans une précédente communication d'abcès froid dans les cartilages costaux, a soulevé des objections. Il apporte de nouvelles preuves à l'appui de son opinion et cite en particulier un article de Hensen dans lequel il est démontré qu'à partir de l'âge de dix ans on trouve des vaisseaux dans les cartilages costaux, lesquels peuvent servir de vecteurs aux bacilles tuberculeux. Ce travail contient, en outre, les observations de tuberculose des cartilages costaux.

M. Fredet répond à M. Dujarier que dans son observation il s'agissait de tuberculose superficielle d'un cartilage costal, observation qui n'était pas démonstrative pour la thèse soutenue par M. Dujarier.

M. Souligoux voudrait que les considérations histologiques contenues dans l'article cité par M. Dujarier fussent confirmées par un histologiste français.

M. Roux-Berger fait remarquer que, chez les vieillards, on trouve des vaisseaux dans les cartilages costaux.

M. Dujarier maintient énergiquement son opinion.

Ostéosynthèse. — Une nouvelle discussion s'engage entre MM. Fredet et Savariaud sur l'interprétation de certaines radiographies relatives à des fractures avec ou sans déplacement.

Kyste hématique probablement d'origine pancréatique. — M. Dujarier analyse une observation adressée par M. François (de Versailles). Femme de vingt-neuf ans, atteinte d'une tumeur dans le côté gauche de l'abdomen, accidents d'infection péritonéale nécessitant une intervention d'urgence. Il s'agissait d'un kyste hématique en voie de sphacèle, évacuation du kyste, marsupialisation, guérison.

M. Cunéo émet quelques doutes sur l'origine pancréatique de ce kyste.

Fracture du trapézoïde. — M. Mouchet analyse une observation de M. Jean (de Toulon). Un matelot, dans sa prison, lance un vigoureux coup de poing contre le mur. M. Jean constate une fracture en trois fragments du trapézoïde. Réduction, guérison.

M. Mouchet ajoute à ce cas un cas personnel. Ces fractures sont très rares.

Gangrène pulmonaire postopératoire. Guérison par la sérothérapie. — M. Louis Bazy fait un rapport sur une intéressante observation de M. Aumont (de Versailles). Il s'agit d'un malade opéré en novembre 1923 pour ulcus duodénal; laparotomie, gastro-entérostomie; quinze jours après, élévation de température, matité à la base droite, signes de gangrène pulmonaire. Six injections consécutives de 80 centimètres cubes de sérum antivirulent. Vomique, abaissement de la température, guérison.

Cholécystite. — M. Louis Bazy rapporte une observation de M. Legrand (de Rouen). Jeune homme de vingt-trois ans, fièvre typhoïde grave cinq ans auparavant. Surviennent des douleurs vagues au niveau du creux épigastrique, des vomissements. Accidents de péritonite aiguë, empâtement dans la fosse iliaque droite. Signes de perforation intestinale. Laparotomie d'urgence, appendice sain, mais grosse vésicule biliaire suppurée; bacilles d'Eberth dans le pus. Cholécystectomie difficile, guérison.

En pareil cas, une cholécystectomie, aussi précoce que possible, s'impose.

Infection puerpérale postpartum. — M. Proust clot la discussion qu'il a soulevée en parlant du traitement des infections puerpérales d'origine phlébitique par la ligature des veines. Il résume la discussion et, revenant à son point de départ, maintient ses premières conclusions en faveur de la ligature veineuse comme traitement des infections postpartum.

Fistules congénitales du cou. — M. Cauchoix communique une observation de fistule sous-hyoïdienne chez une femme de quarante-huit ans, se dirigeant vers le conduit auditif. Extirpation du trajet fistuleux. Ces fistules sous-hyoïdiennes sont rares.

M. Veau a pu suivre pendant dix-huit ans un jeune homme qui, à sa naissance, avait une fistule dont l'orifice était au-dessous de la clavicule. Il vient de l'opérer récemment. Le trajet fistuleux allait jusqu'à l'apophyse basilaire.

M. Alglave a observé deux cas de fistules médianes partant de la fourchette sternale. Le trajet fistuleux allait jusqu'à la base de la langue. Malgré le soin qu'il a mis à les opérer, il y a eu récidive.

Céphalée consécutive à la rachianesthésie. — M. Dujarier a fait disparaître ces céphalées par des injections intraveineuses d'eau.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(Séance du 20 janvier 1925)

Chorée chronique congénitale chez un enfant de onze ans. Discussion nosographique. — MM. Harvier et Chabrun présentent un jeune garçon de onze ans dont les mouvements choréiques ont été remarqués dès sa première année. Il s'agit de mouvements choréiques, typiques, généra-

lisés, accompagnés d'hypotonie musculaire et articulaire (avec conservation de la force musculaire) et d'une vivacité remarquable des réflexes rotuliens et cutanés.

L'enfant présente une simple arriération intellectuelle sans troubles mentaux.

Il n'existe aucun signe d'irritation corticale, ou pyramidale, ni aucun signe cérébelleux.

Les auteurs concluent à l'existence vraisemblable d'une chorée chronique symptomatique d'une encéphalopathie infantile, en raison de certains symptômes associés (ébauche de mouvements athétosiformes des membres supérieurs et attitude spéciale de la colonne vertébrale en flexion latérale, appréciables seulement dans la position verticale du malade).

L'association d'une diminution du tonus et de l'exaltation des réflexes est remarquable dans ce cas particulier.

Discussion. — M. Marfan rappelle qu'il a présenté un cas analogue : enfant de trois ans, arriéré, avec choréo-athétose, hypotonie et exagération des réflexes.

M. Babonneix remarque que l'association de l'hypotonie avec exagération des réflexes n'est pas rare dans ces cas.

Un cas de pneumothorax spontané non tuberculeux chez un nourrisson. — MM. P. Lereboullet, J. Cathala et M. Lelong rapportent l'observation d'un nourrisson de quinze mois et demi qui, trois mois après une pneumonie du sommet droit, fit à l'occasion d'une crise convulsive un pneumothorax spontané, total, du côté droit. Cette complication semble due à la rupture brusque pendant les convulsions d'une alvéole emphysémateuse secondaire à la pneumonie. Cliniquement les symptômes furent les signes classiques du pneumothorax de l'adulte : tympanisme, silence respiratoire; mais très rapidement apparurent des signes amphoro-métalliques perçus uniquement du côté sain par suite de propagations anormales. L'évolution de l'affection fut bénigne; aucun épanchement liquide ne vint compliquer le pneumothorax et des examens radiologiques successifs montrèrent la résorption du gaz progressive mais très lente, le recollement pleural n'étant achevé qu'au bout de trois mois et demi. A ce propos les auteurs insistent sur le caractère exceptionnel du pneumothorax chez le nourrisson tuberculeux ou non tuberculeux, sur la nécessité de la radiologie pour en contrôler le diagnostic et sur la rareté de son évolution bénigne.

Obésité d'origine nerveuse hérédo-spécifique. — MM. Heuyer et Grenet présentent une fillette de quinze ans, atteinte d'obésité considérable ayant débuté à douze ans et demi sans cause. Le traitement thyroïdien puis ovarien eurent le plus déplorable effet. L'essai des tests glandulaires est absolument négatif. Le Wassermann de la mère et de l'enfant sont positifs. Cette enfant présente une cyphose avec tassement vertébral de l'acrocyanose. Le traitement par le sulfarsénol puis le bismuth a amené une amélioration très nette. Les auteurs pensent qu'il s'agit ici non de troubles endocriniens, mais d'une lésion infundibulaire hérédo-spécifique.

M. Lereboullet croit aussi que cette malade rentre bien dans la série des cas qu'il a décrits, dont les troubles sont dus non à des lésions endocriniennes mais de l'infundibulum (preuves expérimentales). Le traitement spécifique est ici rationnel. Parfois le Wassermann est ici négatif dans le sang, positif dans le liquide céphalo-rachidien.

M. J. Hallé fait remarquer la kératose pilaire considérable de cette malade, l'implantation basse des cheveux, les vergetures, un certain degré d'hirsutisme est certain.

Atrophie musculaire généralisée chez un jeune homme. — MM. L. Babonneix et Maurice Lévy présentent un jeune garçon de seize ans atteint, depuis quelques mois, d'une paralysie flasque des membres inférieurs prédominant sur les extenseurs, et, depuis quelques semaines, d'une atrophie légère du petit muscle des mains, avec réaction de dégénérescence nette. S'agit-il là d'une myélopathie ? C'est peu vraisemblable, en l'absence de contractions fibrillaires. Le diagnostic de polynévrite est plus plausible. Mais de quelle cause ? L'éthylisme est, malgré l'absence des troubles sensitifs, encore de toutes la plus vraisemblable.

Chondromatose ostéogénique associée à des dysplasies osseuses des fémurs et humérus. — M. le professeur Rocher (de Bordeaux) rapporte l'observation d'une fillette de dix ans qui, depuis l'âge de trois ou quatre mois, présente une déformation des fémurs en varus, à huit mois crosse de l'humérus droit. Elle a subi déjà deux ostéotomies du fémur sans succès. La radiographie montre que l'incurvation des os est due à la présence de chondromes et en révèle d'autres dans les mains, les omoplates, le bassin. Le redressement a été fait par ostéotomie cunéiforme avec implantation d'un greffon péronier. Ces cas sont très rares.

Le thorax en entonnoir. Pathogénie. Traitement. — Mme Nageotte-Wilboutchewitch. C'est une déformation très fréquente, contrairement à l'opinion reçue et due à une aplasie congénitale du plastron sterno-costal. Chez le nouveau-né on observe un entonnoir membraneux, mobile avec la respiration. La déformation assez rapidement se consolide et se fixe. Il s'agit presque toujours de prématurés. On peut intervenir pendant la période de mobilité, en couchant l'enfant sur le ventre, ne le serrant pas dans ses langes, l'exposant au soleil.

Discussion. — M. Comby. A côté de cette forme congénitale il y a une forme acquise due au rachitisme, avec ramollissement des cartilages costaux et déformation en gouttière.

M. Lance signale des cas observés par M. Huc dans lesquels on a assisté à l'apparition rapide avec phénomènes douloureux de la formation d'un thorax en gouttière par lésions hypertrophiques et coudures des cartilages costaux, déformations souvent plus marquées d'un côté que de l'autre.

M. Guinon. Le thorax en entonnoir est un syndrome d'origine très variée : forme congénitale, forme familiale avec des aplasies incurables, forme rachitique débutant vers cinq, six ans, guérissant de dix à onze ans, forme spéciale de la syphilis héréditaire.

M. Léon Tixier cite un cas familial typique.

M. Marfan. Les cas observés par Mme Nageotte sont manifestement des aplasies congénitales qui guérissent très rapidement ou se fixent.

Le traitement de l'anémie des nourrissons par les rayons ultraviolets. — M. Mathieu et Mme Emma Feldzer rapportent trois cas d'anémies pseudo-leucémiques très graves du nourrisson améliorées très vite par les rayons ultraviolets. Dans le premier cas, très frappant, l'enfant présentait des syncopes et était moribond. Il fut amélioré dès la première séance. Les deux autres, des jumeaux, étaient atteints de splénomégalie, et rachitiques.

M. Lesné. Chez les rachitiques atteints d'anémie pseudoleucémique traités par les rayons ultraviolets, certains guérissent rapidement, d'autres, comme les hérédo-syphilitiques, ne cèdent pas à ce traitement.

M. Marfan rappelle les travaux de Dorlencourt; les examens de sang répétés montrent l'action certaine des rayons ultraviolets sur ces anémies dans la plupart des cas.

Un cas de rougeole sans exanthème. — MM. Apert, H. Janet et Azerad rapportent un cas de rougeole simple terminée par la guérison, ayant évolué sans trace d'éruption. Le diagnostic fut fait uniquement par la constatation du signe de Koplick. Il s'agissait bien d'une rougeole authentique, car dans la salle de médecine générale, où avait d'abord été hospitalisé le malade, une épidémie de rougeole se déclara dans les délais d'incubation ordinaires. Il s'agit d'un fait assez rare, qu'il faut opposer aux cas, qui sont fréquents, de rougeole grave d'emblée, dont l'éruption « sort mal » et semble parfois absente. Les auteurs rappellent à ce propos la valeur diagnostique tout à fait remarquable du signe de Koplick.

Discussion. — M. Debré. En dehors des rougeoles qui tuent avant l'apparition de l'éruption on peut observer des éruptions très discrètes ou absentes dans trois cas : 1° les enfants nés d'une mère ayant eu la rougeole ont une immunité complète jusqu'à trois mois, et de trois à six mois font des rougeoles très frustes avec ou sans éruption; 2° il en est de même chez les sujets injectés de sérum de convalescent; 3° MM. Nicolle et Conseil ont montré que chez les adultes ayant eu la rougeole si on injecte du virus morbilleux on a des cas analogues.

M. Guinon a vu l'éruption manquer avec le syndrome morbilleux mais jamais quand la tache de Koplick existait.

M. Lesné. Ce syndrome morbilleux sans éruption est fréquent chez les athrepsiques.

Tumeur pileuse de l'estomac. — M. Mathieu présente une volumineuse masse de cheveux extraite de l'estomac d'un enfant de onze ans et demi.

Elections. — Membres titulaires : MM. Cathala, Pierre-Paul Lévy, Huc, Fouet.

Membres correspondants : MM. Chatin (de Lyon), Beutter (de Saint-Etienne).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 10 JANVIER 1925)

Teneur du sang en créatinine chez l'enfant normal et chez l'enfant malade. — MM. Lesné, Hazard et Langle, en pratiquant des dosages de créatinine dans le sang total suivant la technique de Myers et Lough, sont arrivés aux conclusions suivantes. Le taux de la créatininémie est le même chez l'enfant et chez l'adulte normaux (1mmg78 pour 100 centimètres cubes de sang).

Chez les enfants malades, en dehors des néphrites azotémiques dans lesquelles la créatinine est constamment augmentée, ses variations sont peu étendues.

Tandis que la créatininémie présente une augmentation modérée chez les malades adultes atteints d'affections de l'estomac, il n'existe rien de semblable au cours des gastro-entérites infantiles chroniques.

Les taux maxima observés (3mmg4) concernaient des enfants ayant des broncho-pneumonies graves et profondément intoxiqués ; l'hypercréatininémie est alors de même que chez l'adulte d'un très fâcheux pronostic.

Note sur la disposition générale des artères de l'axe encéphalique. — MM. Ch. Foix et P. Hillemand. L'arc encéphalique est irrigué par trois sortes d'artères dépendant du système du tronc basilaire : ce sont les artères paramédianes, circonférentielles courtes, circonférentielles longues, d'où partent les artères radiées qui s'enfoncent dans la substance nerveuse. Cette disposition est surtout typique au niveau de la protubérance, elle se retrouve au niveau du bulbe et d'une façon schématique au niveau du pédoncule. On peut, dans une certaine mesure, assimiler à cette disposition, celle des artères diencéphaliques. Quoiqu'il en soit il existe au niveau de l'axe encéphalique trois territoires artériels : paramédian, antérolatéral, postérieur.

Irrigation du bulbe. — MM. Ch. Foix, P. Hillemand et Schalit. Au niveau du bulbe supérieur, si l'on fait abstraction du plancher du IVe ventricule existent trois territoires vasculaires, distincts : 1° Un territoire médian fourni par les spinales antérieures et par les artères paramédianes ; 2° un territoire latéral (région olivaire, fossette latérale du bulbe), dont l'irrigation principale est fournie non pas par la cérébelleuse inférieure, mais par une artériole spéciale, l'artère de la fossette latérale du bulbe ; des ramuscules accessoires constants proviennent, soit de la vertébrale, soit de la cérébelleuse inférieure ; l'ensemble répond aux circonférentielles courtes ; 3° un territoire postérieur, et en particulier les corps restiformes, qui est irrigué par la cérébelleuse inférieure qui lui donne parfois un seul rameau. Au niveau du collet bulbaire, l'irrigation médiane se fait par les artères spinales antérieures, l'irrigation postérieure et latérale par les cérébelleuses inférieures.

Irrigation de la protubérance. — MM. Ch. Foix et P. Hillemand. Cette irrigation est particulièrement schématique. Elle comprend : 1° Huit à dix artères paramédianes, d'autant plus larges qu'elles sont plus basses et à trajet légèrement descendant s'imbriquant entre les détroits pour former une ligne artérielle continue. Elles donnent naissance aux artères radiées ; 2° des circonférentielles courtes, au nombre de 4 à 6 qui irriguent les 3/5 externes de la face antérieure de la protubérance ; 3° des circonférentielles longues représentées par les cérébelleuses moyenne et supérieure.

Irrigation de la couche optique. — MM. Ch. Foix et P. Hillemand. Le thalamus est irrigué par cinq pédicules. Deux d'entre eux naissent du losange optopédonculaire. Le *premier*, qui dépend de la communicante, naît en avant des corps mamellaires, c'est le pédicule prémamellaire ou *thalamotubéreux*, destiné à la partie antérieure du thalamus et au tuber. Le *second*, qui dépend de la cérébrale postérieure, naît en arrière des corps mamillaires, c'est le *pédicule rétromamellaire* ou thalamoperforé. Il irrigue la partie inférieure du noyau interne, ainsi que la partie postéro-interne de la région sous-optique (extrémité antérieure du noyau rouge). Il fournit, en outre, une partie de l'irrigation du noyau externe. Un *troisième* pédicule naît de la cérébrale postérieure au niveau de sa crosse. Il pénètre entre les corps genouillés, puis irrigue la partie postéro-externe de la couche optique, d'où son nom de *pédicule thalamogenouillé*. C'est sa lésion qui entraîne le syndrome thalamique classique.

Un *quatrième* pédicule, *choroïdien*, fournit un petit pédicule pulvinarien et des branches pour la partie supéro-interne de la couche optique. Enfin, la partie supéro-interne du thalamus dépend d'un *cinquième* pédicule, lenticulo-optique, né de la sylvienne.

M. Lhermitte a observé, avec M. Lecène, un fait clinique qui montre le peu de part que prend la sylvienne à la vascularisation de la couche optique.

Lipogénèse et lipoïdogénèse dans l'organisme animal. — MM. A. Grigaut et R. Yovanovitch, par l'analyse comparée du sang afférent et du sang efférent prélevé au niveau des différents organes montrent que la genèse des matières grasses et lipoïdes est une fonction générale de la cellule vivante. La lipogénèse qui se produit dans les différents tissus constitue la contre-partie du processus de lipodiérèse signalé par Roger et Binet dans le poumon. Au stade d'oxygénation du sang, propice à la combustion des matières grasses, correspond la lipodiérèse, tandis que les conditions de vie anaérobie des tissus profonds est favorable à la production des phénomènes de combustion interne et de réduction qui sont à la base de la genèse des matières grasses.

M. Mestrezat se demande s'il ne faut pas non plus faire intervenir le lymphe, dont le rôle paraît bien faible au professeur Ch. Richet.

Eloges nécrologiques. — M. Ch. Richet prononce l'éloge funèbre de MM. Larcher, J. Camus et Bergonié.

ANALYSES

Rachis.

Les hommes sans cou. Considérations sur la réduction numérique et le tassement des vertèbres cervicales. (A. Feil, J. Roland et Vanbockstael. *Revue d'orthop.*, XXXIe année, juillet 1924, n° 4, p. 281-303.)

A propos du torticolis congénital d'origine vertébrale. (R. Le Fort et P. Ingelrans. *Revue d'orthop.*, XXXIe année, sept. 1924, n° 5, p. 405-436.)

On trouvera, dans ces deux articles, une description complète de cette anomalie de développement décrite pour la première fois en mars 1912, par Klippel et Feil et qui porte le nom de syndrome de Klippel et Feil. L'affection est caractérisée anatomiquement par le tassement et la réduction de nombre des vertèbres cervicales, existence d'un spina bifida postérieur, élévation de la cage thoracique avec formation d'un thorax cervical plus ou moins développé.

Cliniquement, l'affection est caractérisée par une triade symptomatique : brièveté du cou, implantation basse des cheveux, limitation des mouvements de la tête.

On trouvera à la suite de ces deux publications, une bibliographie complète de la question.

Cf. — Torticolis par malformation vertébrale. (G. Pusch [de Leipzig]. Congrès des chirurgiens de l'Allemagne centrale in *Zentr. f. chir.*, 1er déc. 1923, nos 48-49.)

Syndrome de réduction numérique des vertèbres sacro-coccygiennes. (Ch. Achard, Ch. Foix et J. Mouzon. *Soc.*

de neurol., séance du 7 fév. 1924, *Revue de neurol.*, fév. 1924, p. 270.)

Absence de sacrum et des deux dernières vertèbres lombaires. (DESFOSSES et MOUCHET. *Revue d'orthop.*, janv. 1924, p. 61-70.)

Anomalie du sacrum. (LÉRI, PETTIDI et COTTENOT. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 18 juillet 1924, p. 1173.)

Dystrophie cruro-vésico-fessière par agénésie sacro-coccygienne. (Ch. FOIX et P. HILLEMAND. *Revue de neurol.*, nov. 1924, p. 453-468.)

Par opposition aux « hommes sans cou » par réduction numérique des vertèbres cervicales, les auteurs ci-dessus ont apporté des observations de réduction numérique de l'extrémité caudale du rachis : sacrum et coccyx.

Cette réduction numérique entraîne un syndrome clinique particulier de dystrophie cruro-vésico-fessière. On note, en effet : 1° Une atrophie des fesses, des cuisses, des mollets, avec atrophie des os des membres inférieurs et du bassin, d'où diminution de la taille ; 2° de l'incontinence d'urine plus ou moins complète ; 3° radiologiquement, une absence du sacrum et des dernières sacrées, sacralisation des dernières lombaires.

A côté de ce type, on peut observer une malformation moins marquée : agénésie simple du coccyx sans troubles sphinctériens.

Dans d'autres cas, comme celui de Léri, Pettendi et Cottenot, et un autre de Frœlich, il y a absence d'une moitié latérale du sacrum et du coccyx.

Enfin, parfois on observe des agénésies bien plus compliquées, compatibles ou non avec la vie, spina bifida étendu, absence de vertèbres lombaires (Desfosses et Mouchet), etc.

La seule erreur à éviter est de prendre ces cas pour de vastes spina bifida occulta sacrés.

Là aussi on observe de l'incontinence d'urine de l'atrophie des mollets et des fesses, l'abolition des réflexes achilléens. Mais le toucher rectal montre que la paroi antérieure du sacrum existe et la radiographie vérifie cette présence.

Scoliose.

Quarante-cinq observations de scoliose paralytique traitées par la synthèse rachidienne. (R. A. HIBBS. *Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1924, vol. VI, n° 1, p. 1 à 37.) — L'auteur a opéré, entre 1914 et 1919, 59 cas de scolioses toutes consécutives à des poliomyélites qu'il a traitées par la fusion osseuse des arcs postérieurs. Il en rapporte en détail les observations.

Il a suivi la technique bien connue qu'il a proposée pour le mal de Pott (*New-York med. Journ.*, 27 mai 1911). Il l'expose ici à nouveau en détail avec des figures très claires. Les malades ont subi antérieurement un redressement forcé qui consiste en corsets plâtrés appliqués en position horizontale avec traction sur les jambes de 25 à 40 livres; contre-extension sur la tête, correction renouvelée toutes les trois semaines jusqu'au maximum de correction possible.

Il est nécessaire, dans la scoliose, de fusionner un grand nombre de vertèbres de 6 à 16, en général 8 à 10. Dans 5 cas on a été obligé de faire une opération secondaire pour augmenter le nombre des vertèbres fusionnées.

L'opération est peu choquante. Il y a eu cependant 2 morts (pneumonie et acidose).

Ce qui est intéressant c'est de voir les résultats éloignés de ces opérations. Il a pu revoir, au début de 1923, 45 de ces opérés. Voici les résultats constatés :

17,7 de ces malades étaient incapables de se tenir assis ou debout sans support avant l'opération; 45 p. 100 avaient une attitude extrêmement vicieuse, et seulement 37,7 p. 100 avaient une déformation modérée.

Les résultats éloignés montrent que 48,8 p. 100 avaient une attitude excellente, pratiquement normale; 35,5 p. 100 une bonne attitude, 8,8 p. 100 un résultat médiocre, et 6,6 p. 100 mauvais. Dans ces cas, les membres inférieurs étaient paralysés aussi et l'état général franchement défectueux.

Dans certains cas la fusion n'a pas été assez étendue, en particulier l'auteur conseille dans certains cas la fusion de la Ve lombaire au sacrum que l'on ménage habituellement pour faciliter la station assise.

La lecture de ce mémoire au Congrès de l'Am. orthop. Ass. (Rochester, 7-9 juin 1918) fut suivie d'une discussion à laquelle prirent part A. MACKENSIE FORBES (de Montréal), KLEINBERG (de New-York), J.-L. PORTER (de Chicago), Ar. WHITMAN et R. SAYRE (de New-York).

Forbes, Kleinberg, Whitman se déclarent partisans de l'opération, non seulement dans la scoliose paralytique, mais dans la scoliose essentielle. Ils ont chacun opéré ainsi de nombreux cas : Kleinberg, 30 à 35 cas, avec 2 rechutes; A. Whitman, 11 cas avec 1 rechute. Redoutant le pronostic sombre des scolioses graves qui ne vivent pas vieilles, les auteurs conseillent d'opérer précocement. Ceci peut conduire loin. Sagement, R. Sayre et R. A Hibbs conseillent de s'en tenir pour ces opérations aux seules scolioses paralytiques, affection incurable, et Sayre ajoute que « dans les séries de cas de scolioses idiopathiques que le docteur Kleinberg et le docteur Whitman montrèrent à l'Académie, il semble que tout ce qui a été fait est d'ajouter une cicatrice défigurante à un dos toujours tordu; avec cette cicatrice ces femmes ne peuvent aller en soirée avec la mode actuelle des robes ».

Membre supérieur.

L'absence congénitale de radius. (KATSUJI KATO. *Journ. of bone and joint surg.*, juillet 1924, vol. VI, n° 3, p. 589 à 626.) — L'auteur décrit trois cas observés à l'hôpital de Los Angeles.

Chez le premier enfant on observe une absence double et complète du radius et du pouce. Le deuxième présente aussi une absence complète du radius unilatérale, mais avec présence du pouce; on pratiqua sur lui (docteur Ed. Puzerson) le redressement de la déviation de la main et implantation d'un greffon pris sur le cubitus hypertrophié; huit mois après, bien que le greffon fut partiellement résorbé, la correction s'était maintenue et la fonction très améliorée. Le troisième cas concerne une absence de l'extrémité inférieure du radius et du pouce d'un seul côté.

L'auteur fait suivre ces trois observations d'une Revue générale très complète de la question, donnant un tableau des 253 cas observés dans la littérature et résumant l'anatomie pathologique, les théories pathogéniques, les différentes méthodes opératoires employées.

Paralysie ischémique.

Traitement de la contracture musculaire ischémique par la transplantation musculaire libre. (R. GÖBELL. *Deut. Zeit. f. Chir.*, vol. CLXXVII, f. 1-2, p. 106.) — Dans trois cas de contracture ischémique des fléchisseurs de l'avant-bras à la suite de fracture appareillée (syndrome de Volkmann), l'auteur a employé le traitement suivant : dissection soignée des muscles atteints de rétraction fibreuse, résection large des parties fibreuses, allongement des doigts qui entraîne un écartement de 5 à 6 centimètres des deux tranches de la section musculaire, la perte de substance est comblée par un transplant libre pris sur d'autres muscles (grand oblique, couturier), suture, transplantation aponévrotique, fermeture de la plaie. Dans la suite, faradisation, massage, mouvements actifs et passifs.

Dans l'un des cas, le résultat fut très beau, il y eut non seulement allongement musculaire, mais certainement régénération musculaire.

Chez les deux autres opérés le résultat fut moins heureux et même chez le troisième il y eu récidive de la rétraction fibreuse. Au total, procédé inconstant dans ses résultats et inférieurs aux résections osseuses pratiquées en France.

L'utilisation des appareils à tourniquets dans le redressement des rétractions ischémiques de Volkmann. (Lucien MICHEL. *Revue d'orthop.*, juillet 1924, n° 4, XXXIe année, p. 347.) — « La thérapeutique du syndrome de Volkmann divise encore les chirurgiens en partisans des procédés opératoires ou des appareillages de redressement. » L'école lyonnaise reste fidèle au procédé du redressement par les tractions élastiques préconisé dès 1900 par Claude Martin, employé toujours par M. Nové-Josserand et ses élèves qui ont déjà publié des beaux succès dus à cette méthode (voir Nové-Josserand. *Soc. de chir. de Lyon*, 1900 à 1903; *Lyon méd.*, 1908; Rendu. *Congrès d'orthop.*, 1920). L'auteur rapporte deux nouveaux cas traités dans le service de M. Nové-

Josserand par un appareillage plus perfectionné que celui employé antérieurement. Il le décrit et figure minutieusement. Il s'agissait de cas graves, et cependant en trois semaines le redressement fut obtenu. Ce temps est considéré comme un maximum par l'auteur. Après redressement, un traitement physiothérapique sévère de plusieurs mois est nécessaire si on ne veut pas voir s'amorcer une récidive.

M. LANCE.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL

MALADIE PROFESSIONNELLE. MALADIE CONTRACTÉE AVANT LA MISE EN VIGUEUR DE LA LOI DU 25 OCTOBRE 1919. LOI INAPPLICABLE

J..., ouvrier galvanoplaste stéréotypeur, travaillait chez P..., industriel, employant le plomb figurant dans la liste des professions prévues aux tableaux annexés à la loi du 25 octobre 1919. A la suite de troubles saturnins, il a dû cesser son travail le 22 décembre 1921.

Le juge de paix du XIVe arrondissement de Paris a, par jugement du 12 juillet 1922, condamné P... à payer pour demi-salaire, du 20 décembre 1920 au 31 janvier 1922, 574 francs. Appel de cette décision a été interjeté. Et le Tribunal de la Seine a été saisi d'une demande de rente de 258 francs calculée sur un salaire de 8.400 francs et une réduction de 8 p. 100.

Les rapports des médecins experts constataient bien que J... était atteint de myalgie-arthralgie, maladie prévue au tableau annexé et qu'il éprouvait de ce chef une incapacité permanente de 8 p. 100.

« Mais attendu, dit le Tribunal de la Seine dans son jugement du 1er mars 1923, que cette incapacité permanente existait bien antérieurement à l'application de la loi du 25 octobre 1919; que J... travaillant dans le plomb depuis l'âge de treize ans, a été réformé en 1916 pour des manifestations de l'intoxication saturnine sur le tube digestif et a reçu une pension de 10 p. 100;

Attendu que, pour que l'ouvrier puisse avoir droit à une rente, il faut que l'incapacité de travail soit survenue depuis l'entrée en vigueur de la loi; que la loi n'a voulu viser que les ouvriers dont l'état ne donne lieu à aucune manifestation, maladie saturnine ou mercurielle, et dont la maladie s'est révélée pour la première fois depuis la mise en vigueur de laloi. »

Ce n'était pas le cas de J... qui, bien avant l'application de la loi de 1919, était frappé d'une incapacité permanente évaluée en 1916 à 10 p. 100. Le Tribunal a donc rejeté la demande de rente formulée par l'ouvrier.

L'affaire a été portée devant la Cour de Paris qui a confirmé le jugement, par arrêt du 13 octobre 1924.

La solution de la Cour de Paris paraît exacte, parce que c'est un principe que les lois n'ont pas d'effet rétroactif. Mais il y a une autre considération à faire valoir : quel est le patron qui serait responsable, si on donnait à l'ouvrier le droit de se prévaloir de son état antérieur après la mise en vigueur de la loi nouvelle?

Cette solution n'est pas contraire à l'équité, parce que la loi pourrait être invoquée si, postérieurement à sa mise en vigueur, la maladie professionnelle antérieurement contractée venait à s'aggraver.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les manifestations tardives de l'encéphalite épidémique (1), par le docteur Gabrielle Lévy, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Syndrome parkinsonien, syndrome excito-moteur, troubles sensitifs, sensoriels, mentaux, trophiques : tels sont, avec un chapitre consacré à l'encéphalite chez l'enfant, les divisions de cet important ouvrage, résumé d'une étude de plusieurs années dans le service du professeur Pierre Marie, à la Salpêtrière.

Un chapitre d'anatomo-pathologie et de pathogénie et un index bibliographique extrêmement complet achèvent de le rendre nécessaire à qui veut connaître la question.

(1) Un volume in-8 de 380 p., avec 53 fig. dans le texte. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin.

Radio et curiethérapie en clientèle (1), par M. A. Kergrohen, médecin de la marine, chef de clinique de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Le praticien doit tout connaître et c'est cette universalité qui constitue sa supériorité. L'art de guérir est sa raison d'être. Aucune branche de la médecine ni de la chirurgie ne lui est étrangère. S'il ne les cultive pas toutes au même titre, quand même est-il bon qu'il ne soit point pris au dépourvu lorsqu'on lui parle d'une d'elles.

La radio et la curiethérapie n'ont jamais été exposées dans un livre qui soit mieux à leur portée que celui du docteur Kergrohen. Il appartient à cette collection. *Comment guérir?* que publie MM. Maloine et fils et dont les praticiens possèdent toutes les publications. Celle de M. Kergrohen est riche de toutes les qualités qui se retrouvent dans les autres : compétence, concision, clarté, élimination de toutes les notions qui ne sont pas indispensables au praticien.

CH. FIESSINGER.

Guide pratique pour l'analyse du sang, aux points de vue biologique, chimique, toxicologique et médico légal (2), par R. Douris, professeur de l'Université de Nancy, chargé de cours de chimie biologique à la Faculté de pharmacie.

Cet ouvrage, véritable guide pratique, comprend huit parties : 1° Notions fondamentales et coagulation; 2° Globules rouges, agglutination et hémolyse; 3° Examens biologiques du sang utilisant un système hémolytique; 4° Examens biologiques basés sur des phénomènes de précipitation ou sur des propriétés diastasiques; 5° Examen physico-chimique du sang; 6° Examen chimique proprement dit; 7° Toxicologie du sang; 8° Recherche du sang et de ses produits de transformation dans les divers produits biologiques : contenu gastrique, urines, sérosités, matières fécales, taches suspectes.

Cette énumération montre que le livre s'adresse aux biologistes, médecins, pharmaciens, experts près les tribunaux ainsi qu'aux étudiants en médecine et en pharmacie.

Deux tables des matières, l'une analytique, l'autre alphabétique, soigneusement établies permettent de trouver le renseignement désiré, les éléments nécessaires pour effectuer telle réaction suivant telle technique.

On peut dire que ce livre est indispensable à tous ceux qui ont ou auront à faire une analyse de sang ou à en interpréter les résultats.

Infantile paralysie in Vermont 1894-1922. Vol. de 375 pages publié à la mémoire de Ch. S. Caverly (3).

Dans ce volume sont réunis 19 articles publiés antérieurement dans diverses revues américaines.

Les six premiers, de S. Caverly, concernent l'épidémiologie de la poliomyélite dens l'état de Vermont entre 1894 et 1917.

Les 7 suivants dus à R. W. Lovett et Eg. Martin concernent les différents aspects cliniques de la paralysie infantile, les associations paralytiques, les méthodes de contrôle de la paralysie, un plan général de traitement, les résultats éloignés.

L'intérêt de ces articles écrits en 1915 et 1916 reste considérable pour les orthopédistes.

Les six derniers articles, de W.-L. Ayevek et H. L. Amoss concernent les recherches de laboratoire sur la poliomyélite publiées par ces auteurs en 1922 et 1923.

M. LANCE.

(1) In Collection *Comment guérir?* publiées sous la direction de M. Ch. Fiessinger. — Prix : 20 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(2) Un volume in-8 écu de 480 p. cart. — Prix : 25 fr. — Paris, Vigot frères.

(3) The state department of public health.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE

Si toutes les complications infectieuses peuvent se rencontrer au cours ou à la suite de la rougeole, il en est qui présentent une telle fréquence qu'on peut les dire presque spéciales à cette affection, et que nous les envisagerons plus particulièrement. Ce sont les complications broncho-pulmonaires, digestives et cutanées.

Plusieurs facteurs interviennent qui favorisent leur éclosion :

a. Tout d'abord le *terrain*, c'est-à-dire l'âge du sujet (on sait la fréquence et la gravité des complications chez les enfants, surtout avant deux ans) et l'état antérieur (sujets débilités ou relevant d'une autre maladie : diphtérie, coqueluche, scarlatine).

b. Ensuite le milieu : les mauvaises conditions d'hygiène, l'encombrement hospitalier. Il semble qu'à mesure que les cas se succèdent les complications se multiplient et deviennent de plus en plus graves.

c. L'épidémie : certaines épidémies paraissent plus bénignes que d'autres qui s'accompagnent plus volontiers de complications, et plus volontiers de telle ou telle variété de complications.

d. Enfin, la rougeole étant une maladie qui frappe tout particulièrement les muqueuses (surtout respiratoire et digestive), on conçoit la fréquence de ces complications.

APPAREIL RESPIRATOIRE

Peut être atteint sur toute sa hauteur.

1° **Rhinites.** — On sait l'importance du coryza comme signe de la période d'invasion. Il peut s'accompagner d'écoulement sanieux favorisant les ulcérations impétigineuses du pourtour des narines, ainsi que l'infection des voies respiratoires.

2° **Laryngites.** — Véritable prédilection de la rougeole pour le larynx.

a. La *laryngite catarrhale* du début peut devenir tellement intense qu'on peut la considérer alors comme une complication : toux rauque, voix couverte, tirage. Elle peut déterminer du spasme de la glotte avec phénomènes asphyxiques.

Parfois elle prend l'allure de la *laryngite striduleuse*.

b. Laryngite pseudo-membraneuse, le plus souvent diphtérique.

C'est le *croup morbilleux*, croup d'emblée (ne succédant pas à une angine), donc difficile à dépister. Peu de symptômes qui attirent l'attention. La dyspnée est moindre que dans le croup ordinaire, la toux et la voix sont moins éraillées, les accès de suffocation moins fréquents : d'où la nécessité d'un examen laryngoscopique, aussi utile d'ailleurs pour le diagnostic que pour la thérapeutique qui en dépend. Le pronostic est très grave, car la diphtérie s'étend facilement à la trachée et aux bronches et rend le tubage et la trachéotomie illusoires.

c. Laryngite ulcéreuse. — Ulcérations occupant le bord libre des cordes vocales, se traduisant par des symptômes analogues à ceux du croup : raucité de la voix et de la toux, mais en différant par la douleur vive localisée au larynx, la déglutition pénible, l'absence d'adénopathie.

L'examen laryngoscopique est nécessaire, de même qu'un ensemencement de la gorge.

Le pronostic est moins sombre, la guérison s'observe plus souvent.

3° **Complications broncho-pulmonaires.** — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes et les plus graves. Elles

assombrissent considérablement le pronostic de la rougeole, surtout chez les jeunes enfants.

On peut en observer différents types :

1. La bronchite capillaire, d'apparition ordinairement précoce;

2. La broncho-pneumonie aiguë, généralement plus tardive;

3. La broncho-pneumonie subaiguë, traînante, dite encore pseudo-tuberculeuse de Hutinel, qui survient surtout à la convalescence.

A. **Forme suraiguë : bronchite capillaire.** — Tantôt généralisée d'emblée (forme maligne suffocante de la rougeole), tantôt secondaire au catarrhe bronchique, son apparition est en général bruyante, son évolution rapide.

Le début est brutal : avant ou dès le début de l'éruption qui d'ailleurs se fait mal, l'enfant est pris d'une dyspnée vive qui le tient assis, crispé aux barreaux de son lit, en proie à une agitation marquée, incessante. Le visage est pâle, les lèvres et les extrémités cyanosées; la respiration est accélérée et superficielle (60 à 80 inspirations par minute) avec égalisation des deux temps. Les ailes du nez battent à chaque mouvement respiratoire.

La température s'élève à 39 ou 40 degrés, le pouls est rapide, bat aux environs de 150-160, les urines sont rares.

L'auscultation fait entendre des râles de tout calibre : ronflants, sibilants, sous-crépitants, surtout dans les régions postérieures, véritable pluie de râles fins, avec parfois un léger souffle hilaire.

Succédant à cette première phase de réaction ou même survenant d'emblée chez les sujets cachectiques, une deuxième phase d'abattement et d'asphyxie. Le petit malade épuisé reste étendu sur son lit. Son visage est livide, violacé par places, les traits sont tirés, les yeux excavés. La respiration rapide est de plus en plus brève, superficielle, comme inachevée.

Le pouls est rapide, les urines sont supprimées.

Le foie est augmenté de volume. Souvent on voit apparaître des érythèmes d'ordre toxi-infectieux.

Puis la respiration se ralentit, le visage se couvre de sueurs, les extrémités se refroidissent, et la mort survient en trois à quatre jours par asphyxie, ou brusquement par syncope.

B. **Broncho-pneumonie aiguë.** — Forme la plus commune.

Survient en général au cours ou après l'éruption. Elle est annoncée par certains symptômes :

Persistance de la température ; on sait qu'une fois l'éruption terminée la température tombe brusquement. En cas de chute en lysis ou de persistance de la fièvre entre 38 et 39 degrés, craindre une complication. Trousseau a longuement insisté sur ce signe. De même, si, après défervescence complète, on assiste à une reprise de l'hyperthermie.

Le pouls subit des variations parallèles à celles de la température.

Mais c'est surtout l'accélération des mouvements respiratoires qui indique l'existence d'une complication pulmonaire.

Il s'agit d'abord d'une simple polypnée à quarante ou cinquante mouvements par minute, puis d'une véritable gêne respiratoire avec tirage sous-sternal et contraction des muscles accessoires.

Suivant les résultats de l'examen des poumons on distingue deux formes :

Broncho-pneumonie à foyers disséminés;

Broncho-pneumonie pseudo-lobaire. (*A suivre.*)

Cancer de l'utérus, par J.-L. Faure, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Broca. In-8 de 232 pages avec 113 figures dans le texte et 4 planches hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Répartition dans les services hospitaliers de MM. les élèves internes et externes en médecine pour l'année 1925-1926. — MM. les élèves internes et externes en médecine actuellement en fonctions et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours sont prévenus qu'il sera procédé, aux jours et heures fixés ci-après, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49, à leur répartition dans les établissements de l'administration pour l'année 1925-1926, savoir :

MM. les élèves internes (pour entrer en fonctions le 15 février 1925) : internes et internes provisoires, le lundi 9 février, à 14 heures.

MM. les élèves externes (pour entrer en fonctions le 1er mars 1925) : ceux appartenant aux promotions de 1920 et aux promotions antérieures, le vendredi 13 février, à 14 h.; ceux de 4e année (externes ayant concouru en 1921), le samedi 14 février, à 14 heures; ceux de 3e année (externes ayant concouru en 1922), le lundi 16 février, à 14 heures; ceux de 2e année (externes ayant concouru en 1923), le mercredi 18 février, à 14 heures; ceux de 1re année (externes ayant concouru en 1924), le vendredi 20 février, à 15 heures.

N. B. — MM. les élèves seront appelés suivant leur numéro de classement aux concours.

— Concours de l'internat de Brévannes, Hendaye et San Salvadour. — *Oral.* — Séance du 2 février. — *Brévannes.* — Ont obtenu : MM. Dublineau, 18; Menot, 19; Triau, 17; Berson, 16; Perret, 13; Delvaille, 15.

Classement des candidats : MM. Dublineau, 46; Minot, 45; Triau, 41; Berson, 40; Perret, 38.

Hendaye. — Ont obtenu : MM. Lacroix, 8; Baconnet, 18.

Classement des candidats : MM. Baconnet, 33; Lacroix, 26.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Un concours pour la nomination aux places d'élève interne en pharmacie, vacantes au 1er juin 1925 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le mardi 17 mars 1925, à 10 heures du matin, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux et hospices, 47, quai de la Tournelle.

MM. les élèves qui désireront prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du mardi 10 février au samedi 28 février inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Strasbourg. — A partir de 1925, le concours de l'internat des hôpitaux de Strasbourg est ouvert aux étudiants de toutes les facultés ayant passé avec succès leur 4e examen de fin d'année.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira le 22 juin 1925, devant la Faculté de médecine de Montpellier pour l'emploi de suppléant de la chaire de chirurgie à l'Ecole de médecine de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos le 21 mai.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour six places d'interne en médecine titulaire et la désignation d'internes provisoires des asiles publics d'aliénés de la Seine, de l'infirmerie spéciale des aliénés, près la Préfecture de police et du service libre de prophylaxie mentale s'ouvrira à Paris le lundi 30 mars 1923.

Inscriptions reçues à la Préfecture de la Seine (service du département), 2e bureau, annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, de 10 à 12 heures, et de 14 à 17 heures, du 2 au 14 mars 1925.

GUERRE. — Ecole du Service de santé. — Par décision du 28 janvier 1925, le prix de la pension et celui du trousseau des élèves admis à l'Ecole du Service de santé militaire, à la suite du concours de 1924, sont fixés ainsi qu'il suit :

1° Prix de la pension, 2.150 francs.

2° Prix du trousseau : pour les élèves admis avec le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, 5.418 fr. 81; pour les élèves admis à quatre inscriptions, 4.743 fr. 84; pour les élèves admis à huit inscriptions, 4.223 fr. 03; pour les élèves admis à douze inscriptions, 3.409 fr. 50. (*J. O.*, 4 fév. 1925.)

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le ministre des Colonies vient de décerner, au titre de l'année 1924, les récompenses instituées en vue d'encourager les travaux scientifiques parmi les médecins coloniaux.

Ces récompenses sont les suivantes :

1° *Médaille de vermeil.* — M. le médecin-major Richer, pour son livre les *Touareg Oulliminden.* Ce livre, préfacé par le maréchal Joffre et le gouverneur Delafosse, est l'histoire la

plus complète qui ait été publiée sur les Touareg du Niger et renferme une précieuse documentation.

2° *Médaille d'argent.* — M. le médecin-major Jarland, pour son étude *Au Pays de l'étain : Kokiu Yunnan.* Ce travail donne des renseignements sur l'exploitation des mines d'étain du Yunnan et fournit de curieuses observations sur les mœurs indigènes et les conditions du travail dans cette province chinoise.

M. le pharmacien-major Rose, pour son étude sur *La Fabrication et la composition chimique du nuocman,* le condiment favori des Annamites.

3° *Médaille de bronze.* — M. le médecin-major Noël, pour *La Prophylaxie et le traitement de la lèpre dans l'Inde,* question de la plus grande importance qui est étudiée sous ses aspects les plus modernes, et notamment au point de vue du traitement de la maladie de Hansen par les éthers chaumoolgriques.

MM. le médecin inspecteur Allain et le médecin-major Augagneur pour *La Lutte antivénérienne à Madagascar,* qui témoigne des efforts considérables qui ont été faits dans cette colonie contre le péril vénérien.

M. le médecin de l'Assistance Sasportas, pour *La Lèpre dans les établissements français de l'Océanie* qui donne l'historique de la lutte soutenue dans nos établissements contre la maladie de Hansen et montre toutes les difficultés à surmonter par suite de la dispersion des îles et de l'indifférence des indigènes.

Le **XXXVIIIe CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE** aura lieu à Bruxelles le lundi 11 mai et jours suivants.

On y discutera un rapport du professeur LAGRANGE (de Bordeaux) sur le *Traitement du glaucome infantile.*

La Société française d'ophtalmologie est l'invitée de la Société belge d'ophtalmologie qui a organisé des promenades à Bruges, à Malines et des réceptions à Bruxelles.

Pour tous renseignements, s'adresser, soit au docteur M. Danis, secrétaire de la Société belge d'ophtalmologie, 7, rue Montoyer, Bruxelles, soit au docteur René Onfray, secrétaire général de la Société française d'ophtalmologie, 6, avenue de la Motte-Picquet, Paris (VIIe).

RÉUNION BIOLOGIQUE NEURO-PSYCHIATRIQUE. — La VIIe Réunion d'études biologiques de neuro-psychiatrie aura lieu le 26 février 1925, à 9 h. 30, à l'amphithéâtre de la clinique des maladies mentales, asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis.

Adresser les titres des communications au docteur Targowla, chef de clinique, 1, rue Cabanis, à Paris.

COMITÉ DES ANCIENS ÉLÈVES DES PROFESSEURS JOURDAN ET VAYSSIÈRE (DE MARSEILLE). — Un Comité s'est formé pour offrir un objet d'art à ces deux maîtres qui prennent leur retraite après une carrière universitaire de près d'un demi-siècle. Les anciens élèves ou les amis, qui n'auraient pas été atteints par la circulaire individuelle, sont priés d'envoyer au plus tôt leur souscription au trésorier du Comité, M. le docteur R. Santelli, préparateur à la Faculté des sciences, compte chèques postaux Marseille n° 141,69.

BOURSES D'ÉTUDES A L'ÉTRANGER. — La Fédération internationale des femmes diplômées des universités, composée des associations nationales de vingt pays, dont la France, offre une bourse de mille dollars, environ 18.000 fr., à une femme ayant fait des études supérieures (lettres, sciences, droit, médecine, etc.) et désirant les poursuivre à l'étranger pendant un an.

Adresser les demandes avant le 15 février à Mlle Bonnet, secrétaire de l'Association des françaises diplômées des universités, 4, rue de Chevreuse, Paris, en indiquant les titres obtenus, les travaux en cours et le pays où ils doivent être continués.

HÔPITAL SAINT-MICHEL. — Une place d'interne en titre (300 francs par mois logé, nourri) et une place d'interne remplaçant sont vacantes. — S'inscrire, avec titres à l'appui, *avant* le 10 février auprès de M. le docteur Delort, chef du service de gastro-entérologie à l'hôpital Saint-Michel, 33, rue Olivier-de-Serres, Paris.

CORRESPONDANCE

26 janvier 1925.

Monsieur le directeur,

Dans la *Gazette des hôpitaux,* du 17 janvier dernier, M. Thibierge a fait paraître une Revue générale intitulée : « Traumatismes et syphilis cutanée. Etude médico-légale », dans laquelle il conclut que la plupart des observations publiées comme « exemples de lésions cutanées syphilitiques consécutives à des traumatismes » n'ont aucune valeur.

Parmi celles-ci, il en est une que j'ai relatée avec M. Gély (1) et qui soulève la critique de l'auteur de l'article.

Il s'agissait d'un aviateur de vingt-cinq ans qui, le 12 avril 1917, capote en atterrissant Il tombe sur l'épaule droite. La peau de la région traumatisée était normale, et on ne constatait ni solution de continuité des téguments, ni fracture. Dix-huit jours après l'accident, on note à la région claviculaire droite (union des tiers externe et moyen) une tumeur un peu douloureuse, du volume d'une noix, à base indurée non adhérente à centre acuminé rouge sombre en voie de ramollissement. Très rapidement, le 5 mai, cette formation s'ulcère. Voilà la tumeur que « les auteurs comparent à une gomme » et dont, sans l'avoir observée, M. Thibierge fait « un abcès à évolution subaiguë ». D'où serait donc provenu cet abcès? En effet, après l'accident, la peau de la région ne présentait nulle effraction, et l'examen radioscopique montrait qu'il n'existait pas de fracture.

Notre malade avait dans ses antécédents un chancre datant de janvier 1914, mais qu'on n'avait pas considéré comme spécifique. Cependant il n'y avait pas eu de bubon.

Je reconnais que la réaction de Bordet-Wassermann était négative, mais plus loin, dans le cours de son article, M. Thibierge lui-même admet « qu'elle est négative dans un quart environ des cas de lésions syphilitiques tertiaires ».

Nous avions enfin un examen microscopique positif, ce qui est rare dans les lésions tertiaires, mais ce n'est pas la première observation de gomme ulcérée avec constatation de la présence du tréponème. Dans le produit de raclage de l'ulcération, M Rousseau, alors chef de laboratoire de l'*Autochir* de M. Wiart, et qui avait toute la compétence nécessaire à ces sortes d'examens, décelait, par coloration à l'encre de Chine, des spirochètes nombreux, confluents par endroits. C'est là un résultat que M. Thibierge trouve « trop beau avec une gomme pour n'être pas dû à une erreur d'interprétation », Quelle aurait pu être cette erreur d'interprétation? Le tréponème a une morphologie assez spéciale pour qu'on le reconnaisse, si on en a tant soit peu l'expérience. Le fait de la multiplicité des parasites sur la préparation n'est pas un phénomène particulier à notre observation et a été signalé dans d'autres cas

La lésion de notre malade cicatrisa complètement en douze jours à la suite d'injections de bi-iodure de mercure et d'ingestion d'iodure, mais sans intervention d'une thérapeutique locale et sans qu'on ait observé l'évacuation du pus. Et M. Thibierge affirme malgré tout : « Il semble bien que cette prétendue gomme n'était qu'un banal abcès ».

Je me demande, dans ces conditions, quelle observation suivie comme la nôtre consciencieusement, et observée en toute bonne foi, trouverait grâce devant M. Thibierge.

Je vous prie de bien vouloir publier cette réponse et, avec mes remerciements, vous exprime, Monsieur le directeur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

FERNAND LÉVY.

(1) *Soc. méd. des hôpit.*, 8 juin 1917.

REVUE GÉNÉRALE

CRISES GASTRIQUES

Par M. R. LEVENT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

La crise gastrique est caractérisée par des douleurs d'une atrocité spéciale siégeant à l'épigastre et irradiant à distance qu'accompagnent des vomissements persistants. Le début et la terminaison, d'une soudaineté caractéristique ont peu de rapports avec l'alimentation; la durée en varie de quelques heures à plusieurs semaines. Entre les périodes de crise, les fonctions digestives sont normales et l'état général excellent.

Témoignage de l'hyperesthésie du système nerveux (suivant un processus diversement interprété selon les auteurs) la crise gastrique est un des syndromes les mieux caractérisés cliniquement, encore que des confusions demeurent possibles.

Dans certains cas, en effet, des lésions gastriques autonomes viennent unir leur influence a celle de lésions nerveuses; leur effet est alors de déclancher la crise où d'en modifier l'aspect sans en changer pourtant les caractères cardinaux. L'allure du syndrome et son évolution permettent en général de la distinguer des autres grands syndromes abdominaux et des douleurs dues à des lésions gastriques sans intervention du facteur nerveux.

Parmi les crises, celles qui réunissent les caractères les mieux individualisés et les plus constants sont dues aux tabes, à son début ou à sa période d'état. Nous les étudierons d'abord et tenterons de caractériser ensuite les crises d'autre origine.

Certains auteurs ont cru aussi pouvoir isoler des crises « essentielles » sans lésions reconnues d'aucun organe, des crises dues à des lésions de l'aorte abdominale, des crises enfin dues à des lésions syphilitiques mais non tabétiques des racines rachidiennes.

En raison des différents traitements qu'elles impliquent ces diverses conceptions anatomiques et pathogéniques méritent une attention particulière.

Etude clinique. — Les crises gastriques surviennent en général à la période initiale, préataxique. Elles sont souvent le premier signe par lequel se trahit le tabes et peuvent longtemps rester le seul. La durée moyenne de cette phase monosymptomatique est de trois ans mais elle peut être beaucoup plus longue et on l'a vue se prolonger jusqu'à vingt ans.

Le début est presque toujours brutal : en pleine santé apparaissent des douleurs épigastriques. Dans certains cas, pourtant, des prodromes l'annoncent. La plupart sont des symptômes sympathiques : malaise général, éblouissements, fatigue, anéantissement, légers frissons, alternatives de rougeur et de pâleur. Souvent lorsqu'existaient des douleurs fulgurantes on les voit disparaître brusquement peu avant l'explosion des accidents gastriques. Exceptionnellement, enfin, Vulpian a observé à la racine des membres une éruption roséolique prémonitoire fugace.

La douleur est le symptôme initial, siégeant dans l'hypochondre gauche ou à l'épigastre où se trouve son maximum, quelle que soit l'étendue de la zone douloureuse. Les irradiations habituelles sont très variables, se faisant en général vers la région pylorique ou dans tout l'abdomen, les lombes et les cuisses. J. C. Roux a observé parfois des irradiations vers les dernières côtes, la région interscapulaire, les espaces intercostaux, où vers la base du thorax où elles prennent un caractère constrictif.

Leur intensité est extrême, parfois syncopale et atteint d'emblée son maximum ; dans quelques cas elles apparaissent graduellement mais toujours s'intensifient très vite. Elles ont les caractères les plus divers; le plus souvent ce sont des crampes, ou une contraction douloureuse, des élancements, des douleurs transfixiantes ou déchirantes, une sensation de chaleur ou de brûlure; d'autres fois encore, une pesanteur douloureuse transitoirement soulagée par des éructations. L'hyperthésie cutanée est habituelle et contraste souvent avec le soulagement qu'apporte la palpation profonde.

Le malade cherche une attitude susceptible d'atténuer ses souffrances : tantôt il se tord, ou se replie en chien de fusil; tantôt il demeure silencieux et immobile, couché sur le ventre, le moindre mouvement redoublant les douleurs.

La durée de l'accès varie avec les malades et suivant les circonstances, de plusieurs heures à plusieurs jours. En général, il existe une douleur intense et continue qu'exagèrent de brusques paroxysmes d'une extrême violence, alternance qui se prolonge jusqu'à la cessation définitive, laquelle survient au bout d'un temps variable.

Les vomissements commencent presque en même temps que les douleurs, spontanés ou provoqués par l'ingestion d'aliments. L'intolérance gastrique est absolue, l'ingestion même d'eau provoque les vomissements ou les exagère. De même les lavages d'estomac ; Hayem et Lion mentionnent la présence dans le liquide de lavage de débris alimentaires dès le début de la crise, moment où il semble qu'une telle opération soit aussi délicate à mener à bien que peu à conseiller. La menstruation et la grossesse favoriseraient l'apparition et la répétition des vomissements (Vulpian et Touche).

D'abord apparaissent des nausées, quelques éructations, un léger frisson, puis des efforts pénibles amènent l'expulsion du contenu gastrique. Ce sont d'abord des aliments, si la digestion est en cours, peu ou pas modifiés mais où se développent parfois des fermentations fétides. Puis, c'est un liquide muqueux; filant, incolore ou légèrement teinté par de la bile ou exceptionnellement par quelques filets sanglants. D'autres fois, enfin, il n'y a guère que des régurgitations de liquide à type de pituites.

L'estomac vidé, les efforts continuent, d'autant plus pénibles (efforts à sec de Fournier). Très rarement, la présence de sang altéré donne au liquide vomi un aspect marc de café.

Ces vomissements sont incessants, incoercibles et du fait de l'hypersécrétion gastrique, le malade en arrive à rejeter dans les vingt-quatre heures 2 ou 3 litres de liquide, davantage même puisqu'on a signalé jusqu'à 10 litres; en tout cas beaucoup plus qu'il n'a pu ingérer.

Dès le début, l'état général est gravement touché et traduit une profonde dépression nerveuse. L'abattement est extrême et le malade accuse une sensation de brisement et de fatigue intense. Il est pâle avec les traits tirés et les yeux cernés; angoissé, il reste silencieux et ne montre guère qu'indifférence à tout ce qui l'entoure ; il est baigné de sueurs pro-

fuses, ses extrémités sont refroidies et cyanosées comme dans le choléra algide. Souvent on observe des vertiges, des défaillances, de brèves syncopes.

Le pouls est petit, serré, rapide, pouvant atteindre 120 ce qui, pour Charcot, est une présomption de tabes au début, en opposition avec les syndromes abdominaux où le pouls est habituellement ralenti. Rosenthal a cependant signalé des cas de ralentissement du pouls dans le tabes. La respiration est rapide et haletante.

L'abdomen est rétracté, dur, douloureux et la contracture musculaire douloureuse entrave presque toujours l'examen. L'exploration, lorsqu'elle est possible, ne décèle ni clapotage, ni succussion, la fréquence des vomissements ne laissant se produire aucune stase gastrique.

La sensibilité cutanée est exagérée et cette hyperesthésie s'accroît encore par la chaleur du lit et par la palpation superficielle, ce qui contraste avec le soulagement qu'apporte parfois la palpation profonde. Dans certains cas, on observe au contraire, au niveau du creux épigastrique une anesthésie particulière sur laquelle nous reviendrons.

Ces symptômes primordiaux s'accompagnent d'un certain nombre de signes d'importance moindre

L'anorexie est complète mais la soif est intense en raison de la déshydratation par les vomissements incessants, soif impossible à calmer, l'intolérance étant absolue même pour les liquides.

Au début de la crise, on constate parfois des éructations, du hoquet, des brûlures œsophagiennes, du ballonnement épigastrique. Les gaz intestinaux, abondants, donnent lieu à des borborygmes pénibles. Quelquefois, on observe une diarrhée, bilieuse, muqueuse ou séreuse qui peut être continue et douloureuse lorsqu'une crise intestinale vient s'ajouter à la crise gastrique. Plus rarement existe une constipation opiniâtre.

Le désaccord régnait touchant le fonctionnement de la muqueuse gastrique; les travaux d'Hayem et Babon ont montré que le tabes n'a aucun retentissement particulier sur la qualité de la secrétion. Chaque malade « fait sa crise avec sa muqueuse »; on peut donc rencontrer les types chimiques les plus divers.

La motricité gastrique est augmentée. Danielopolu (de Bucarest) a montré par la méthode graphique que les contractions gastriques, très amples durant la crise, diminuaient pendant les phases d'accalmie. La compression des globes oculaires ne les modifie pas. Entre les crises, il y a, au contraire, une hypotonie qui peut aller jusqu'à l'atonie complète.

La radiographie, rarement possible à cette période, permettrait sans doute des conclusions concordantes.

L'oligurie, marquée, peut aller jusqu'à l'anurie et dure, en général jusqu'au décours de la crise. L'urine est pauvre en chlorures; on n'y trouve ni albumine ni sucre mais von Noorden y a signalé l'existence d'acide diacétique et d'acétone.

L'appareil cardio-pulmonaire subit lui aussi quelque retentissement; il y a souvent des palpitations pénibles. Pour Ostankow, troubles cardio-pulmonaires et crise gastrique suivraient une évolution parallèle; pour Pal, il y aurait chez certains malades parallélisme des troubles gastriques et de l'hypertension. Heitz et Norero ont, comme lui, observé une tension maxima atteignant 18 et même 22; pour Demètre (de Bucarest) il y aurait, au contraire toujours hypotension lorsque le malade n'est pas porteur de lésions aortiques.

Les troubles nerveux sont parfois passagers et variables. Roque, Chalier et Nové-Josserand ont en effet, noté que les troubles des réflexes, en particulier, sont fonction de la localisation des lésions, mais qu'ils peuvent être produits aussi bien par une congestion transitoire que par des lésions définitives..

La réaction de Wassermann dans le sang est tantôt positive, tantôt négative. Dans le liquide céphalo-rachidien, au contraire, elle est habituellement positive sans réactivation et l'examen cytologique montre la présence de lymphocytes.

Avec des alternatives d'accalmie partielle et de recrudescence, la crise gastrique évolue vers sa terminaison qui survient au bout d'un temps variable mais présente presque toujours un caractère particulier de soudaineté comparable seulement à la brusquerie du début.

Tout à coup, les nausées et les vomissements cessent, la douleur se calme; en quelques minutes le malade est guéri. L'abdomen reprend sa souplesse; très vite l'appétit reparaît.

Parfois, la terminaison est moins soudaine, l'accalmie étant incomplète et des rechutes se produisant.

On peut, avec Soupault, distinguer deux sortes de crises, les unes, courtes, durant de vingt-quatre à quarante-huit heures et faisant place sans transition à un état général normal, avec un appétit dévorant et un fonctionnement normal du tube digestif.

D'autres crises sont sévères et durent de huit à quinze jours au moins; leur gravité immédiate est grande à cause de la rapidité avec laquelle elles entraînent de la dépression générale et une anémie grave. En se prolongeant, elles peuvent parfois amener un véritable état de mal gastrique, caractérisé par des crises subintrantes susceptibles d'amener un collapsus fatal. La mort peut survenir aussi du fait d'une diarrhée profuse produisant une profonde dépression générale.

Le plus souvent, cependant, le malade guérit; mais, après ces crises sévères, le retour à la santé ne se fait que graduellement. Tantôt c'est la santé parfaite; tantôt persistent quelques troubles dyspeptiques.

Les crises gastriques récidivent habituellement mais à intervalles variables, semaines, mois ou années, séparées par des périodes intercalaires où l'on n'observe aucun signe gastrique ou tout au moins aucun qui relève du tabes.

A mesure que s'avance l'évolution de la maladie, les crises tendent en général à se rapprocher et à s'aggraver et c'est ainsi qu'après un certain nombre de récidives peuvent s'installer les crises subintrantes.

Dans d'autres cas, bien que le tabes poursuive son évolution, les crises s'abrègent et s'espacent, mais font place aux troubles moteurs.

Rapports de la crise gastrique avec l'évolution du tabes; symptômes nerveux. — Lors des premières atteintes tout signe nerveux peut manquer, la crise gastrique étant le premier symptôme; cette période monosymptomatique peut se prolonger très longtemps, dix ans dans un cas d'Ewald, vingt ans dans un cas de Touche.

Le plus souvent, c'est au moment des crises qu'on voit apparaître les signes de tabes qui souvent ne

sont d'abord que temporaires. Ce sont ou d'autres crises viscérales, laryngées ou vésicales (Charcot) ou des douleurs fulgurantes qui apparaissent ou s'exaspèrent; exceptionnellement, on peut voir, en même temps que les crises gastriques, des arthropathies (Buzzard).

En général, on n'observe guère que des troubles des réflexes : signe d'Argyll-Robertson apparaissant temporairement au moment des paroxysmes douloureux (Mantoux, Eichhorst) en même temps qu'une exagération des réflexes rotuliens qui, du reste, fait bientôt place à leur abolition. D'autres fois, au contraire, il y a alternance de ces symptômes avec la crise gastrique; ils disparaissent lorsqu'elle va commencer, ce qui est particulièrement fréquent pour les douleurs fulgurantes.

Heitz et Lortat-Jacob attachent une particulière importance aux anesthésies radiculaires auxquelles nous avons déjà fait allusion,

Chez les malades atteints de crises gastriques tabétiques existe, en effet, souvent une zone d'anesthésie en forme de bande, descendant obliquement du rachis à la ligne médiane antérieure. Sa limite supérieure est en arrière à la VIIe cervicale, en avant, au niveau des seins; sa limite inférieure en avant, est à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xiphoïde. Ces anesthésies ont une topographie radiculaire et on leur avait longtemps reconnu une constance particulière; Max Egger et après lui Heitz et Lortat-Jacob ont montré qu'elles pouvaient varier, disparaître même d'un examen à l'autre et même d'un instant à l'autre.

Ils ont cité des cas où ces troubles sensitifs évoluaient parallèlement aux troubles viscéraux et même aux troubles des réflexes, n'apparaissant qu'au moment des crises et disparaissant dans leur intervalle. D'autres fois, ils alternent avec elles.

Au bout d'un certain temps. cependant, les troubles des réflexes s'installent et persistent en dehors des crises; les troubles sensitifs au contraire, ne persistent pas; les anesthésies seules ont plus de durée.

On comprend donc aisément l'importance diagnostique d'un examen minutieux et répété du système nerveux tant au moment des crises que dans leur intervalle. C'est souvent cet examen seul qui pourra orienter le diagnostic étiologique, au cas surtout de formes cliniques frustes ou anormales.

Formes cliniques des crises tabétiques. — Nombreuses, elles se distinguent par leur évolution, leur association à d'autres syndromes ou par l'aspect anormal qu'elles doivent à divers facteurs. On distingue, de plus, nombre de formes symptomatiques que Souques se refuse à considérer comme réellement monosymptomatiques. D'accord avec Déjerine, il considère, en effet, qu'à condition de les chercher attentivement, on découvre toujours à côté des symptômes prédominants d'autres symptômes qui, pour être frustes n'en ont pas moins de valeur.

Les formes symptomatiques, les plus nombreuses, sont de gravité inégale.

Fournier a décrit une forme flatulente, bénigne, où la crise est exclusivement constituée par des séries bruyantes d'éructations spasmodiques, incoercibles, incessantes, suivies d'une sorte de reprise sifflante que Vulpian comparait à celle de la coqueluche. Il existe des borborygmes, du ballonnement épigastrique et du météorisme abdominal. Douleurs et vomissements sont peu marqués ou manquent. La crise dure plusieurs jours ou plusieurs semaines, coïncidant ou alternant avec des douleurs fulgurantes.

La forme boulimique est caractérisée par une faim douloureuse atroce et des vomissements incoercibles.

La forme vomitive par des vomissements sans aucune douleur ni aucun trouble de l'état général.

Dans la forme douloureuse, au contraire, la douleur, à caractère de crampe, est atroce et prime de beaucoup les autres signes; les vomissements sont peu marqués ou absents.

Plus grave que toutes les autres est la forme algide, par l'atteinte de l'état général et la présence d'une diarrhée tenace réalisant l'aspect clinique du choléra. La crise peut aboutir assez rapidement au coma et à la mort.

Soupault a décrit une forme à type d'hypersécrétion. Pour certains auteurs, elle ne serait autre chose qu'une modification par le terrain tabétique du syndrome de Reichmann dont il a l'apparence clinique.

On a voulu individualiser des formes sympathicotoniques et vagotoniques. L'une caractérisée par la tachycardie, l'abolition des réflexes oculocardiaque et oculogastrique et l'exagération du réflexe solaire; l'autre, par l'intensité des douleurs abdominales qui s'accompagnent de vomissements, de gastrorrhée et de sialorrhée, par la bradycardie avec ou sans extrasystoles et l'exagération du réflexe oculocardiaque. En réalité, il ne semble pas que ces schémas soient jamais réalisés; on voit des formes mixtes que les prédominances symptomatiques en rapprochent plus ou moins.

Plus importantes au point de vue clinique et pronostique sont les formes avec hématémèses, décrites par Charcot sous le nom de « crises noires » et dont l'étude a été reprise récemment par Rauzier et Rousselier et par Lehmann. L'hématémèse chez les tabétiques présente des apparences et reconnaît des causes différentes; elle est d'ailleurs rare.

Tantôt il s'agit d'une hématémèse survenant au décours de la crise ou au moment où douleurs et efforts de vomissements sont depuis quelque temps à leur acmé, et à la suite de vomissements du type courant. Rarement rouge, l'hématémèse est le plus souvent formée par du sang noir, coagulé ou non, d'une quantité variant de quelques centimètres cubes à un demi-litre; le plus souvent unique, elle semble due aux efforts de vomissements et n'aggrave guère le pronostic.

Plus rarement, c'est une hématémèse semblable et de semblable mécanisme chez un tabétique porteur de lésions gastriques banales; le pronostic est le même.

Mais il est tout différent si l'estomac est le siège d'un ulcus ou d'un cancer. L'hématémèse est en général plus abondante, présente des caractères en rapports avec l'affection causale et peut dans certains cas amener la mort.

D'autres formes cliniques se distinguent par leur évolution. Les uns du fait de leur répétition : formes à crises subintrantes; les autres du fait de leur durée : crises durant plusieurs semaines ou même davantage (Buzzard : neuf mois); crises fulgurantes gastriques, décrites par Moisan, siégeant au niveau de l'estomac, d'une durée de quelques secondes, reparaissant plusieurs fois dans une même journée à un intervalle de quelques heures.

On a décrit autrefois des crises gastriques à type angineux. Vulpian a montré qu'il s'agissait en réalité d'angor alternant avec des crises gastriques et c'est de cette forme qu'on pourrait rapprocher les cas décrits par Labbé et Sainton où se succèdent une phase laryngée, une phase angineuse et une phase gastrique. D'autres fois, le syndrome tabétique s'associe à une gastropathie organique ou fonctionnelle qui tend à rendre les crises plus fréquentes, plus tenaces et plus intenses. Tout état dyspeptique même bénin, peut, par voie réflexe, provoquer chez un tabétique une crise gastrique alors que rien ne se produirait, ou peu de chose, chez un sujet normal. L'intensité n'est du reste pas proportionnée à la gravité des lésions mais peut subir l'influence de la polynévrite qui complique parfois un ulcus gastrique (Klippel et M.-P. Weil).

Dans ces cas les douleurs sont violentes, avec des irradiations multiples, prédominant à la base du thorax, surtout à gauche; elles subissent l'influence du régime alimentaire, des émotions, de la menstruation; entre les crises persistent des troubles dyspeptiques.

D'autres fois, s'associe à la crise gastrique une réaction colique caractérisée par des douleurs abdominales en barre et de la diarrhée. Dans cartaines formes mixtes, gastro-intestinales, les douleurs à caractère tabétique s'étendent à tout l'abdomen et la diarrhée alterne avec la constipation.

Diverses réactions névropathiques peuvent se superposer à la crise gastrique; quelquefois il y a alternance de crises vraies et de crises purement hystériques où le malade recompose, avec souvent plus de richesse symptomatique, les accidents dont il a souffert auparavant.

La grossesse semble avoir une affection néfaste provoquant le début d'un tabes ou déterminant des troubles gastriques au cours d'une maladie de Charcot à laquelle du reste elle donne un coup de fouet.

Il existe enfin des formes larvées. Mathieu a décrit le tabes gastrique des morphinomanes. Sans aller jusqu'à soutenir avec Ostankow que la morphine est un élément indispensable à l'apparition de la crise gastrique (et même de la première) chez le tabétique, il est certain que sous l'influence de ce toxique les crises se rapprochent et tendent à prendre un caractère subintrant.

Parmi les crises tabétiques larvées doivent sans doute être rangées un certain nombre des faits dénommés en 1882 par Leyden « vomissements périodiques » et par Debove en 1889 « crises gastriques essentielles ». Dans ces crises, les vomissements ont d'abord le pas sur l'élément douleur qui peut parfois manquer complètement; ces accès, sans rapports avec les repas se terminent par un vomissement alimentaire. Ils durent d'abord quelques jours, puis deviennent plus fréquents et plus intenses; il peut y avoir une douleur très violente et une intolérance gastrique absolue durant plusieurs semaines et amenant un déclin marqué de l'état général. A l'examen physique, on ne trouve généralement aucun symptôme de nature tabétique, parfois même aucun signe nerveux.

Les observations anciennes de Debove, de Mathieu sont actuellement difficiles à interpréter faute des méthodes d'examen et des recherches de laboratoire, en l'absence desquelles l'éventualité de syphilis ou de tabès semble actuellement ne pouvoir être écartée que par a priori.

Dès les travaux de Leyden, Charcot refusait de séparer ces crises du tabes; quelques années plus tard, Debove tendait à en faire une affection qui ne serait ni tabétique, ni gastrique, et Mathieu opinait dans le sens d'une migraine à manifestations digestives.

L'observation la plus récente, rapportée par Mme Wayncop et comportant une autopsie ne permet guère de conclure. Quelques symptômes nerveux ont été notés : troubles des réflexes, de la coordination, de la miction. Les troubles oculaires sont peu caractéristiques et incomplètement décrits; de plus, on note d'une part, des symptômes étrangers au tabes, d'autre part des symptômes qu'on peut aussi bien rapporter au brightisme. Enfin les modifications des réflexes ne sont que transitoires et l'état des yeux rend au moins douteuse la réalité des anomalies notées lors du premier examen. L'autopsie montre un ulcère ancien de la petite courbure perforé. Aucune lésion de l'encéphale, ni des cordons postérieurs.

Il semble pourtant aventuré de conclure aussi catégoriquement que fait l'auteur à l'absence de tabes : sans doute on n'a trouvé aucune lésion des cordons postérieurs mais ni les nerfs périphériques, ni les racines médullaires n'ont été examinés et de l'aveu même de l'auteur la possibilité d'un « pseudo-tabes névritique ou radiculaire » reste entière.

Le débat reste donc ouvert et il semble prudent de s'en tenir actuellement aux faits d'observation : certaines crises tabétiformes ne sont probablement pas tabétiques mais il est, même dans ce cas, prudent de faire toutes réserves en faveur d'une association ulcus-tabes. Et aussi d'admettre avec Babinski, Chauvet et Gaston Durand, et avec Leriche que de nombreuses crises tabétiformes mais non tabétiques ne sont que des formes larvées d'ulcus gastrique; le diagnostic tient seulement à la perfection de l'analyse clinique. Néanmoins un certain nombre de cas, suivis pendant assez longtemps ne paraît pas pouvoir rentrer dans le cadre de l'ulcus et il semble actuellement très vraisemblable qu'il s'agisse de tabes fruste. Les conclusions de Leyden et de Debove paraissent seulement tenir à l'insuffisance des méthodes dont ils disposaient; et l'on tend à admettre que si l'évolution se prolonge un temps suffisant, on verra se découvrir chez de tels malades des symptômes de la série tabétique. L'attente peut à la vérité se prolonger si l'on se réfère aux cas d'Ewald, de Souques, de de Massary, de Touche.

Dans certains cas, enfin, la crise tabétique revêt l'apparence d'un empoisonnement. Elle débute par des douleurs gastriques violentes avec ballonnement et constipation et se complique de ténesme anorectal. Il existe parfois une hypersécrétion salivaire pouvant atteindre plusieurs litres par jour. L'état général est grave avec une tendance à l'algidité qui peut rendre le diagnostic très difficile.

Les crises gastriques en dehors du tabes. — Dans leurs formes complètes, tout au moins, les crises du tabes sont les mieux caractérisées et les plus aisément reconnaissables de toutes. Dans les formes anormales, la variation des symptômes et de l'évolution peut amener des confusions non seulement avec des syndromes où l'estomac n'est nullement en cause mais avec des crises réellement gastriques mais reconnaissant une autre origine. Les affections causales sont, en effet, nombreuses et les signes différentiels en sont parfois très estompés. Seule

peut les mettre en évidence une recherche minutieuse.

Certaines de ces crises sont dues à une affection générale ne causant pas à l'estomac de lésions, tout au moins macroscopiques; ces accidents sont peu fréquents.

Au cours du paludisme pernicieux on peut observer des accidents gastriques, d'ailleurs exceptionnels et graves: vomissements avec tendance au collapsus et à l'algidité, sans caractères spéciaux mais à qui les antécédents du malade et les signes concomitants permettent d'assigner leur véritable origine.

Loeper et Binet ont montré qu'au cours des oxaluries très accentuées apparaissent des états dyseptiques ou des troubles gastriques d'intensités diverses.

Tantôt ce sont des accidents bénins, douleurs gastriques, état nauséeux et constipation qui cessent assez brusquement sans laisser de séquelles.

Tantôt la douleur d'abord discrète, apparue un temps variable après le repas atteint rapidement son maximum, prenant un caractère de crampe, de déchirure, irradiant vers les espaces intercostaux et le dos. Les accès douloureux durent de une à huit heures laissant après eux une grande fatigue. Ils peuvent se répéter durant plusieurs semaines et amener un amaigrissement rapide. Les vomissements sont rares, mais au bout d'un certain temps surviennent en général des hématémèses discrètes. Le malade rejette une petite quantité de sang noir sans en être soulagé. Ces crises s'espacent et la santé revient peu à peu.

D'autres fois, enfin, l'oxalémie peut provoquer des crises en tout semblables à celles du tabes.

L'examen des liquides vomis, sanglants ou non, montre une quantité notable d'acide oxalique alors que l'élimination urinaire en est très diminuée pendant toute la crise. Les selles renferment au contraire un excès d'oxalate de chaux et la cessation des accidents gastriques précède souvent de peu l'élimination par l'intestin de calculs oxaliques. A noter que ces accidents sont fréquemment précédés pendant quinze à vingt jours de malaises d'origine toxique et qu'ils alternent souvent avec des poussées d'eczéma dyshydrosique des extrémités, des atteintes de goutte, des migraines et diverses manifestations lithiasiques.

Diverses intoxications endogènes et exogènes peuvent donner lieu à des crises gastriques. L'urémie est celle qui a le plus communément un retentissement gastrique. Les douleurs, d'intensité moyenne s'accompagnent de vomissements, de céphalée, de myosis et de troubles visuels; il y a de l'oligurie et de l'albuminurie.

Le diabète agit par un mécanisme différent et d'après Grübe les accidents gastriques paraissent plutôt dus à la gastrite de surmenage qu'à l'intoxication même. Ils sont constitués par des accès de douleur avec vomissement qui coexistent en général avec des signes d'acétonémie et d'autres symptômes d'intoxication.

Sans causer de gastrite, l'intoxication saturnine peut provoquer des crises qu'ont décrites Bauer et Gy, caractérisées par des vomissements incoercibles et des douleurs à caractère de crampes sans aucun trouble intestinal. Ces accidents, qui ne durent que quelques jours surviennent brusquement et la présence des stigmates et les antécédents saturnins unis à l'absence de tout symptôme tabétique, permettent seuls de leur attribuer leur véritable origine,

Les crises douloureuses de la ptose gastrique sont rarement aussi violentes. Il est, d'autre part, exceptionnel que des troubles dyspeptiques n'aient pas, auparavant, attiré l'attention et qu'ils ne persistent pas, la crise passée. Les signes physiques sont en général aisés à constater et l'examen à l'écran montre l'atonie de l'estomac, sa situation anormale, de même que l'examen clinique a montré souvent un état défectueux de la paroi, le soulagement apporté par les manœuvres d'élévation de l'estomac et la ptose d'autres organes.

Les gastrites aiguës ou chroniques peuvent causer des crises gastriques nettes. Dans le premier cas, c'est le syndrome d'intolérance gastrique complète, avec ou sans signes généraux, selon la durée de la crise et sa cause provocatrice. Elle survient après ingestion de toxiques ou de caustiques ou après de grossières fautes de régime, et l'étiologie, aisée en général à découvrir, permet de distinguer assez facilement ces crises de toutes les autres.

Parmi les gastrites chroniques, c'est surtout la gastrite éthylique qui se complique de douleurs et de vomissements paroxystiques, au cas surtout d'excès alimentaires qui pour Lion seraient indispensables à l'éclosion d'accidents sérieux. Dans la gastrite alcoolique, la violence des accidents demeure de beaucoup inférieure à celle des crises gastriques d'autre origine. Les douleurs sont souvent rythmées par les repas et l'examen complet fait découvrir des signes de polynévrite associés: on pourra éviter la confusion entre le tabes vrai et un pseudo-tabes alcoolique réalisé par la polynévrite; antécédents, commémoratifs (pituites, cauchemars, douleurs à la pression des masses musculaires) permettent en général d'orienter le diagnostic.

Rossbach a décrit sous le nom de gastroxynsis un syndrome particulier pouvant causer, sans lésions, des accidents brefs et bénins malgré leur acuité. Ce sont des crises paroxystiques à debut brusque, survenant après le repas, caractérisées par des brûlures épigastriques et par des phénomènes généraux assez marqués. L'accès, très court, aboutit à un vomissement extrêment acide qui fait disparaître les douleurs, le malade s'endort ensuite d'un sommeil réparateur. Ces accidents ne surviennent que chez des jeunes gens surmenés intellectuellement et uniquement pendant les périodes de travail.

Les crises douloureuses qui compliquent le syndrome de Reichmann dans les formes dites intermittentes sont souvent d'un diagnostic moins aisé. Le début est d'une brusquerie moyenne; l'intolérance gastrique n'est pas absolue et les vomissements sont moins fréquents qu'au cours du tabes; de plus la vivacité des douleurs est en général atténuée par des vomissements. Ceux-ci, jamais très abondants, ne sont constitués que par une petite quantité d'un liquide fortement acide. La crise, en général, cesse peu à peu.

Entre les crises, il est habituel de voir subsister les douleurs entre les repas. Le cathétérisme gastrique, aisé chez ces malades, confirme l'augmentation de l'acidité gastrique; il montre de l'ypersécrétion digestive et post-digestive et montre la présence de fins débris alimentaires résultant d'une sténose phylorique incomplète. C'est en effet à un ulcus latent de la région pylorique que correspondent ces troubles, mais la mise en évidence de la lésion causale est loin d'être exempte de difficultés dans bien des cas.

Dans l'ulcère d'estomac, la crise gastrique vraie survient surtout comme complication. Il faut en effet la distinguer de la simple exagération, même notable du syndrome périodique douloureux habituel. Les éléments de la crise typique peuvent mais rarement apparaître pendant les périodes de calme; plus souvent on les voit pendant les périodes de douleurs et fréquemment après des fautes de régime; douleurs extrêmement violentes avec irradiations diverses, vomissements alimentaires et muqueux se reproduisant pour la moindre ingestion d'aliments et même de liquides et altérant plus ou moins l'état général. Quoique s'installant rapidement, les accidents ne sont pas absoluments soudains. Quant à leur durée, elle varie avec les formes d'ulcère, suivant l'ancienneté et la localisation des lésions.

La crise gastrique est souvent contemporaine d'une période de spasme orificiel, pendant l'évolution d'un ulcère pylorique ou juxtapylorique habituellement non sténosant. On aura en général reconnu son existence au caractère périodique des douleurs et à l'influence de l'alimentation; d'ailleurs les vomissements sont souvent un peu postérieurs au spasme et aux douleurs dont l'association permet de reconnaître le syndrome pylorique.

Dans les sténoses à marche rapide au contraire, l'estomac dont la musculature résiste à la distension réagit de façon précoce par des vomissements et la rapidité de cette réaction fait dépendre le diagnostic de la mise en lumière des antécédents gastriques. Les accidents de sténose à marche rapide peuvent céder en quelques jours lorsqu'il s'agit d'un spasme.

Les ulcus de la petite courbure (Duhot et Leroy), ceux de la face postérieure de l'estomac, les ulcères chroniques surtout peuvent provoquer des paroxysmes gastriques d'une extrême violence. Dans ce cas l'influence de l'alimentation est souvent aisée à reconnaître; il s'agit d'ailleurs plutôt de périodes où la douleur est plus violente que de crises comparables à celles du tabes. Les vomissements y sont peu abondants ou même nuls; il n'y a pas d'ypersécrétion pendant la crise et le repos gastrique complet a généralement une influence sédative.

Il est pourtant des cas où l'intensité et la persistance des douleurs malgré le traitement devront attirer l'attention. Parfois, il s'agit d'une transformation d'ulcère en cancer; ou bien c'est un ulcère perforant dont le fond est constitué par un organe voisin, souvent le pancréas, que des adhérences anciennes ont solidement uni à l'estomac. Certains auteurs pensent que le caractère spécial des douleurs dans ces cas peut être dû à des lésions nerveuses, conception que nous envisagerons plus en détail.

Mais il est des cas où la découverte de l'ulcère causal est particulièrement malaisée. Salignac et Alivisatos ne semblent avoir publié que des cas à symptomatologie mal caractérisés et peu convaincants. Dès 1913, au contraire, Babinski, Chauvet et Gaston Durand ont démontré l'existence de crises simulant à s'y méprendre celles du tabes, au cours d'un ulcus juxtapylorique. La crise commencé soudainement sans rapports avec les repas; la douleur très violente a un caractère de torsion, les vomissements sont incessants, abondants, acides et amènent seulement un soulagement momentané. L'intolérance absolue dure huit à dix jours amenant un soulagement momentané. L'intolérance, absolue, dure huit à dix jours amenant un certain degré d'amaigrissement. Entre les crises dont le retour est irrégulier, aucun signe. Le malade observé n'avait jamais eu d'hématémèse ni de melœna et s'acheminait cependant vers l'état de mal. Aucun symptôme viscéral ni nerveux d'aucune sorte; examens de laboratoire négatifs. Dans ce cas, la seule radiographie a donné la clef du diagnostic dont on eut la vérification anatomique.

De tels cas soulèvent le problème des coexistences entre les tabes et l'ulcère gastrique que posent aussi les hématémèses.

En se rangeant aux conceptions de certains auteurs, on peut supposer qu'en réalite le tabes et les autres lésions gastriques (ulcères, cancers) s'excluent.

On a, en effet, publié des observations où le tabes, dont la réalité a été ultérieurement confirmée par l'évolution ou l'examen anatomique simulait un ulcère gastrique. (Vedel, Baumel et Girard; Heitz); des cas, au contraire, d'ulcus en apparence tabetiforme (Klippel et M.-P. Weil; Leriche.

En réalité, quel que soit le rapport que les auteurs aient cru pouvoir établir entre l'ulcère et le tabes : coïncidence (Crohn); lésions nerveuses causales (Cade; Full et v. Friedrich), les auteurs ont en assez grand nombre observé des coexistences cliniques (Ramoud; Roque, Chalier et Nové-Josserand) et même anatomiques (Tolot et Froment) pour qu'il semble indéniable qu'ulcère et tabes puissent évoluer simultanément. Castaigne émet même l'hypothèse qu'un ulcus gastrique puisse être le premier stade du syndrome crise tabétique lorsqu'il survient chez un spécifique.

C'est dire les difficultés du diagnostic dans les formes larvées de ces affections; aussi Tolot et Froment insistent-ils avec raison sur la nécessité en présence d'une crise gastrique, de ne jamais oublier les coexistences possibles, l'apparence des crises fût-elle la plus typique. D'où la valeur des signes de second plan qui permettent au clinicien de s'orienter et la nécessité de ne jamais oublier qu'un tabes, dès le début de son évolution, tend à provoquer, faciliter, et rapprocher des crises gastriques d'autre nature et qu'il modifie en même temps les symptômes, souvent en les rapprochant du type tabétique.

L'ulcus duodénal, enfin, lorsqu'il siége loin du pylore et évolue sans hémorragies macroscopiques peut donner lieu à des douleurs intenses irrégulièrement périodiques, siégeant en général très à droite de la ligne médiane, séparées par des intervalles de quelques semaines à quelques mois où le calme est complet; elles apparaissent et disparaissent sans cause. Les vomissements sont exceptionnels et en tout cas jamais alimentaires. Quant aux signes gastriques, ils sont nuls ou presque nuls et le chimisme est peu modifié. Le diagnostic dépendra dans ce cas de la recherche des antécédents, de la détermination précise de l'horaire des douleurs qui sont particulièrement tardives et surtout de la recherche fréquente et périodique d'hémorragies intestinales occultes. L'examen radiologique montrera l'absence de toute anomalie anatomique ou fonctionnelle de l'estomac. Au contraire, on pourra voir parfois des images anormales ou des déformations au niveau du duodénum et soupçonner l'existence d'adhérences juxtapyloriques et périduodénales.

Au cours du cancer gastrique, qu'elle qu'en soit la localisation, peuvent se présenter des paroxysmes douloureux. Hors les cas où leur localisation pylorique occasionne un syndrome de sténose, il est

rare que le début en soit autre que progressif; la douleur n'est pas dans ce cas d'une intensité particulière; l'intolérance gastrique est rarement absolue hors le cas de linite cancéreuse de l'estomac. C'est surtout dans les néoplasmes ulcérés et dans l'ulcéro-cancer que les douleurs sont marquées. Duhot et Leroy ont également signalé l'importance du syndrome douloureux dû à un cancer de la petite courbure.

Dans les cancers des faces ou de la grande courbure la douleur est en général accessoire par rapport aux vomissements et aux hématémèses qui sont noires et se répètent hors de tout paroxysme douloureux.

L'état général, l'anémie progressive, la cachexie particulière forment un tableau clinique assez spécial; l'examen chimique et cytologique du contenu gastrique, la présence à l'écran d'images peu nettes ou déformées permettent d'assigner à la crise douloureuse sa cause véritable.

Il est enfin particulièrement malaisé parfois de reconnaître les crises, d'ailleurs rares, dues à une périgastrite, le plus souvent d'origine ulcéreuse. C'est la recherche des antécédents et l'examen radioscopique qui résoudront le plus souvent ce problème délicat.

Toutes les formes de la syphilis gastrique aussi bien acquise qu'héréditaire peuvent déterminer des crises gastriques paroxystiques.

Dans le cas de Keser, apparurent, un mois après le chancre, des accès douloureux accompagnés de vomissements et d'hématémèses incessantes qui ne cédèrent qu'au traitement spécifique.

Bensaude et Rivet ont signalé des cas de crises gastriques avec entéralgie et vomissements durant la période secondaire. Galliard et Mendelssohn, de même, ont observé, plus ou moins près des repas, des crises douloureuses durant un quart d'heure environ et accompagnées d'une diarrhée profuse.

Mais c'est surtout au cours de la syphilis gastrique tertiaire, quelle qu'en soit la forme, qu'on voit des paroxysmes douloureux.

La forme dyspeptique peut s'accompagner dans son type hypersthénique de crises douloureuses d'intensité moyenne, tantôt nocturnes, tantôt matinales, calmées par le repas; dans le type hyposthénique aussi peuvent survenir des périodes d'intolérance plus ou moins douloureuse mais absolue et prolongée qui entraînent un amaigrissement prononcé, troubles qui ne cèdent qu'au traitement spécifique.

Au cours de l'ulcus spécifique, les épisodes douloureux sont habituels et ne se distinguent guère des crises de la maladie de Cruveilhier. La prédominance nocturne est un caractère fort contesté; tout au plus peut-on considérer comme un indice l'irrégularité de l'horaire des douleurs et l'influence moins nette de l'alimentation.

Dans certains cas, l'intensité des douleurs peut être extrême, avec ou sans vomissements concomitants et durer plusieurs semaines. Leur caractère constrictif a pu dans certains cas rappeler les douleurs du tabes auquel dans quelques observations de Favre et de Reboul l'ulcus spécifique semble s'être associé.

Le plus souvent, l'ulcus syphilitique s'accompagne de vomissements qui ne soulagent qu'imparfaitement les douleurs, et surtout d'hématémèses fréquemment répétées et parfois d'une abondance extrême. Dans ces formes, le chimisme gastrique est des plus variables et seul le traitement spécifique donne des résultats sinon constants du moins souvent inespérés.

La sténose syphilitique de l'estomac, qu'il s'agisse de sténose primitive ou de sténose par cicatrice peut donner lieu à des crises violentes quoique leur marche ne soit pas aiguë en général. Le diagnostic en est parfois des plus délicats et la nature du processus ne sera facile à déterminer que lorsqu'à l'examen radiologique on rencontrera une sténose médiogastrique ou des sténoses multiples. Le diagnostic sera beaucoup plus malaisé pour la sténose pylorique et d'autant plus qu'un traitement spécifique, même intensif, demeure sans effet lorsqu'il est commencé trop tard.

Les formes pseudocancéreuses de la syphilis gastrique simulent de façon complète les néoplasies vraies, quoique leur évolution soit un peu moins rapide et affecte moins profondément l'état général.

Qu'il s'agisse ou non d'une forme avec tumeur on peut observer des paroxysmes douloureux rappelant ceux du cancer mais plus souvent nocturnes.

Dans la forme de linite spécifique (petit estomac syphilitique de Leven et Barret) les crises douloureuses sont en général plus intenses et plus fréquentes, pouvant même nécessiter l'emploi de la morphine. Ces crises sont le plus souvent nocturnes; les vomissements manquent en général, l'estomac évacuant immédiatement son contenu par un pylore devenu insuffisant.

La syphilis héréditaire peut à tout âge frapper l'estomac. La seule forme de crise gastrique que l'on rencontre dans le premier âge, d'ailleurs bénigne, est caractérisée par des crises de vomissements paroxystiques, sans douleur nette, peuvent se répéter un grand nombre de fois dans les vingt-quatre heures et ayant parfois le caractère des vomissements cérébraux. Ils durent trois à cinq jours et disparaissent sans laisser de reliquats. Cette forme vomitive de crise gastrique ne se rencontre guère qu'entre quatre et dix ans; c'est à ces vomissements paroxystiques que certains auteurs rattachent la maladie des vomissements habituels du nourrisson décrite par Marfan.

Les manifestations tardives de l'hérédosyphilis gastrique sont en tout semblables à celles de la syphilis acquise et l'on peut, comme dans la première, y rencontrer des formes gastralgiques, ulcéreuses ou pseudocancéreuses.

Il est une affection de l'appareil circulatoire qui peut se compliquer de crises gastriques violentes, c'est l'aortite abdominale. Ces crises débutent parfois sans cause; plus souvent elles sont déterminées par un effort, une fatigue excessive, le refroidissement de l'abdomen ou seulement une émotion violente. A noter en particulier (Loeper, Max Buch) l'influence du décubitus horizontal et des mouvements d'extension du tronc.

Brusquement apparaît à l'épigastre une douleur extrêmement intense, crampe, sensation de broiement ou de torsion dont la violence arrache des cris au malade, sans irradiation le plus souvent. Parfois la douleur a un siège péri-ombilical ou hypogastrique. Elle est habituellement soulagée par la flexion du tronc en avant et s'accompagne de nausées, de vomissements abondants alimentaires, puis bilieux. On peut, mais par exception, voir une hématémèse. Il s'y associe fréquemment des lipothymies, avec angoisse, souvent aussi des douleurs intestinales, avec ou sans diarrhée.

L'examen du tube digestif ne montre guère qu'une exagération des douleurs par le palper ou la pression profonde. On trouve en revanche divers signes de sclérose artérielle et plus ou moins au complet les symptômes physiques décrits par J. Teissier dans l'aortite abdominale. Aucun symptôme nerveux. En dehors des périodes de crise, existent souvent d'autres signes gastriques, hyperchlorhydrie en particulier mais il est des cas où on ne trouve à ce moment aucun signe vasculaire.

Pour Pal, ces crises peuvent s'associer au tabes et c'est de cette coïncidence qu'il a tiré argument pour ranger les crises viscérales du tabes parmi les crises vasculaires.

En dehors du tabes qui nous a fourni le type clinique le plus complet de crise gastrique, un certain nombre d'affections du système nerveux peuvent donner lieu à des crises analogues.

En ce qui concerne l'hystérie nous ne ferons que rappeler l'apparition possible de crises pithiatiques au cours d'un tabes, alternant avec des crises douloureuses d'origine organique sur l'apparence desquelles elles se modèlent, d'ailleurs de façon imparfaite en général.

Nous passerons rapidement aussi sur les crises gastriques de la neurasthénie; pour Hayem et Lion, elles sont dues à une gastrite concomitante; pour Rafinesque, sauf lorsqu'il s'agit d'un tabes à son extrême début, les crises de la neurasthénie doivent être rapprochées de la gastronynsis de Rossbach; comme dans ce syndrome, les troubles apparaissent après une période de préoccupations ou de surmenage et s'accompagnent de migraines caractérisées; elles aboutissent à un vomissement qui fait cesser les douleurs.

Plus importantes et mieux individualisées sont les crises dues à des affections organiques de la moelle ou des troncs nerveux. Certaines étiologies sont l'exception; l'examen complet du malade permet en général de les reconnaître aisément. C'est ainsi qu'on peut observer comme l'ont signalé Faisans, Henoch, Conty, des crises gastriques au cours de purpuras d'origine myélopathique. Il en est aussi qui sont dues à la compression médullaire par pachyméningite hypertrophique dont on retrouve les signes propres, ou à un mal de Pott dont il faudra rechercher les symptômes et même les complications (zona d'origine pottique de Ramond et Jacquelin).

Au cours des myélites, surtout spécifiques, on peut également rencontrer des crises gastriques plus ou moins nettes qu'accompagnent aussi des signes périphériques d'affection médullaire.

Beaucoup plus importantes cliniquement sont les crises dues à la sclérose en plaques, à la syringomyélie et à la paralysie générale, toutes crises que leurs caractères propres rapprochent de la crise tabétique plutôt qu'ils ne l'en séparent.

Dans la sclérose en plaques, les crises n'apparaissent qu'à la période terminale alors que le diagnostic est fait depuis longtemps.

Au cours de la syringomyélie, les troubles gastriques sont contemporains des troubles de la sensibilité et de la trophicité ou postérieurs à eux.

Dans la paralysie générale au contraire, les crises sont comme dans le tabes des symptômes de début,

parfois de beaucoup les premiers en date; elles sont parfois associées à des symptômes de la série tabétique. Le diagnostic pourra donc pendant un certain temps demeurer hésitant et il sera nécessaire pour l'établir de mettre en évidence des symptômes même frustes de déchéance intellectuelle, des troubles de la mémoire et de la parole même très légers, coïncidant avec des troubles pupillaires et de la lymphocytose rachidienne. A noter que tabes et paralysie générale peuvent s'associer et qu'on a pu penser que les troubles gastriques d'une paralysie générale monosymptomatique dépendraient d'un tabes dont l'évolution s'interrompt lorsque la paralysie générale se démasque.

M. Labbé et J. Sébileau ont décrit des crises gastriques sympathicotoniques sans tabes. Après des prodromes généraux traduisant l'excitation du sympathique apparaissent des crises de nausées et de vomissements sans aucune douleur, accompagnées de signes d'hypertonie sympathique. Le Wassermann est négatif ainsi que la recherche des signes de Westphal et d'Argyll. Dans le cas qu'ils ont publié, M. Labbé et J. Sébileau ont trouvé la raison des troubles dans la compression des ganglions sympathiques dorsaux par une cicatrice pleurale. D'autres auteurs ont incriminé aussi la compression de filets du plexus solaire par des adénopathies cœliaques relevant d'un cancer viscéral,

Mais certains faits échappent à cette énumération clinique. Remarquable, en effet, est la ressemblance entre certaines crises d'origine nerveuse centrale et d'autres accès douloureux qui paraissent relever uniquement de lésions des troncs nerveux : telles les crises pseudo-tabétiques qu'on peut voir au cours du mal de Pott ou de la spondylose rhizomélique, ces dernières s'accompagnant d'abolition des réflexes (Babinski).

D'autre part, si la crise des ulcus gastriques ou duodénaux présente en général quelques caractères distinctifs, divers auteurs ont signalé des cas où elle était en tout semblable à celle du tabes (Klippel et M.-P. Weil, Cade, Dufour, Babinski, Chauvet et Gaston Durand). Brusquerie du début et de la terminaison, caractères des douleurs, rien n'y manque; les autres signes physiques et les recherches du laboratoire ne permettent même pas toujours d'éviter des erreurs. (Théodoresco, Schulze, Grossmann, Bouchut). Le contrôle anatomique a pourtant montré la présence d'un ulcus. Dans certains cas, même, une intervention chirurgicale a permis à la fois de contrôler un diagnostic et de faire disparaître définitivement tous les troubles. On ne peut même plus songer dans ces cas à une association ulcère-tabes où les crises gastriques seraient la seule manifestation tabétique.

Enfin, on conçoit mal, aussi, qu'un traitement spécifique, fût-il des plus énergiques, puisse guérir un tabes confirmé. Or certains auteurs ont signalé des cas où des crises gastriques tabétiformes, accompagnées de signes frustes de tabes, non seulement n'ont pas été suivies de l'évolution de l'affection causale mais encore ont disparu de façon définitive sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. En même temps le tabes lui-même semblait guérir.

Pour expliquer ces faits, qu'il s'agisse d'un ulcère de nature ou d'origine syphilitique, ou d'un ulcère banal et aussi en l'absence de toute ulcération, certains auteurs ont pensé qu'il fallait réserver le rôle des lésions de terminations nerveuses vagosympathiques, que ces lésions soient dues à une affection du système nerveux (crises dues à une méningite spécifique, gastro-radiculites de Bouchut et Lamy) ou à des résorptions toxiques au niveau d'une ulcération gastrique ancienne (Klippel et M.-P. Weil).

Nous verrons en étudiant la pathogénie dans quelle mesure ces vues sont utiles ou nécessaires et nous bornons ici à signaler ces faits encore litigieux. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 16 JANVIER 1925)

Hématothérapie. — M. Maurice Bloch expose ses recherches sur l'hématothérapie anti-sénile. Il donne la préférence à son procédé d'hématocytothérapie qu'il a si souvent décrit depuis 1894. Cette thérapeutique reste utile dans toutes les variétés d'infection, d'intoxication si grave chez le vieillard, mais elle demeure inefficace contre la senescence proprement dite. A propos des applications nombreuses de l'hématothérapie, l'auteur affirme qu'une pratique de 30 ans lui a appris que tout enfant lymphatique devrait être préventivement, systématiquement immunisé contre la tuberculose avec du sang d'arthritique.

Homohémothérapie. — M. Jaworski, insiste à propos de l'homohémothérapie sur les caractéristiques propres à chaque tempérament.

Jamais ou presque jamais on ne trouve dans la pratique des tempéraments purs; le groupement sanguin correspond au tempérament *primitif prédominant.* Quelquefois cette prédominance n'est pas absolue; il existe des sous-groupes sanguins qui actuellement font l'objet d'études très attentives.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 9 FÉVRIER AU 14 FÉVRIER 1925)

THÈSES

Mardi 17 février. — Jury : MM. Richaud, président; Teissier, Sicard et Busquet. — M. Farraud (Jean). Le traitement spécifique dans les néphrites chroniques. — M. Marty (P.). Les injections intratrachéales de lipiodol au cours des affections pleuro-pulmonaires de l'enfant. — M. Coste. Le cancer vertébral.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Roger, président; Bezançon, Panisset, Coquet et Robin. — M. Mouquet. Animaux de ménagerie. — M. Petit. Valeur de la présence des corps étrangers dans le diagnostic de la rage.

Mercredi 11 février. — Jury : MM. Bernard, président; Labbé (M.), Brulé et Léri. — M. Lelong. L'enfant issu de parents tuberculeux. — M. Amram. Captage des poussières de l'air (étude de leurs destructions). — M. Lemière (P.). Traitement de la fièvre typhoïde. — M. Dana (R.). Action comparée de l'insuline et du régime chez les diabétiques.

Jeudi 12 février. — Jury : MM. Prenant, président; Achard, Carnot et Broca. — M. Giroud (A.). Le chondriome (recherches, etc.). — M. Marchal. La leucopédèse gastrique. — M. Garnier (P.). Les diverticules des troisième et quatrième portions du duodénum. — M. Nicolle (Alain). L'élimination du rayonnement secondaire en radiologie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président; Brumpt, Panisset, Henry et Robin. — M. Viat. Vaccinothérapie des pyodermites du chien. — M. Neau. Coprologie et helminthiase intestinale chez le cheval.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à deux places de stomatologiste des hôpitaux de Paris sera ouvert le jeudi 7 mai 1925, à 8 h. 30, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir se feront inscrire au bureau du Service de santé de l'administration de l'Assistance publique, de 14 à 17 heures, du mardi 7 avril 1925 au mercredi 22 avril inclusivement.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LILLE. — Après concours, M. le docteur Auguste a été nommé médecin adjoint des hôpitaux, et M. le docteur Swynghedauw, chirurgien adjoint des hôpitaux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — **Examens de fin d'année** (nouveau régime 1924-1925). — PREMIÈRE ANNÉE. — Epreuves pratiques et orales : anatomie orale, 16 mars; histologie, 22 juin; physiologie, 15 juin; pathologie générale, 4 mai.

Date d'affichage des examens : 1er mai, 10 juin, 10 juin et 29 avril.

DEUXIÈME ANNÉE. — Epreuve pratique : chimie, 19 juin. Date d'affichage de l'examen : 13 juin.

Epreuves pratiques et orales : anatomie orale, 25 mars; histologie, 1er juillet; physiologie, 19 juin; physique, 19 juin; chimie, 20 juin.

Date d'affichage des examens : 20 mars, 13 juin, 13 juin, 13 juin, 13 juin.

TROISIÈME ANNÉE. — Epreuves pratiques et orales : médecine opératoire et anatomie topographique, 5 juin; obstétrique, 13 juin; bactériologie, 9 mars; parasitologie, 9 mars; pathologie interne, 22 juin; pathologie externe, 22 juin; pathologie expérimentale, 22 mai.

Date d'affichage des examens : 30 mai, 30 mai, 4 mars, 4 mars, 30 mai, 30 mai, 16 mai.

QUATRIÈME ANNÉE. — Epreuves pratiques et orales : matière médicale et pharmacologie, 15 juin; anatomie pathologique, 1er juillet; pathologie externe, 22 juin; pathologie interne et générale, 22 juin.

Date d'affichage des examens : 9 juin.

CINQUIÈME ANNÉE. — Epreuve pratique : thérapeutique, épreuve écrite le 11 mars.

Date d'affichage de l'examen : 21 février.

Epreuves pratiques et orales : hygiène, 29 juin; médecine légale, 4 mai; stomatologie, 3 juin; thérapeutique, 5 mars.

Date d'affichage des examens ; 24 juin, 29 avril, 25 mai, 21 février.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — Ont été élus à la Commission de médecine et de pharmacie :

Médecine. — MM. Charmeil, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier; Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Chirurgie. — M. Hartmann, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Obstétrique. — M. Rouvier, professeur à la Faculté de médecine d'Alger.

Anatomie. — M. Policard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Physiologie. — M. Abelous, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse.

Physique et chimie. — MM. Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Pharmacie. — M. Jadin, doyen de la Faculté de pharmacie de Strasbourg.

Agrégés. — MM. Champy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris; Perrin, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; Tassilly, agrégé à la Faculté de pharmacie de Paris.

Chefs de travaux. — MM. Beylot, chef de travaux à la Faculté de médecine de Bordeaux; Cousin, chef de travaux à la Faculté de pharmacie de Paris.

Préparateurs. — MM. Arronshen, préparateur à la Faculté de médecine de Paris; Lormand, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris. (*J. O.*, 3 fév. 1925.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Gimbal, directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Vauclaire

Dordogne) a été nommé à l'asile public d'aliénés de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le docteur Usse dont la nomination a été rapportée. (*J. O.*, 7 fév., p. 1475.)

Le poste de Vauclaire est déclaré vacant. (*J. O.*, 7 fév., p. 1521.)

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Fenayrou, directeur de l'asile public d'aliénés de Rodez.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Visbecq, chef de la section technique, est nommé directeur du Service de santé de la 16e région.

COMMISSION DU CANCER. — M. Papin, directeur du centre régional anticancéreux d'Angers, est nommé membre de la Commission.

STAGES VOLONTAIRES AUX COLONIES ET SUR LES T. O. E. — Il est rappelé que la circulaire du 31 août 1920, insérée au *Bulletin officiel*, page 3462, autorise les médecins-majors de 2e classe et les médecins aides-majors de 1re et de 2e classe appartenant à la réserve des troupes coloniales à accomplir aux Colonies et sur les théâtres d'opérations extérieurs des stages volontaires avec solde d'une durée minima de deux ans.

Les médecins et pharmaciens de complément des grades indiqués ci-dessus appartenant aux troupes métropolitaines seront autorisés à bénéficier des dispositions de la circulaire du 31 août 1920, sous la réserve d'avoir au préalable demandé et obtenu leur passage dans la réserve des troupes coloniales. A leur demande de stage devra donc être jointe une demande conditionnelle de passage dans les troupes coloniales (réserves).

Il est signalé en outre qu'en raison des déficits existant dans le corps de service de santé des troupes coloniales, les médecins et pharmaciens aides-majors de 1re et de 2e classe de réserve des troupes coloniales qui seraient autorisés à accomplir au Maroc un stage volontaire de deux ans pourraient être appelés à bénéficier des dispositions de l'article 3 de la loi du 1er août 1913, c'est-à-dire être titularisés dans l'armée active s'ils remplissaient, par ailleurs, les conditions prévues pour cette titularisation.

Les intéressés devront présenter les aptitudes physiques nécessaires et s'engager à accomplir dans un corps de troupe ou service dans la colonie ou sur le théâtre d'opérations pour lesquels ils seront désignés un stage d'au moins deux ans à dater du jour de leur débarquement, hors le cas de maladie dûment constatée.

Ils auront droit aux mêmes indemnités de départ colonial et allocations de solde que les officiers correspondants du cadre actif.

Ils seront également traités comme ces derniers, au point de vue du droit aux frais de déplacement, et pourront bénéficier, dans les mêmes conditions, du passage gratuit pour leur famille.

Les demandes sur lesquelles devra être formulé l'engagement de servir pendant deux ans dans le service actif prévu ci-dessus, devront être adressée par la voie hiérarchique au Ministre de la Guerre (8e direction) appuyées d'un certificat médical de visite et de contre-visite délivré par l'autorité militaire.

Elles mentionneront, par ordre de préférence, les colonies ou théâtres d'opérations dans lesquels l'intéressé désire servir.

Les demandes conditionnelles de passage dans les troupes coloniales (réserves) exigées des officiers de complément des troupes métropolitaines seront adressées au Ministre de la Guerre (8e direction).

Pour toutes demandes complémentaires de renseignements, s'adresser ou écrire à l'Inspection Générale du Service de Santé au Ministère des Colonies.

COURS SPÉCIAL D'ACTUALITÉS MÉDICO-CHIRURGICALES DU VAL-DE-GRACE. — Le cours spécial d'actualités inauguré au Val-de-Grâce le 11 janvier continuera les deuxièmes et quatrièmes samedis de chaque mois.

14 février. — Professeur Rieux (du Val-de-Grâce) : La tuberculose pulmonaire latente dans l'armée.

28 février. — Professeur Calmette (de l'Institut Pasteur) : De la vaccination préventive antituberculeuse.

14 mars. — Professeur Rouvillois (du Val-de-Grâce) : Données actuelles sur le traitement des fractures.

28 mars. — Professeur agrégé Rathery : Traitement du diabète par l'insuline.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET PHARMACIE MILITAIRE. — La date de clôture des adhésions au IIIe Congrès international de Médecine et pharmacie militaires, primitivement fixée au premier février et que les organisateurs auraient voulu retarder jusqu'à la dernière limite a dû être définitivement arrêtée au 15 février, en raison du grand nombre d'adhérents inscrits au cours des dernières semaines.

Passé cette date, il ne sera plus admis que les adhésions des médecins militaires de l'active dont la décision est subordonnée à des possibilités de service.

CONGRÈS DE THALASSOTHÉRAPIE. — Le congrès de thalassothérapie qui devait se tenir à Arcachon du 20 au 25 avril, est reculé de quelques jours. Il aura lieu du 27 au 29 auril pour permettre à un certain nombre de congressistes de se rendre au Congrès international de Médecine militaire qui doit avoir lieu du 20 au 25 avril.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE (11, 12, 13, 14 juille 1925). — Des conférences scientifiques et professionnelles seront faites par plusieurs personnalités étrangères et françaises. Parmi les conférenciers nous pouvons d'ores et déjà citer :

MM. Bordet (de Bruxelles), Sanarelli (de Rome), Recasens (de Madrid), Dartigue (de Paris), J.-L. Faure (de Paris), Jacob, médecin inspecteur général, Levaditi (de Paris), Renon (de Niort) et Roger (de Paris).

CONFÉRENCE. — Le 18 février 1925, à 20 h. 30, à la Sorbonne (amphithéâtre Milne-Edwards), sous les auspices de la Société d'étude des formes humaines, conférence :

« Les insuffisances respiratoires et leur traitement par la méthode de diastolisation de G. Gautier », par le docteur A. Thooris, médecin principal de 1re classe, maître de conférences à l'Ecole des Hautes-Etudes.

Entrée : 17, rue de la Sorbonne.

MÉDECINS SANITAIRES MARITIMES. — Ont été nommés médecins sanitaires maritimes : MM. les docteurs Dizeur, Engelhardt, Jaubert, Joussim, Mathieu, Rivière, Simonpiétri et Tribet.

Les médecins désirant subir les épreuves conférant le titre de médecin sanitaire maritime auront la faculté de suivre les cours, travaux pratiques et conférences de l'Institut de médecine coloniale, 40, avenue Léon-Gambetta, à Marseille. Ils pourront s'adresser au secrétaire de l'Institut, de 10 heures à midi, ou au secrétariat de l'Ecole de médecine pour obtenir les renseignements désirables, ainsi que les programmes et horaires de l'Institut.

M.-A.-C.-M. — Le Médical-Auto-Club de Marseille a renouvelé son bureau pour 1925, Ont été élus à l'unanimité : président, docteur Castueil; vice-président, docteur Hancy; secrétaire, docteur G. Farnarier; trésorier, docteur Raillard; membres de la Commission du tourisme, docteurs Billon et Hawthorn et M. Nalin, pharmacien; membres de la Commission du camping, MM. les docteurs Darcourt, Montfort et Ponthieu; membres de la Commission des fêtes, docteurs Ferran, Murel et Rougon.

Traitement précoce des Spirochétoses :

SYPHILIS — PIAN

ET

Thérapeutique spécifique de la Dysenterie Amibienne

PAR LE

STOVARSOL

(Acide Oxyacétylaminophénylarsinique)

Présentation : Le **Stovarsol** est présenté en flacons de 14 et 28 comprimés dosés à 0 gr. 25 de produit actif.

LITTÉRATURE FRANCO SUR DEMANDE

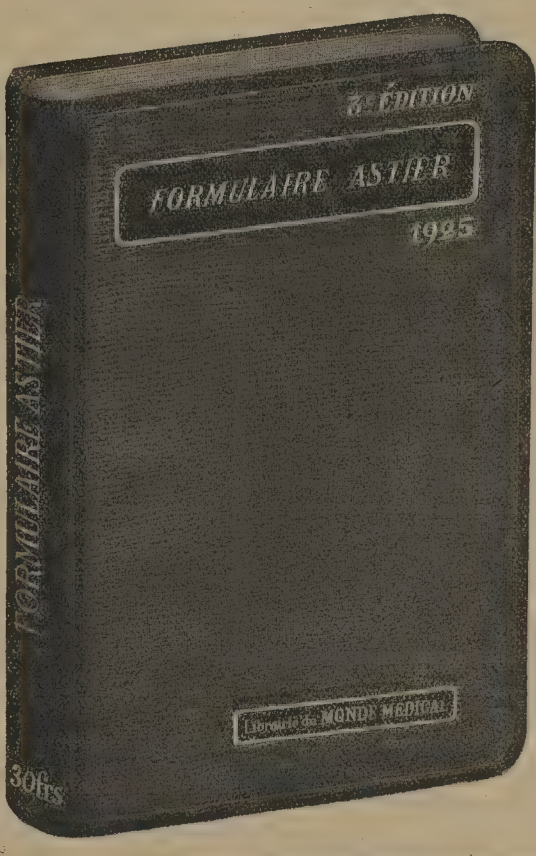
Les Établissements POULENC FRÈRES

Société anonyme au capital de 40 millions de francs

Siège social : 86 et 92, rue Vieille-du-Temple. — PARIS (3e) R. C. 5 386 Seine

---

Pour Paraître à fin Janvier



LA 3e ÉDITION (1925)

du Formulaire ASTIER

1 volume in-18 raisin - 1 200 pages, reliure souple
(Format portatif de poche)

La **3e édition** du **FORMULAIRE ASTIER** n'est pas une simple réimpression de la précédente. C'est une œuvre nouvelle dont chacun des chapitres a été revu et remanié avec soin de façon à présenter au lecteur un livre entièrement mis à jour des derniers progrès de la science.

La **3e édition** du **FORMULAIRE ASTIER** constituera le guide fidèle que tout praticien devra avoir sur sa table.

Le FORMULAIRE ASTIER 1925 est mis en vente aux Bureaux du **Monde Médical**, *47, rue du Docteur-Blanche, Paris (16e), au prix de* .... **30 frs**
avec réduction de 40 pour 100 à MM. les Médecins et Etudiants en médecine, soit net .... **18 frs**

Les envois ne seront effectués que contre remboursement ou aprés réception du prix du volume, plus frais d'expédition (France **1,50** — Etranger **2,50**).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

GÉNÉRALITÉS

La diathermie en oto-rhino-laryngologie. (H. BOURGEOIS, DULTREILLET DE LAMOTTE, PORTMANN et POYET. Rapport au *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 15 oct. 1924.) — La diathermie est une des modalités d'emploi des courants de haute fréquence. La possibilité d'utiliser ceux-ci a été démontrée par d'Arsonval. De 1909 (Doyen), jusqu'à l'époque actuelle, l'utilisation a fait l'objet de nombreuses études.

On l'emploie sous deux formes : 1° application de tension; 2° application d'intensité.

1° APPLICATIONS DE TENSION. — a. L'*étincelage* qui détermine une contraction spasmodique des vaisseaux (ischémie).

b. L'*effluvation* analgésiante et autoplastique.

2° APPLICATIONS D'INTENSITÉ (*diathermie*). — Les courants de haute fréquence déterminent dans les tissus des actions thermiques considérables. La chaleur dégagée se développe au sein des tissus et non au niveau des conducteurs. La quantité de chaleur est variable avec :

L'intensité employée ;

La durée du passage du courant;

La résistance des tissus (en sens inverse de la surface de section, d'où phénomènes d'autant plus intenses que la surface de l'électrode sera plus réduite). D'où :

Diathermie pure (deux larges électrodes). — *Diathermie médicale* applicable aux laryngites chroniques, au catarrhe tubaire, aux otites exsudatives, à l'otite chronique sèche.

Diathermo-coagulation (*diathermie chirurgicale* type Doyen). — Une grande électrode plaque de plomb sous le siège du malade; l'électrode active fine, de forme variable, suivant ce que l'on veut obtenir.

Il se forme localement une escharre bien limitée qui tombe du sixième au douzième jour sur les muqueuses.

TECHNIQUES PARTICULIÈRES SELON LES RÉGIONS. — *Cavités oro-pharyngées. — Hypertrophie des amygdales. Pharyngomycoses.* — Anesthésie locale. Electrode antidérapante. Application brève (deux ou trois secondes, 300 mm. ampères). Très bons résultats.

Tumeurs bénignes, surtout vasculaires.

Lupus. — Résultats inférieurs à ceux de l'ignipuncture.

Tumeurs malignes. — Lorsque le bistouri ou les agents physiques ne peuvent entrer en action.

Thérapeutique palliative idéale.

Cavum. — Polypes naso-pharyngiens (Samengo). — Hémostase préventive par coagulation interstitielle au niveau du pédicule.

Polypes choannaux. — Récidivent moins après diathermie.

Affections du bourrelet de la trompe. — Sous le contrôle du salpingoscope. Bons résultats.

Sténoses vélo-pharyngées. — Libération du voile et calibrage. Résultats favorables seulement en cas d'adhérences linéaires postopératoires.

Fosses nasales. — Atrésies, synéchies. Lupus. Tumeurs diverses. (Voir ci-dessus).

Larynx. — Applications, soit par voies naturelles, soit par voies artificielles.

Tuberculose. — Résultats non supérieurs à ceux de l'ignipuncture.

Tumeurs vasculaires. — Résultats excellents.

Papillomes. — Résultats très bons, mais inconstants.

En résumé, thérapeutique de grand avenir.

La souplesse des cicatrices qu'elle laisse après elle en fait le traitement de choix pour les synéchies.

Pour les tumeurs malignes, elle constitue un traitement palliatif intéressant.

Inférieure au galvanocautère dans la tuberculose laryngée, elle est inopérante dans la tuberculose pharyngée banale.

Cf. — Traitement des symphyses vélo-pharyngées par la diathermo-coagulation. (H. BOURGEOIS et G. POYET. *Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1924, t. XLIII, p. 181.)

Diathermie (électro-coagulation exceptée) et haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. Indications. Technique. Appareillage et instrumentation. (LEROUX-ROBERT. *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 15 oct. 1924.) — La haute fréquence a rapidement franchi le seuil de la spécialité oto-rhino-laryngée. La diathermo-coagulation fait l'objet du rapport, aussi Leroux-Robert passe-t-il en revue non plus les indications chirurgicales destructrices, mais les *applications médicales de la haute fréquence*, soit pour la diathermie pure (applications d'intensité), soit pour l'emploi de l'effluve et de l'étincelle de connensation (applications de tension). On peut utiliser la diathermie pure (application de contact en bipolaire utilisant l'effet Joule) pour le traitement des *laryngites catarrhales chroniques* et *hypertensives*, soit pour l'*otite moyenne simple avec exsudat*. L'effluvation est une application de haute tension que l'on obtient en intercalant dans le circuit le résonateur de Oudin. C'est un effet à distance qui utilise l'étincelle longue et froide, soit avec des électrodes de condensation, en verre à vide, soit avec des électrodes malléables gainées. L'*acné*, la *couperose*, les *fissures nasales* sont justiciables de l'étincelle discrète. Le *lupus nasal* trouve profit dans l'emploi de la petite étincelle de fulguration. L'*eczéma des narines*, au contraire, doit être traité par l'effluve doux et non révulsif. L'*ozène* trouve dans cette méthode un traitement de choix, utilise l'action bactéricide de l'étincelle et est étudié dans la communication suivante. Les *rhinorrhées*, surtout les rhinorrhées réflexes, tirent un bénéfice particulier du traitement dont elles utilisent les propriétés vaso-motrices. Les *sinusites congestives*, les *céphalées* sphéno-ethmoïdales, sous l'influence d'une réaction sympathique, recherchent l'action décongestive et sédative. L'effluvation est à essayer dans l'*oto-sclérose* et l'*otite fibro-adhésive* où elle est susceptible d'améliorer les *bourdonnements*, les *vertiges* et même l'*hypoacousie*.

Après avoir donné des détails concernant l'appareillage et l'instrumentation qu'il a créée depuis quatre ans, Leroux-Robert conclut en disant que la haute fréquence n'est pas une panacée, mais que cette méthode qui a donné des résultats remarquables dans toutes les autres branches de la médecine doit être connue en oto-laryngologie où elle a le plus bel avenir.

Cf. — Les applications médicales de la haute fréquence en oto-rhino-laryngologie (diathermie simple, étincelage, effluvation). (LEROUX-ROBERT. *Ann. des mal. de l'oreille*, fév. 1924, t. XLIII, p. 157.)

FOSSES NASALES

La polypose nasale déformante et récidivante des jeunes. (G. CANUYT et S. TERRACOL. *Arch. int. de laryngol.*, fév. 1924, p. 143.) — Affection de l'adolescence caractérisée par des

myxomes abondants et rebelles aux thérapeutiques habituelles. Ils déterminent une déformation nasale caractérisée par un élargissement du dos du nez dans son segment osseux.

Les auteurs rapprochent cette déformation de celle décrite chez le nègre sous le nom d' « anakré ». Ils pensent que cette affection particulière doit être rattachée aux manifestations de l'hérédosyphilis.

Les papillomes des fosses nasales. (J. DURAND. *Ann. des mal. de l'oreille*, sept. 1924, t. XLIII, p. 860, f. 9.) — Les papillomes se rencontrent surtout chez des adultes jeunes. Cliniquement, ils se manifestent par des troubles de coryza chronique sans caractères particuliers. A l'examen on constate, par rhinoscopie antérieure, de petites masses gris rosé, irrégulièrement frangées, plus ou moins mobiles et saignant sous le stylet. Elles occupent, en général, la moitié antérieure des fosses nasales. Ces tumeurs sont radiosensibles.

Les phénomènes de choc dans le coryza spasmodique. (J. LERMOYEZ. *Ann. des mal. de l'oreille*, avril 1924, t. XLIII, p. 310, f. 4.) — Le coryza spasmodique ne doit plus être considéré comme une affection locale; il relève du processus physique du choc. Cette opinion est démontrée, soit par la coexistence du coryza spasmodique avec d'autres manifestations du même ordre (urticaire, crises d'asthme), soit par la présence d'une crise hémoclasique initiale, soit par l'action préventive des différents procédés anticlasiques.

Les troubles de sécrétion des glandes à sécrétion interne, ainsi qu'un déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, créent le terrain favorable à la colloïdoclasie.

L'adrénaline est à conseiller comme traitement d'urgence d'une crise accidentelle très forte de coryza spasmodique.

Vaccinothérapie locale de l'ozène par les vaccins biliés liquides et en poudre. (J. H. DONIOL, VALCROZE et G. LE PLAT. *Ann. des mal. de l'oreille*, sept. 1924, t. XLIII, p. 878, f. 9.) — Après décapage de la muqueuse pituitaire avec la bile de bœuf stérilisée, les auteurs appliquent un pansement local à l'aide d'un auto-vaccin titrant 10 milliards de germes par centimètre cube.

Ma méthode de traitement chirurgical de l'ozène. (BOURAK. *Arch. int. de laryngol.*, janv. 1924, p. 7.) — L'auteur, après incision du sillon gingivo-labial, décolle la muqueuse du plancher et de la paroi externe. Il désinsère le cornet inférieur et insinue dans la cavité ainsi créée de la graisse. Suture. Réunion primitive en cinq à sept jours.

Traitement de l'ozène par l'effluve et l'étincelle de haute fréquence. (LEROUX-ROBERT. *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 15 oct. 1924.) — Alors que les rhinologistes ne possèdent encore aucun traitement de l'ozène, on trouve dans les Traités d'électrothérapie un traitement de cette affection par la haute fréquence dont les résultats paraissent des plus encourageants. S'agit-il d'ozène vrai? Le traitement a-t-il vraiment l'efficacité qu'on lui accorde?

Leroux-Robert pour répondre à ces questions : 1° a examiné cliniquement et bactériologiquement tous les sujets qu'il se proposait de traiter; 2° dans une série d'expériences il a fait agir sur des microbes de l'ozène l'étincelle et l'effluve de condensation. Tous les germes ont été tués. Cette expérience *in vitro* venait d'ailleurs confirmer les données des stomatologues qui emploient l'étincelle pour stériliser une carie dentaire.

L'application des différentes électrodes que l'auteur a fait construire (électrode en aiguille, électrode forme adénotome, électrode malléable gainée) présente parfois de réelles difficultés parce qu'on n'est pas assuré d'effluver la fosse nasale dans sa totalité.

Il est alors nécessaire de pratiquer un badigeonnage d'adrénaline au millième qui permet un jour plus complet sur les régions non encore atrophiées (hypertrophie pré-atrophique). Une pommade au formol permet au malade d'expulser le contenu glandulaire. L'effluve et l'étincelle de condensation peuvent être appliquées pendant dix à quinze minutes tous les deux jours en faisant varier les points d'application.

L'odeur disparaît, la sécrétion devient plus abondante, les croûtes se détachent mieux et se réduisent peu à peu à l'état de minces pellicules. Le malade peut supprimer tout lavage dans la presque totalité des cas.

Depuis quinze ans Leroux-Robert a successivement employé toutes les thérapeutiques proposées et il déclare que toute cause favorisante d'ozène traitée à part (syphilis) aucun traitement ne semble aussi efficace que le traitement par les courants de haute fréquence qu'on appliquera mieux en perfectionnant l'instrumentation et la technique.

CAVITÉS ANNEXES

Sinusite frontomaxillaire : trépanation; réinfection par infection pulpaire de l'incisive médiane. (H. CABOCHE. Communication au *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 16 oct. 1924.) — L'infection par des dents mortifiées et infectées se propage au sinus frontal grâce à des canalicules préformés, faisant communiquer, au travers de la branche montante, les foramina alvéolaires des incisives, de la canine, et parfois des molaires, avec la partie supérieure de cette branche montante. L'examen et les soins dentaires qui s'imposent avant toute intervention sur le sinus maxillaire, doivent également précéder la cure radicale de la sinusité frontale.

En ce qui concerne le sinus maxillaire, cet examen doit être également pratiqué après l'intervention. Cette dernière pouvant être la cause secondaire de la mortification si, par suite de la saillie des apex dentaires sur le plancher, la curette, en même temps que la muqueuse, a du curetter les vaisseaux nourriciers rampant sous la muqueuss.

Les sinusites latentes au cours et dans la convalescence de la méningite cérébrospinale. (WORMS et ZOELLER. *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 15 oct. 1924.) — Les sinusites latentes sont fréquentes au cours de la méningite cérébrospinale. D'où la nécessité de pratiquer une exploration attentive des cavités annexes des fosses nasales, par les moyens rhinologiques et au besoin, chez les convalescents, par la radiographie.

La voie sinusienne est peut-être la voie de propagation du méningocoque vers les méninges.

Ces lésions sinusiennes résistent au traitement des seules méninges, et à l'époque de la convalescence empêchent la stérilisation des porteurs de germes.

Le traitement des sinus infectés s'impose au même titre que la rachicenthèse. Il facilitera le drainage des sécrétions morbides et surtout favorisera l'apport du sérum spécifique destiné à tarir le foyer infectieux à sa source même.

Radiographie des sinus sphénoïdaux et des cellules ethmoïdales par le dispositif endobuccal. (E. GACHOT et F. WOHLHUETER. *Presse méd.*, 23 fév. 1924, p. 170.) — A l'aide d'un dispositif spécial, le film « coupé en forme de langue », est maintenu dans la bouche. Celle-ci est préalablement anesthésiée par un badigeonnage avec une solution de cocaïne à 10 p. 100.

L'anticathode est placée « en légère inclinaison rétrograde au-dessus de la partie antérieure du crâne, de façon que le bord postérieur du diaphragme localisateur suive la ligne mastoïdienne. »

On obtient, par ce procédé, une radiographie de la région ethmoïdo-sphénoïdale, sans interposition d'ombres étrangères.

On peut, suivant la lésion, varier l'inclinaison du rayon central, et obtenir une radiographie de telle région que l'on veut explorer.

Facilités et avantages de la voie orbitaire stricte dans un grand nombre de cas de lésions isolées ou combinées des diverses cavités pneumatiques de la face. (E. ESCAT et F. LAVAL. *Revue de laryngol.*, 31 août 1924, p. 525.) — Inspirée des procédés décrits antérieurement par Laurens, Guisez, Jacques, la technique conseillée par les auteurs est la suivante.

Que l'on utilise l'anesthésie régionale ou générale, il est indispensable de tamponner à la gaze la choanne correspondante et de placer dans la fente olfactive un tampon d'ouate imprégné d'une solution de cocaïne au dixième, et adrénalinée.

Incision curviligne des téguments jusqu'au plan osseux, sur tout le bord interne de l'orbite, empiétant en haut sur le

C. R., 18 000, Seine.

quart interne du sourcil, et en bas, sur le tiers interne du bord inférieur de l'orbite.

Rugination de la paroi interne de l'orbite sur 3 ou 4 millimètres de profondeur.

Décollement et reclinaison en dehors du sac lacrymal. Section du muscle de Horner à son insertion sur la crête de l'unguis.

Décollement « à l'index », la pulpe reposant sur l'os planum, du périoste et des parties molles de la paroi orbitaire.

Ce décollement s'étendra : en hauteur, de la suture fronto-ethmoïdale, à la suture ethmoïdo-maxillaire; en profondeur, on s'arrêtera au trou ethmoïdal postérieur, afin de ne pas léser le nerf optique.

Hémostase soigneuse et écarter le contenu orbitaire à l'aide d'un écarteur souple courbe, à bec long. Rien n'est plus facile que d'effondrer l'os planum et de curetter tout l'ethmoïde, jusqu'à ce qu'on arrive sur le tampon d'ouate qui protège la cloison. Ceci fait, rien n'est plus simple que de s'orienter suivant les cas : en haut, vers le plancher du sinus frontal (Sieur et Jacques); en bas, vers le sinus maxillaire; en arrière, vers le sinus sphénoïdal.

Les soins postopératoires sont simples. Tamponnement pendant vingt-quatre heures. Le résultat esthétique est parfait.

Cette voie, trouve son indication : dans toutes les suppurations ethmoïdales ou péri-ethmoïdales reconnues ou mal déterminées.

Elle constitue de plus une voie rationnelle de l'accès vers l'hypophyse.

Les sinusites postérieures et leurs complications oculaires. (G. Canuyt, S. Ramadier, E. Velter. Rapport au *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 15-18 oct. 1924.) — Bien que soulevée récemment en France, cette question a déjà, et depuis de longues années, donné lieu à de nombreux travaux. Eliminant, les sinusites suppurées ouvertes et les lésions spécifiques du sinus sphénoïdal (néoplasiques, syphilitiques, tuberculeuses, mycosiques, ostéomyélitiques), les auteurs s'attachent exclusivement aux sinusites latentes.

Celles-ci comprennent deux variétés :

1° L'examen clinique, s'aidant de manœuvres exploratrices et de la radiographie, arrive à mettre en évidence, une sinusite jusque-là méconnue. C'est la véritable *sinusite latente.*

2° L'examen clinique et toutes les manœuvres exploratrices, ne fournissent aucun renseignement. A l'ouverture, le sinus et les cellules paraissent normaux. *Dans ce cas, y a-t-il vraiment sinusite?*

L'*étude anatomique* du sinus sphénoïdal, conclut à son extrême variabilité; mais ce sont les grands sinus qui sont les plus exposés à l'infection.

Le nerf optique et son canal sont également en rapport avec les cellules ethmoïdales postérieures. D'après Onod, la portion sphénoïdale de ce canal a une paroi épaisse, le segment ethmoïdal a une paroi mince.

Dans le canal optique, le nerf entouré de ses gaînes contracte avec les territoires voisins des connexions vasculaires plus ou moins développées. La veine centrale de Künt et Vossius est une voie importante.

Les accidents oculaires compliquant une ethmoïdo-sphénoïdite sont variés.

Ce peuvent être : des troubles oculo-moteurs; des lésions de choroïdite ou de chorio-rétinite; des troubles visuels par atteinte du nerf optique.

Les troubles moteurs atteignent surtout le III, exceptionnellement le VI.

Les choroïdites et chorio-rétinites, évoluent rapidement vers la guérison après curettage.

Les *troubles visuels*, de beaucoup les plus fréquents, et les plus importants présentent deux types.

Névrite optique : caractérisée par des *symptômes ophtalmoscopiques* (pupillite); par des *modifications du champ visuel* (rétrécissement périphérique plus ou moins régulier, à marche progressive, sur lequel se greffe un scatome central); — par des *troubles pupillaires* (mydriase, diminution du réflexe photo-moteur du côté malade).

Névrite rétrobulbaire : caractérisée par l'absence de signes ophtalmoscopiques.

Début brusque avec douleurs oculaires et rétro-oculaires, baisse rapide de l'acuité visuelle. Scotome central absolu.

L'évolution en est le plus souvent bénigne et elle guérit spontanément et complètement en trois semaines. Il est cependant des cas où l'évolution se fait vers l'atrophie optique et la cécité.

Ce sont ces cas où l'évolution traîne, se fait par poussées qui doivent imposer un examen rhinologique minutieux et dont la persistance forcera la main et décidera à intervenir.

L'*étude anatomo-pathologique*, envisage successivement l'empyème clos, les sinusites à lésions infectieuses légères, banales; les sinusites hypertrophiques.

Elle aboutit aux conclusions suivantes que l'on distingue trois ordres de cas :

a. Il existe une sinusite indiscutable, plus ou moins accusée.

b. L'inflammation sinusienne ne répond qu'à des altérations microscopiques, le plus souvent légères et banales, base insuffisante pour affirmer la sinusite.

c. Aucune lésion macroscopique, ni microscopique n'étant constatée, on doit catégoriquement refuser le terme de sinusite.

En ce qui concerne la névrite rétrobulbaire, la sinusite macroscopique est rare, les altérations microscopiques fréquentes; mais il y a des cas où la recherche de toute lésion reste négative.

Rapprochant cette constatation, du fait signalé par Gellé que la paralysie faciale n'est pas surtout le fait des otites suppuratives, mais bien des otites à forme interstitielle, des otites plastiques ostéopériostiques, les auteurs expliquent la pathogénie de ces névrites soit : par propagation toxi-infectieuse; soit par des troubles circulatoires; soit par une compression pariétale. Ces trois causes peuvent agir isolément ou simultanément.

La rhinoscopie antérieure et la postérieure, l'endoscopie à l'aide du rhinosalpingoscope permettront sinon de voir du pus, tout au moins de constater des modifications de la muqueuse (œdème, infiltration), témoins d'une infection chronique suppurée ou non.

Il faut y adjoindre le cathétérisme, soit par vision directe (Canuyt et Terracol), soit indirecte (Ramadier).

La radiographie fournira des renseignements précieux.

Quant à la ponction, elle doit céder le pas à la trépanation exploratrice.

Au point de vue du traitement, on pourra recourir soit à une thérapeutique endonasale, non sinusienne, soit à une thérapeutique sinusienne directe :

Thérapeutique endonasale non sinusienne. — Elle peut être *médicale* : cocaïno-adrénalinisation.

Elle peut être *chirurgicale* : scharifications, opérations sur la cloison (Jacod), le cornet moyen, le cornet inférieur, le cavum (adénotomie).

Thérapeutique sinusienne directe. — Soit purement sphénoïdale : cathétérisme et ponction ou mieux, *trépanation* endonasale simple, *endoseptale* (Hirsch-Ségura).

Soit sphéno-ethmoïdale : voie *endonasale transethmoïdale*; voie *exonasale* (rhinotomie).

Les conclusions générales de ce rapport sont les suivantes :

a. *Il y a des signes de certitude ou simplement de présomption d'une lésion ethmoïdo-sphénoïdale.* — Aller immédiatement et directement aux sinus postérieurs.

b. *L'examen complet, conduit méthodiquement et rigoureusement, ne révèle aucune altération.* — Si un traitement spécifique intense de huit jours, associé à un traitement médical, n'a donné lieu à aucune amélioration, pratiquer la petite opération endonasale indiquée par l'examen rhinoscopique; si elle échoue, s'attaquer alors aux sinus postérieurs.

« L'ophtalmologiste porte la responsabilité du diagnostic et de l'indication opératoire.

Le rhinologiste porte la responsabilité de l'intervention chirurgicale. »

Névrites optiques et sinus postérieurs. (L. Baldenweck. *Arch. int. de laryng.*, avril 1924, p. 403). — L'auteur rapporte sept observations qu'il classe en 3 groupes :

Premier groupe. — Sinusites actuelles ou récentes (trois cas).

Une *pansinusite suppurée chronique*, opération par voie externe, guérison.

Une *ethmoïdo sphénoïdite aiguë.* — Pas d'opération, amélioration fonctionnelle.

Une *plurisinusite guérie* : Œdème de la papille avec congestion peripapillaire. Opération de Hirch-Segura. Pas de lésion perceptible du sinus sphénoïdal. Guérison.

Deuxième groupe. — Pas de signes de sinusite, mais petites constatations anormales du côté des fosses nasales.

Une observation de *spasme artériel de la rétine bi-latéral*, Résection unilatérale du cornet moyen droit. Amélioration fonctionnelle sans rapport avec l'intervention.

Une *observation de névrite rétrobulbaire bi-latérale* datant de plusieurs mois. Evidement ethmoïdo-sphénoïdal gauche. Pas d'amélioration oculaire.

Troisième groupe. — Nez et sinus normaux.

Une *névrite optique aiguë droite*, sans cause appréciable. Opération de Hirsch-Segura. Guérison.

Une *névrite optique bilatérale*, sans cause appréciable, pas d'opération. Evolution rapide vers l'atrophie optique, malgré le traitement antisyphilitique.

Eliminant les cas où les lésions étaient indiscutables Baldenweck s'attache à envisager le mécanisme de la guérison dans le cas où le sinus sphénoïdal était sain.

Trois hypothèses sont à envisager.

1° Le sinus peut avoir été infecté et si la suppuration est tarie, elle peut avoir laissé après elle des brides obstruant l'ostium sphénoïdale, l'air se résorbant, il en résulte une gêne des conditions circulatoires qui peut retentir sur le nerf optique.

2° Les sinusites hyperplastiques décrites par Sluder sont des raretés cliniques.

3° Si le sinus se révèle absolument sain, il faut alors tenir compte du rôle important joué par le sympathique. C'est pourquoi il est bon de compléter l'opération de Hirsch-Ségura, par la résection du cornet moyen.

Technique opératoire pour le traitement des névrites rétro-bulbaires. (DE STELLA (de Gand). *Arch. intern. de laryng.*, février 1924, p. 161).

Treize cas de névrite rétrobulbaire, dans lesquels « toute autre cause que l'endonasale fut au préalable éliminée », peuvent être classés en trois groupes :

Premier groupe : l'*exploration clinique et radiologique est restée négative* : 2 cas.

La désinfection nasale, facilitée par une résertion du cornet moyen a amené la guérison.

Deuxième groupe : *Seule la rhinoscopie postérieure laisse voir des cavités ou du pus sur la queue du cornet moyen* (Ethmoïdite postérieure) *6 cas* : Curetage de l'ethmoïde et agrandissement de l'hiatus spénoïdal. Six guérisons et améliorations considérables.

Troisième groupe : Lésions multiples (5 cas.)

4 cas *ethmoïdo-sphénoïdite postérieure* : curetage de l'ethmoïde et du sphénoïde par voie endonasale. Guérison.

1 cas de *maxillo-etmohido-sphénoïdite*. Curetage complet par voie externe.

A ces cas s'ajoutent un cas de névrite rétro-bulbaire chez un enfant de treize ans, ayant retrocédé après simple adenoïdectomie.

OREILLE EXTERNE. OREILLE MOYENNE

Considérations sur les thrombophlébites sinuso-jugulaires des oto-mastoïdites (H. P. Chatellier. *Ann. des mal. de l'or.*, T. XLIII, som. 1924. p. 1.). — Mise au point de l'étude des thrombo-phébites sinuso-jugulaires secondaires aux oto-mastoïdites. L'atteinte du sinus latéral, peut se faire de deux façons principales : par *contiguité* (ostéite), par *continuité* (voie sanguine).

Cette dernière voie est démontrée par l'existence de veinules mastoïdiennes se jetant directement dans le sinus latéral, mais elle ne reste pas moins une voie d'exception.

Il y a donc, en général, d'abord une peri-phlébite. Le thrombus est d'abord un processus de défense. Si l'infection est légère, le caillot évoluera aseptiquement.

Si l'infection est particulièrement virulente et le terrain débile; le caillot ne s'organise pas ou se désintègre; il permet alors la septicopyohémie et expose aux embolies.

D'où trois variétés cliniques de thrombophlébites.

1° *Forme classique* avec son tableau habituel de septicopyohémie.

2° *La thrombose sans septicémie* : soit qu'elle ne manifeste par des *symptômes locaux*, en rapport avec la localisation du caillot (paralysie diverses); soit qu'elle évolue de façon *absolument latente*. La thrombose est alors une découverte opératoire qu'aucun signe clinique ne permettait de prévoir.

3° *La thrombose pariétale*, dans laquelle l'organisme est incapable de mettre en jeu sa défense. Forme *septicémique*, dont l'allure et l'évolution sont particulièrement graves.

Du point de vue thérapeutique, la même classification s'impose.

Le caillot infecté, s'accompagnant de septicopyohémie doit être détruit et curetté après ligature préalable du tronc de la jugulaire interne.

Le caillot latent sans septicémie avec hémoculture négative doit être au contraire respecté.

La mastoïdectomie maxima. (MOURET. Communication au *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, 17 oct. 1924, Paris). — Découvrir largement toute la face externe de la mastoïde. Atteindre l'autre par le plus court et le plus sûr chemin, en faisant la trépanation trans-spinaméatique.

Décortiquer la face externe de toute la mastoïde et poursuivre les lésions systématiquement dans toute la profondeur de l'os, en évidant une à une, chacune des zones décrites par Mouret.

La trépanation ne doit être terminée qu'après avoir évidé toutes les zones jusqu'à la corticale endocranienne non comprise. Si celle-ci n'est pas saine, il faut en réséquer toutes les parties malades.

Si les lésions s'étendent au delà du bloc mastoïdien il faut aussi les poursuivre partout où il est possible de les atteindre.

Manuel opératoire de l'anastomose du nerf facial avec le nerf massétérin. (E. ESCAT et VIALA (de Toulouse). Communication au *Congrès franç. d'oto-rhino-laryngol.*, Paris, 16 oct. 1924.) — Le rétablissement de la mimique faciale par l'anastomose des branches périphériques du VII, soit avec le tronc du XI (Furet et J.-L. Faure), soit avec le tronc du XII (Ballance) n'ayant guère donné satisfaction, les auteurs proposent l'anastomose avec le nerf massétérin. La technique est la suivante :

1° Incision angulaire à angle arrondi allant de l'extrémité antérieure de l'arcade zygomatique, et parallèlement à cette arcade jusqu'à 1 centimètre du tragus, puis descendant verticalement jusqu'à l'angle du maxillaire.

2° Dissection minutieuse et prudente du lambeau cutané.

3° Reconnaissance, libération et réclinaison en haut du canal de Sténon.

4° Dissection et réclinaison en arrière et en bas du prolongement jugal de la parotide, de façon à découvrir dans l'épaisseur de cet organe le plan de clivage de Grégoire que parcourent les branches périphériques du VII et le plexus nerveux interposé entre l'origine de ces branches et le tronc du VII.

5° Séparation, au ras de l'apophyse zygomatique, de l'insertion supérieure du masséter sur son tiers postérieur seulement; puis dissection et rabattement en bas du lambeau musculaire ainsi délimité de façon à découvrir l'échancrure sigmoïde du maxillaire inférieur où l'opérateur voit émerger le nerf massétérin qui vient plonger dans l'épaisseur du muscle.

6° Isolement de la branche principale du nerf massétérin, réclinaison et anastomose de cette branche, soit avec la branche temporo-faciale du VII, soit avec le plexus nerveux dans lequel elle est comprise.

L'anastomose du tronc même du facial avec le nerf massétérin est impossible, en raison de l'éloignement. Quant à celle de la branche cervico-faciale elle n'est possible que dans de très rares cas.

Mais la seule anastomose du nerf massétérin avec la branche temporo-faciale qui commande les mouvements du front, de l'orbiculaire palpébral, des muscles de l'aile du nez, du buccinateur et du demi-orbiculaire labial supérieur, suffit amplement à rétablir la mimique faciale.

OREILLE INTERNE

La ligne vestibulaire horizontale. Sa projection sur le profil de la tête. (L. GIRARD. *Oto-rhino-laryngol. int.*, mai 1924, p. 257.) — La ligne vestibulaire est la ligne passant

COMPOSITION :

Le **LIPIODOL** *contient 0,54 d'iode combiné à l'huile d'œillette par cent. cube. L'intégralité de cette combinaison est telle que l'iode s'y trouve complètement* **dissimulé,** *le produit n'étant pas plus coloré que l'huile originelle (ne pas l'injecter s'il est devenu brunâtre). La tolérance est ainsi rendue pour ainsi dire illimitée (injection) et l'absorption gastrique extrêmement facilitée.*

INDICATIONS :

Toutes celles de l'iode, des dérivés iodés organiques et des iodures, **sans les inconvénients :** *pas d'iodisme même bénin, pas d'action congestive sur le poumon, etc. :*

ARTÉRIO *et présclérose à tous les degrés;*

ASTHME *et emphysème : guérison dans la plupart des cas, amélioration dans tous;*

RHUMATISME chronique, *goutte, douleurs rhumatoïdes : action presque certaine;*

ENFANTS adénoïdiens, *lymphatiques, hérédo-spécifiques;*

SYPHILIS tertiaire *et hérédo-syphilis; etc.*

LIPIODOL
du Docteur LAFAY
à 54 % d'Iode (en volume)
Sans aucune trace de chlore
54 Chaussée d'Antin PARIS (IXe)

FORMES PHARMACEUTIQUES :

INJECTION : *ampoules de 1, 2, 3, 5 cc. ou flacon aluminium de 20 cc.*

CAPSULES : *0,20 centigr. d'iode par capsule (correspondant thérapeutiquement à 1 gr. KI.).*

ÉMULSION : *0,20 centigr. d'iode par cuill. à café (agréable au goût).*

COMPRIMÉS ou **TABLETTES:**
pour les enfants *(saveur chocolatée) 1 tablette équivaut à 1 cuil. à soupe de sirop iodotannique ou à 2 de sirop de Raifort iodé.*

Traitement du basedowisme : *1 comprimé contient 0,04 centigr. d'iode organique, chiffre préconisé comme moyenne nécessaire aux basedowiens* (BEEBE).

DOSAGE :

EN VOLUME : *1 cc. contient 0,54 centigr. d'iode correspondant* **chimiquement** *à 0, 71 KI, et agit* **thérapeutiquement** *comme un poids 4 fois plus élevé (soit 2 gr. 84 KI) par suite de la lenteur de l'élimination spéciale à l'huile iodée.*

POSOLOGIE :

INJECTIONS : *dans le tissu cellulaire, ou mieux,* dans le **muscle** *(tolérance parfaite) : 1, 2, 3, 5 et même 10 cc., rapprochées ou espacées, à volonté, au gré et suivant les commodités du médecin ou du malade; avec aiguille un peu forte (10/10es).*

CAPSULES : *Adultes, 2 à 3 en moyenne par 24 heures.*

ÉMULSION : *Adultes, 2 à 3 cuil. à café; Enfants, 1 à 2.*

COMPRIMÉS : *1, 2, 3 suivant l'âge. Basedowiens : 1 à 2.*

R. C., 32.286, Seine.

par le centre des deux orifices du canal semi-circulaire externe. Cette ligne doit être horizontale et, avec sa symétrique, elle détermine le « plan vestibulaire horizontal ».

Un tel plan vient couper la sphère cranienne suivant un cercle dont la circonférence est jalonnée par les points suivants :

1° Croisement de l'extrémité antérieure de l'anthélix avec l'extrémité antéro-inférieure de l'hélix.

2° Le milieu de l'arcade orbitaire est à 3 millimètres (en moyenne) au-dessous du plan vestibulaire.

Sur le crâne sec, le point postérieur est à 6 ou 7 millimètres au-dessus du bord supérieur du méat auditif. Ce plan forme, avec le zygoma, un angle de 20 degrés ouvert en avant.

La détermination de ce plan permet à l'auteur de préciser l'attitude normale de la tête.

Celle-ci est légèrement inclinée en avant; l'axe du regard dirigé vers le sol à « 1 ou 2 mètres » en avant du sujet.

L'auteur, après un certain nombre de vérifications en anatomie comparée, arrive à cette conclusion qui deviendra sans doute une loi : « Chez les mammifères, quand la tête est placée dans son attitude normale, elle se trouve en même temps en position ortho-vestibulaire. »

Comment les sons parviennent-ils à l'oreille interne? (A. Bonain. *Presse méd.*, 17 sept. 1924, p. 755.) — La membrane tympanale et la chaîne des osselets ont un rôle d'accommodation des sons. La fenêtre ronde est la voie de transmission. La transmission, dans l'audition osseuse, est surtout une transmission cranio-tympanique.

L'ankylose complète de l'étrier dans la fenêtre ovale, la disparition du tympan et des osselets, diminuent l'audition mais ne la suppriment pas.

Par contre, la moindre lésion dans la région de la fenêtre ronde cause une diminution très marquée de l'audition. La fenêtre ronde fait partie du système cochléaire.

La membrane du tympan, la chaîne des osselets et sa musculature règlent la tension de la membrane obturante de la fenêtre ronde par l'intermédiaire de la périlymphe.

Etude sur la transmission des sons au labyrinthe. (F. Pedrarzini. *Presse méd.*, 10 déc. 1924, p. 984.) — Pour que l'audition s'effectue, il faut une intégrité des deux fenêtres, ainsi que le démontre la surdité consécutive à l'ankylose de l'étrier. D'ailleurs, l'épreuve de Rinne démontre la nécessité de cette intégrité pour que la perception aérienne soit de plus longue durée que la perception osseuse.

Innervés par deux systèmes différents, le muscle du marteau et le muscle de l'étrier sont deux antagonistes concourant au même but de protection de l'oreille interne contre les vibrations trop violentes.

Il est donc nécessaire, pour que l'ouïe soit possible par voie aérienne, qu'il existe une déformation élastique des membranes ronde et ovale, en fonction harmonique entre elles.

Le nystagmus provoqué par les mouvements de la tête. (Baldenweck. *Arch. int. de laryngol.*, oct. 1924, p. 893.) — Avant de rechercher ce nystagmus, il faut d'abord observer si le malade ne présente pas de nystagmus spontané. Dans ce cas, ce que l'on observe ce sont les modifications apportées par les mouvements de la tête, à ce nystagmus.

On provoque ce nystagmus, soit par des mouvements brusques, soit par des mouvements lents de la tête.

A. *Mouvements brusques.* — Renversement de la tête en arrière, brusque et unique. Nystagmus bilatéral assez menu à composante rotatoire. Il dure quelques secondes et ne peut se reproduire plusieurs fois de suite.

B. *Mouvements lents.* — Le nystagmus provoqué par ces mouvements renseignerait sur l'état fonctionnel de l'appareil otolithique.

Bien qu'il puisse être produit par des mouvements variés, on se borne à l'heure actuelle à le rechercher par des mouvements d'inclinaison latérale sur une épaule puis sur l'autre.

Bilatéral, le nystagmus est rotatoire du côté de l'inclinaison, horizontal de l'autre côté.

Il peut être passager, comme le précédent; il peut, au contraire, durer aussi longtemps qu'est maintenue la position latérale de la tête, et s'accompagner de vertiges qui cessent, avec lui, dès que la tête est ramenée en rectitude.

Ce nystagmus serait en rapport avec un trouble fonctionnel de l'appareil otolithique.

Les *sagittæ* ou otolithes sacculaires commanderaient aux mouvements dans le plan frontal.

Les *lapilli*, ou otolithes utriculaires, commanderaient aux mouvements dans le plan sagittal.

L'inclinaison lente de la tête détermine un déséquilibre dans le jeu otolithique; il y aura traction sur une macule, pression sur l'autre. S'il n'y a pas compensation du fait des centres, le déséquilibre se traduit par une série de symptômes dont le nystagmus et la contracture des muscles cervicaux, s'opposant à l'exagération de l'inclinaison, sont les principaux.

Cette recherche des fonctions otolithiques doit être effectuée chez tous les malades présentant un trouble quelconque de l'appareil vestibulaire.

Syndrome de Ménière. Examen de l'appareil otolithique. (G. Canuyt et Terracol. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1924, p. 61.) — Dans un cas de syndrome de Ménière fruste, conditionné par une tympano-sclérose ancienne, avec atteinte du nerf cochléaire droit et intégrité apparente du nerf vestibulaire, les auteurs ont constaté une irritation du système otolithique sacculaire du côté droit.

Sclérose en plaques à forme labyrinthique. Considérations générales, sur la constitution clinique de la scérose en plaques : (J. A. Barré. *Rev. oto. neuro. oculist.* mars 1924, p. 193). — Les troubles labyrinthiques, y sont pour Barré plus constants et plus importants que les troubles cérébelleux.

Ce serait eux qui, en se combinant aux altérations pyramidales, donnent à la maladie ses carastéristiques les plus essentielles. Le défaut d'équilibre multiplie considérablement le déficit souvent minime de la force du mouvement volontaire.

A l'appui de cette hypothèse, B. rapporte l'observation d'une malade se présentant comme atteinte de sclérose en plaque, chez laquelle les troubles labyrinthiques dominent le tableau clinique.

Etude sur les troubles labyrinthiques dans la sclérose en plaques : (J. A. Barré et L. Ruys. *Rev. oto. neur. oculist.*, mai 1924, p. 338). — Sur 50 malades examinés, 48 présentent des troubles labyrinthiques.

Dans 22 cas ce sont eux qui ont débuté; dans 28 cas, ils sont apparus au cours de l'évolution.

1° Vertiges : 28 cas, généralement vertiges d'intensité moyenne, se reproduisant pendant quelques jours ou quelques semaines irrégulièrement et finissant par disparaître.

2° Titubation : *Troubles de l'équilibre, pulsion* : 38 cas. Ces troubles gênent ou aggravent la gêne de la marche. Latéropulsion, généralement du sens opposé à celui du nystagmus spontané,

3° Diplopie : 11 cas.

Nystagmus : 40 cas. Les auteurs attirent l'attention sur l'intérêt que présente le nystagmus de convergence que B. a préalablement décrit. Ce nystagmus se fait dans un seul sens et bat du côté opposé à celui du labyrinthe lésé ou inité. Les secousses sont plus rares et plus réduites que dans le nystagmus de latéralité.

On met en évidence par « l'épreuve du fil à plomb » la plus légère déviation du côté ou siège la lésion.

Epreuves labyrinthiques. — 1° *Epr. de Barany.* — Eau à 27 degrés : seuil normal 50 cm³.

22 cas seuil normal.
19 cas hypoexcitabilité.
6 cas hypoexcitabilité (une seule fois bi-latérale)

2° *Epr. voltaïque Babinski.* — 23 examens.

13 normaux : bilatéralement 9; unilatéralement 4.
5 hyperexcitables.
5 hypoexcitables.

3° *Ep. rotatoire.* — 100 cas, peu de renseignements.

Ces épreuves, jointes à l'examen clinique, permettent de reconnaître presque toujours les troubles labyrinthiques dans le sclérose en plaques. Ces troubles semblent se présenter plus particulièrement sous le type irritatif.

Contribution aux indications opératoires sur le labyrinthe : (Otto Bøserup. *Ann. des mal. de l'oreille.* T. XLIII. p. 48, janvier 1924). — Statistique portant sur 151 cas de labyrinthite observés à la clinique du professeur Schmiegelow.

Labyrinthites séreuses. — 48 cas, pas de trépanation du labyrinthe ; 1 méningite ; 48 guérisons.

Labyrinthites localisées. — 58 cas.

50 non opérés : 49 guérisons. 1 mort par « encéphalite purulente et abcès subdural ».

8 opérés : 2 morts par méningite le 10e et le 22e jour ; 1 mort par granulie ; 5 guérisons.

Labyrinthite destructive diffuse chronique. — 26 cas :

13 non opérés : 4 morts par méningite ; 9 guérisons.

13 opérés : 12 guérisons, 1 méningite.

Labyrinthite aiguë diffuse. — 19 cas : 2 non opérés : 1 mort par méningite ; 1 guérison.

17 opérés : 14 morts ; 12 par méningite ; 2 pour abcès du cerveau ; 3 guérisons.

Sur le nystagmus causé par la diathermie : (Professeur Kubo de Fukuoka *Ann. des mal, de l'oreille.* T. XLIII. fasc. 11. p. 1049. nov. 1924). — Ce nystagmus est recherché à l'aide d'une petite électrode appliquée dans la profondeur du conduit auditif externe. Distance d'étincelle 1 m/m. intensité 150 M. A.

Application unipolaire, la tête étant inclinée à 60 degrés au-dessus de l'horizon, nystagmus horizontal. La secousse rapide est toujours du côté excité. Ce nystagmus disparaît dans l'inclinaison de la tête de 30 degrés au-dessous de l'horizontale. Il réapparaît mais en direction opposée quand la tête est inclinée plus bas, le maximum répond à 120 degrés au-dessus de l'horizontale.

La force et la direction de ce nystagmus dépendent de la position de la tête.

Application bi-polaire, pas de symptômes dans l'inclinaison directe, mais nystagmus rotatoire très faible du côté de l'inclinaison si « la tête étant inclinée verticalement à 60 degré au- « dessus de l'horizon on la penche à 45 degrés vers une « épaule. »

Dans le *labyrinthe normal,* le nystagmus apparaît au bout de 30 à 40 secondes (extrêmes 25 et 75 secondes). Il existe un écart de 0 à 20 secondes entre les deux oreilles.

La durée du nystagmus est de 103 secondes en moyenne. La réaction à l'examen bi-polaire apparaît au bout de 40 à 65 secondes.

Cas pathologiques : L'otite externe, les polypes, l'otite moyenne chronique, les perforations du tympan, ne modifient en rien le nystagmus diathermique.

Ce procédé donne donc des résultats plus constants que le nystagmus calorique, son application ne présente aucun inconvénient.

BOUCHE. PHARYNX. ŒSOPHAGE.

Contribution à la Pathogénie et la symptomatologie de la fissure sous-muqueuse du palais osseux. (Molo. Seeman de Prague. *Arch. inter. laryn.*, avril 1924. p. 388). — La fissure sous muqueuse du palais osseux est due à une insuffisance de développement du vomer. Au toucher, on constate l'existence d'une fissure plus ou moins étendue à la partie postérieure du palais osseux.

Elle s'accompagne de troubles phonétiques en rapport avec le développement insuffisant du voile menbraneux.

La chirurgie « à la demande » dans le traitement des tumeurs malignes du massif facial supérieur. (P. Cornet. Paris 1924, L. Arnette.) — Envisagé du point de vue chirurgical, le massif facial supérieur présente trois étapes :

La *suprastructure* en connexion avec le squelette nasal et la cavité orbitaire.

L'*infrastructure* : voûte palatine et appareil dentaire supérieur.

La *mésostructure* représentée par la cavité sinusienne.

Envisagé du point de vue de l'esthétique facial, ce massif est circonscrit par trois « chevalets » que la chirurgie doit s'efforcer de respecter.

Le *chevalet supérieur* est le rebord inférieur de l'orbite (maxillo-malaire).

Le *chevalet interne* est représenté par l'union de la branche montante et des os propres.

Le *chevalet inférieur* est l'épais rebord alvéolaire où fait saillie la bosse canine.

Envisagé, enfin, du point de vue fonctionnel, ce massif présente deux régions importantes :

Le *plancher de l'orbite* dont la destruction voue à sa perte le globe oculaire.

La *voûte palatine* et l'*appareil dentaire supérieur.*

Les tumeurs malignes (conjonctives ou épithéliales) développées au niveau du massif facial supérieur, prennent le plus souvent leur origine au niveau des parois du sinus maxillaire.

A un stade « sinusien » succède un stade d'extériorisation, laquelle peut se faire :

En haut vers l'orbite, mais surtout vers le labyrinthe ethmoïdal ;

En dehors, au travers de la fosse canine ;

En bas, au travers des alvéoles dentaires dont le processus néoplasique a expulsé le contenu.

Le pronostic en est particulièrement sombre (exception faite toutefois pour le sarcome à myéloplaxes qui, à la mâchoire supérieure, conserve son caractère de bénignité relative).

A côté de ce type, et s'opposant à lui par une moins grande gravité pronostique, sont les tumeurs développées au niveau de l'infrastructure, tumeurs extrasinusiennes.

Il va de soi que la nature histologique de la tumeur conserve toute sa valeur et permet de présumer du succès ou de l'échec probable de l'intervention.

A ces tumeurs il était classique d'opposer la résection typique du maxillaire supérieur telle qu'elle a été fixée par Farabeuf.

Pour faire la critique de cette méthode, l'auteur envisage successivement les différents types de néoplasme propagé.

S'il s'agissait d'une tumeur de la superstructure, la résection typique est excessive, puisqu'elle supprime inutilement le système dentaire supérieur et le chevalet inférieur de l'esthétique faciale. Elle est, par contre, insuffisante puisqu'elle a négligé la région ethmoïdale, point de départ constant des récidives.

Dans le cas d'une tumeur occupant l'infrastructure, la résection typique est excessive et mutilante. Elle supprime inutilement le plancher de l'orbite et compromet sans raison la vitalité du contenu de cette cavité.

Lorsque la tumeur est encore à son stade sinusien, on conçoit facilement ce qu'une telle résection a d'exagéré.

Elle est, par contre, très insuffisante lorsque la tumeur a envahi la totalité du massif facial supérieur.

Il faut donc abandonner définitivement cette chirurgie systématique et lui substituer une chirurgie « à la demande », c'est-à-dire une résection atypique exactement proportionnée dans ses délabrements au siège et à l'étendue de la tumeur.

Cette chirurgie sera pratiquée avec le secours de l'anesthésie générale continue et à distance, soit à l'aide de la pipe de Delbet-Sebileau, soit à l'aide d'une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne par canule de Butlin-Poirier.

Tumeur de l'infrastructure. — Cette tumeur sera abordée par la bouche.

Après l'avoir circonscrite par une incision de la muqueuse passant au large, en tissu nettement sain, le bloc osseux ainsi circonscrit est ébranlé et isolé à la gouge et au maillet. La disjonction ptérygo-maxillaire s'effectue comme dans la résection classique. Le bloc ainsi mobilisé est enlevé à l'aide d'un davier de Farabeuf.

Dans le champ, largement exposé, on pourra facilement poursuivre l'éradication complète de la tumeur.

Tumeur de la superstructure. — Cette tumeur sera abordée par voie externe. La *rhinotomie paralatéro-nasale* de Sebileau, Moure et J.-L. Faure devient la voie d'élection. Elle donne un jour très large sur le carrefour ethmoïdo-maxillaire et permet également d'atteindre facilement la région ethmoïdo-sphénoïdale.

L'auteur décrit avec précision la technique de cette opération désormais classique. Il insiste sur la conduite à tenir vis-à-vis du canal lacrymal qui barre le champ opératoire.

Ce canal doit être disséqué et sectionné, puis récliné et protégé.

A la fin de l'opération on laissera pendre le canal librement dans les fosses nasales.

S'il s'agit d'une *tumeur de la mésostructure* on devra avoir

recours, soit à la *rhinotomie basse de Sebileau*, soit à la *résection fenêtrée de J. et L. Ducuing*, soit à l'*opération de Denker*, soit à l'*opération de Rouge*.

Enfin, lorsque la tumeur a envahi la *totalité du massif facial*, le plus souvent elle a franchi les limites de l'opérabilité.

Si l'intervention est décidée « on ira droit devant soi à la rencontre des tissus sains » (J.-L. Faure).

Etude anatomo-pathologique des fibromes naso-pharyngiens. (J.-R. Pierre. *Ann. des mal. de l'oreille*, Paris, février 1924, t. XLIII, p. 125.) — L'étude anatomo-pathologique des fibromes saigants de la puberté masculine souffre de la confusion si souvent faite entre la gravité évolutive du point de vue clinique et la malignité du point de vue histologique.

Par contre un certain nombre d'observations de fibromes naso-pharyngiens, doivent être rapportés à des myxomes, enflammés, et fibreux.

Cette étude porte exclusivement sur des tumeurs désinsérées. Les prélèvements sont faits, au niveau du pédicule, et perpendiculairement à la surface d'insertion; dans la portion pharyngienne; dans la portion nasale. Treize pièces ont été examinées.

1. *Zone d'insertion.* — Présente trois zones superposées :

Une *ostéocartilagineuse* (point d'implantation);

Une *périostique*, fasciculée très épaisse.

Une *pédiculaire* de tissu conjonctif néoformé riche en fibroblastes.

2. *Pédicule.* — Aspect de tissu fibreux plus ou moins évolué.

Fibres serrées en tourbillons ou en faisceaux ondulés. Les fibres ne s'anastomosent jamais.

Dans le feutrage, fibroblastes.

La proportion entre les fibres et les fibroblastes varient, donnant lieu à divers aspects.

Quelquefois transformation ostéoïde.

3. *Prolongements.* — Soit aspect de fibrome pur, soit aspect œdémateux (pseudo-myxome).

Le prolongement nasal présente en général une énorme infiltration œdémateuse et des réactions inflammatoires.

Dans ces cas, l'élément fibre a disparu, les cellules rares, sont semblables aux cellules myxomateuses. Infiltration leucocytaire.

4. *Vaisseaux.* — Très nombreux, ce sont presque uniquement des veines. Très abondantes à la périphérie, elles diminuent considérablement au niveau du pédicule.

Quelquefois, prédominance du tissu vasculaire sur le tissu fibreux (fibrome télangiectasique).

Les artères sont très rares.

Le fibrome est recouvert de l'épithélium nasopharyngien, dont l'appareil glandulaire peut subir une transformation adénomateuse.

Histogénèse. — Il y a génèse périostique; édification, organisation de la substance conjonctive indifférente en collagène.

Evolution de la région pédiculaire vers les dérivés conjonctifs les plus différenciés (ostéoïde, osseux, cartilagineux).

Evolution des prolongements vers le fibromyxome par intervention de processus dégénératifs. Cette dégénérescence étant favorisée par une nutrition défectueuse, les traumatismes et l'infection.

Le fibrome nasopharyngien se sépare complètement du sarcome par l'absence constante de monstruosités et d'atypies cellulaires. Le fibrome, refoule les tissus, les parois, il ne les envahit pas comme le sarcome.

De même le fibrome nasopharyngien se sépare complètement du fibroïde dur (fibromyxome). En effet celui-là est une tumeur conjonctive qui devient œdémateuse, alors que celui-ci est un simple œdème qu'une infection chronique sclérose peu à peu.

Le fibrome nasopharyngien constitue donc une véritable entité anatomique, dont la pathogénie et l'étiologie restent encore à élucider.

Quelques réflexions sur les brûlures de l'œsophage par caustiques. (G. Ill. *Ann. des mal. de l'oreille*, oct. 1924, XLIII p. 956.) — Le traitement des brûlures œsophagiennes par caustiques doit être le suivant :

Dès la brûlure. — Se renseigner sur la nature du caustique et faire ingérer une boisson neutralisante. Puis faire boire abondamment de l'eau glacée. Lavage d'estomac.

Dans les jours suivants : faire boire de l'eau boratée ou du sérum physiologique.

Du dixième au douzième jour. — Examen œsophagoscopique et passer une sonde 26 à 28 qu'on laissera en place pendant plusieurs jours. (De 2 à 10, suivant la façon dont elle est tolérée).

Dès que la cicatrisation est constatée œsophagoscopiquement, faire des dilatations progressives à la bougie.

Si le rétrécissement est très serré, la gastrostomie est souvent utile. On procèdera ensuite à la dilatation suivant les techniques habituelles.

Diverticules de l'œsophage. (Victor Fairen (de Saragosse). *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1924, t. XLIII, fasc. 1, p. 44.) — Etude des diverticules acquis. Ces diverticules surviennent chez des hommes âgés. Ils sont constitués par une évagination de la muqueuse, au travers d'un point faible de la paroi postérieure de la bouche œsophagienne. (Région pharyngo-œsophagienne). Ils entraînent de la dysphagie par spasmes et s'accompagnent de régurgitations fétides.

La radioscopie et l'œsophagoscopie conduisent facilement au diagnostic.

La diverticulopexie en est le traitement de choix. On fixe le diverticule aux muscles du cou, de telle façon que l'orifice en constitue le point déclive.

Cf. — Diverticule de l'œsophage guéri par diverticulopexie. (A. Hautaut. *Ann. des mal. de l'oreille*, oct. 1924, t. XLIII, fasc. 10, p. 1016.)

Contribution à l'étude clinique du méga-œsophage. (Sargnon. *Oto-rhino-laryngol. internat.*, août 1924, p. 428.) — L'auteur à propos de trois cas récents de méga-œsophage reprend une étude rapide de la question.

Bien que plus fréquents chez les adolescents et les adultes les méga-œsophages infantiles existent (un cas de Zenker chez le nouveau-né, un cas à douze ans).

Sargnon et Decheaume ont remarqué que certaines dilatations dites idiopathiques « ont évolué en même temps, parfois sont apparues après des manifestations morbides, gastriques, juxtacardiaques pulmonaires ou médiastinales (syphilitiques « tuberculeuses ou autres »).

Du point de vue de l'anatomie pathologique, Sargnon insiste :

1° Sur l'intégrité fréquente de la région cardio-diaphragmatique;

2° Sur le maximum des lésions à la périphérie de la tunique œsophagienne.

Eliminant la pathogénie nerveuse (spasme ou défaut de relâchement du cardia; troubles de l'innervation végétative); Sargnon fait également des réserves sur la théorie congénitale de Bard. Pour Decheaume, il semble que la dilatation soit le fait d'une altération inflammatoire des tuniques périphériques.

Après une période dysphagique, le méga-œsophage se caractérise par quatre grands symptômes :

Les régurgitations faciles et abondantes;

Les épreuves radioscopiques et radiographiques (plus nettes après insufflation d'air).

Le cathétérisme;

L'œsophagoscopie.

La troisième période est caractérisée par du spasme cardiodiaphragmatique; par l'impossibilité du cathétérisme; par des complications mécaniques, inflammatoires ou septiques, médiastinales.

Enfin, on a signalé la transformation néoplasique. De diagnostic facile, le traitement de choix est, pour Sargnon, la gastrostomie classique et peut-être, ultérieurement, l'œsophago-gastrostomie par la voie extraséreuse de Braine.

Accessoirement, interviennent les dilatations et les cardioplasties.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 17 JANVIER 1925)

Rôle du vacuome (appareil de Golgi) et du chondriome dans la formation des grains de sécrétion. — MM. PARAT et J. PAINLEVÉ, par des colorations vitales et des examens vitaux ou postvitaux, montrent que le chondriome ne prend pas une part directe aux sécrétions et que les processus élaborateurs ont lieu au niveau du système vacuolaire des cellules (pancréas en particulier).

Recherches sur les variations physiologiques du taux de la cholestérine dans le colostrum humain. — M. H. DORLENCOURT et Mlle E. PALFY. Le colostrum contient en moyenne 0g44 p. 1.000 de cholestérine, les chiffres extrêmes trouvés ayant été de 0g908 et 0g161. On observe des différences assez marquées entre les femmes et chez les mêmes femmes d'un jour à l'autre à l'exclusion de toute influence du régime. La tétée provoque des modifications appréciables. Contrairement à ce qui s'observe pour le lait, où la cholestérine augmente avec la graisse à la fin de la tétée, dans le colostrum le plus souvent la cholestérine diminue. La cholestérine est relativement beaucoup plus abondante dans le colostrum que dans le lait et contrairement à ce qui s'observe dans le lait, son abondance ne semble pas directement liée à la plus ou moins grande proportion de matière grasse, le colostrum étant pauvre en cet élément.

La cholestérine diminue depuis le jour de l'accouchement jusqu'à celui de la montée laiteuse. Au début de celle-ci, elle subit une augmentation transitoire très accusée, puis presque aussitôt une chute rapide qui la porte au taux habituel de concentration dans le lait (0g20 environ pour 1.000).

La réaction directe au diazonium comme élément de classification des ictères. — MM. Noël FIESSINGER et CASTÉRAN étudient les modalités de la réaction directe au diazonium. Celle-ci suivant sa plus ou moins grande rapidité a permis à Hymans van den Bergh d'opposer les ictères hépatiques, réaction prompte, aux ictères d'origine sanguine, réaction ralentie.

Des expériences in vitro sur des sérums ictériques dilués montrent que le retard de la réaction, quand il se produit, est moins en rapport avec le taux bilirubinique qu'avec la densité protéinique des mélanges et le fait qu'ils sont conservés à une température voisine de 37 degrés. La raison de ce retard semble en rapport avec le débit pigmentaire : la réaction reste prompte quand le débit est intense, elle devient ralentie quand le débit est minime ; dans ce dernier cas, il semble se produire une stagnation bilirubinémique.

Toutefois ni le laboratoire ni la clinique ne permettent de savoir la cause exacte de ce phénomène, adsorption de la bilirubine sérique sur les protéines, modification de la bilirubine, intervention de substances retardantes entravant l'accouplement au sel de diazonium.

M. BRULÉ. Les faits sont, en effet, extrêmement complexes, et la division proposée par M. Hymans van den Bergh doit être considérée par les cliniciens comme beaucoup trop schématique.

MM. DELAMARE et ACHITOUV déterminent les **indices de courbure de spirochètes schématiques.** L'écart entre l'indice maximum du spironème et l'indice minimum du tréponème considérés est suffisant pour ne pas s'opposer au classement des chiffres intermédiaires. Il est permis d'en inférer que, dans les conditions envisagées, la détermination des indices de courbure est à même de fournir un appoint digne de considération pour la caractérisation de certains éléments spiralés.

MM. JOLY et FERROUX montrent, par des expériences précises, **que l'action produite sur les organes lymphatiques par les rayons X est une action directe** et que, convenablement protégés, ces organes ne sont pas altérés. Du coup, l'existence de nécro-hormones agissant à distance, d'une façon indirecte, devient bien problématique.

MM. BEZANÇON et ETCHGOÏN apportent des microphotographies prouvant **l'existence, dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux contenant des bacilles de Koch, de spirilles.** Ces spirilles ne sont-ils pas voisins du *Sp. Vincenti*, demande le professeur VINCENT. Ne viennent-ils pas de la salive? questionne M. COMANDON. M. Bezançon répond qu'il a pris toutes les précautions pour que le crachat hémoptoïque ne soit pas mélangé de salive.

Eloge funèbre. — M. NETTER prononce l'éloge du professeur Edmond WEILL (de Lyon).

Les microbes bactériolytiques (« lysobactéries »). — M. L. ROSENTHAL. Il existe dans la nature des microbes possédant la propriété de pouvoir dissoudre d'autres bactéries (v. cholérique, b. typhique, b. coli, b. proteus, staphylocoques, diplocoques, etc.). Cette propriété se rencontre entre autres dans les bactéries du groupe tyrothrix.

L'auteur propose de désigner ce genre de bactéries sous le nom de « microbes bactériolytiques » ou « lysobactéries ».

— Réunion biologique de Lyon (séance du 15 décembre 1924) :

Essais d'anaphylaxie chez le cobaye par des peptones de muscles et de viscères de cet animal. — MM. F. ARLOING et L. LANGERON ont constaté qu'il est difficile de sensibiliser ou de choquer un cobaye avec des albumines provenant de cette espèce animale. Si l'on peptonise, en effet, des organes de cobayes (foie, cœur, poumons, reins) ou des muscles et qu'on les emploie pour la sensibilisation ou le choc, on observe qu'avec une albumine homologue entrant normalement dans la constitution de son organisme, le cobaye n'est susceptible ni de sensibilisation, ni de choc déchaînant ; que, sensibilisé par une hétéro-albumine étrangère à son espèce (caséine de lait de vache), il est capable d'être choqué légèrement par une albumine homologue provenant des tissus d'un sujet de son espèce ; et que, sensibilisé par une albumine homologue, il peut être choqué violemment par une albumine hétérogène.

Notes sur le développement anormal des fibres musculaires lisses dans les foyers d'inflammation syphilitique. — M. FAVRE a été frappé de la fréquence avec laquelle on rencontre dans les foyers d'inflammation chronique de nature syphilitique des néoformations de fibres musculaires lisses.

Il les a signalées autrefois dans les scléroses pulmonaires; il attire aujourd'hui l'attention sur leur développement dans les tissus des ulcères dits variqueux qui sont le plus souvent sous la dépendance de phlébites syphilitiques.

L'inflammation syphilitique se montre très apte à imprimer à la cellule conjonctive une déviation fonctionnelle qui la conduit à sa transformation en fibre musculaire lisse.

Sur l'absence de propriétés microbicide et infertilisante de l'essence de calycanthus occidentalis. — MM. BRETIN, ROCHAIX et ROUX montrent que l'essence qui se trouve dans cette plante en si grande abondance et qui se rapproche, en particulier par sa richesse en cinéol, de l'essence d'eucalyptus, ne possède aucune propriété microbicide ou infertilisante.

— (Séance du 19 janvier 1925) :

Recherches comparatives de l'action de divers agents physiques sur le bactériophage, une diastase et le complément. — MM. F. ARLOING, L. LANGERON et SEMPE constatent que le principe bactériophage se rapproche par la façon dont il se comporte à l'égard d'agents physiques d'autres ultravirus connus (fièvre aphteuse, rage, maladie des jeunes chiens, etc.) et se différencie de substances ou de propriétés humorales bien caractérisées (diastase, uréase du soja, complément du sérum).

Ainsi, l'uréase agit en deux minutes, le complément en trente minutes, le bactériophage en vingt heures. La dose nécessaire peu importante pour l'uréase et le bactériophage joue un rôle très net pour l'alexine. Le vieillissement détruit le complément et la diastase, agit moins sur le bactériophage. L'agitation détruit le complément et reste sans effet sur l'uréase et le bactériophage. La filtration sur bougie L3 détruit le complément et la diastase indiffère au bactério-

phage. L'adsorption par des poudres inertes ou un précipité colloïdal se réalise pour la diastase et le complément; par contre, le bactériophage leur échappe, mais est adsorbé par les globules rouges comme d'autres virus filtrants.

Propriétés empêchantes des eaux de l'Isère à l'égard de diverses cultures microbiennes. — MM. Fernand Arloing et Chavanne ont vu que les eaux fluviales de l'Isère ont une action empêchante très accusée, presque complète à l'égard des cultures liquides du bacille typhique et du paratyphique A. Cette action est surtout marquée pour les eaux puisées en amont ou en aval de la ville de Grenoble.

Les eaux de l'Isère ne possèdent pas le pouvoir anticoli si intense avec l'eau de la Saône et aussi très net avec l'eau du Rhône. Par contre, l'Isère a des propriétés empêchantes remarquables à l'égard du paratyphique B qui sont très faibles ou inexistantes dans la Saône ou le Rhône.

Aspect de diverses cultures microbiennes à la lumière de Wood. — MM. Policard, F. Arloing et L. Langeron, examinant cinquante-deux espèces microbiennes différentes, notent que les bactéries n'offrent, en dehors des races du bacille tuberculeux et des bacilles acido-résistants, aucune teinte spéciale à la lumière de Wood. Les diverses races du bacille tuberculeux présentent à cette lumière des colorations spéciales nettes, mais peu intenses. Les bacilles acido-résistants ont des colorations particulières beaucoup plus intenses. Les mycoses offrent les colorations les plus vives.

Il existe donc une gamme dans l'intensité des colorations spéciales offertes par les colonies microbiennes augmentant progressivement depuis les bactéries jusqu'aux mycoses.

(SÉANCE DU 24 JANVIER 1925)

MM. N. Kleitman et A.-B. Chauchard exposent les résultats de leurs recherches quantitatives sur **l'excitabilité des nerfs moteurs de la pupille.** Ils ont déterminé la chronaxie des fibres irido-motrices avant et après le ganglion cervical supérieur (fibres irido-dilatatrices), avant et après le ganglion ophtalmique (fibres irido-constrictrices). La chronaxie des fibres postganglionnaires s'est toujours montrée plus petite que celle des fibres préganglionnaires.

Le stovarsol est contre le paludisme aussi actif que la quinine. — MM. Marchoux et Ohen. Se fondant sur l'action nocive de ce produit sur d'autres protozoaires parasites, les auteurs ont étudié son action sur des accès paludéens produits expérimentalement par l'inoculation de sang de paludéen à des paralytiques généraux. Les résultats ont été excellents. Les premiers parasites atteints sont les hématozoaires pigmentés, les schizontes âgés et les gamètes.

MM. Joly et Ferroux. **L'adrénaline** injectée préventivement dans un ganglion lymphatique **empêche de se produire les lésions déterminées par les rayons X.** De même, lorsqu'elle est injectée dans les vaisseaux afférents du ganglion.

Quelques particularités sur l'anatoxine dysentérique. — MM. Lesbre et Verdeau. Une anatoxine stable est obtenue à partir d'une toxine filtrée chauffée à 40 degrés pendant un mois et addition de 6 degrés pour 1000 de formol.

Cette anatoxine s'est montrée nettement immunisante par voie sous-cutanée et par voie digestive chez le lapin contre le bacille dysentérique et contre sa toxine.

Bacillus fœcalis alcaligène. — MM. Lesbre et Verdeau. L'étude de six souches de bacillus fœcalis alcaligène a montré des caractères spécifiques convergents en ce qui concerne l'agglutination et la déviation du complément, partiellement divergent, en ce qui concerne les milieux vaccinés et l'acido-agglutination de Michaëlis.

Séance plénière. — Elle aura lieu le 24 avril 1925, à 10 h. du matin. Deux questions sont mises à l'ordre du jour :

1° *La plaque motrice.* — Rapport du professeur Del Rio Hortega (de Madrid).

2° *Rapports nucléo-protoplasmatiques.* — Rapport du professeur Godlewski (de Cracovie).

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 19 JANVIER 1925)

Un cas de résorption gingivo-alvéolaire, non pyorrhéique, chez un jeune homme de vingt ans reconnaissant une cause trophique probable d'origine indéterminée. — M. Lacronique.

Régularisation chirurgicale des bords alvéolaires des maxillaires en vue d'une prothèse. — M. Leclercq.

Malformation congénitale d'origine hérédosyphilitique consistant en une atrophie du massif facial avec absence des deux parotides, atrophie de la sous-maxillaire droite et des glandes lacrymales. — M. Raison.

Transformation de la dentine en émail chez le sanglier et le porc. — M. Retterer. Chez ces animaux l'étude hystologique des dents permet de constater que l'émail vient de la dentine et que le facteur le plus important de la formation de l'émail est l'action mécanique.

Premières recherches bactériologiques sur l'infection chronique de la pulpe et de l'apex. — MM. Kritchewski et Seguin. La flore microbienne de ces infections est surtout anaérobie, elle est constituée par des microbes peu abondants et très résistants à la dessiccation et aux antiseptiques et cette infection chronique est susceptible de se transformer en infection aiguë. Enfin les microbes acidophiles ou acidogènes sont les antagonistes des agents de la putréfaction dans les infections chroniques de la pulpe et de l'apex.

Vaccinothérapie locale de la pyorrhée. — M. Duchange. Cette méthode ne donne pas les résultats qu'elle laissait espérer; elle ne procure que des améliorations passagères analogues à celles des autres traitements préconisés jusqu'à ce jour. La suppuration qui n'est qu'un épiphénomène de la maladie de Fauchard est diminuée ou tarie, ces inconvénients sont nuls ou rares; elle constitue donc une méthode adjuvante mais non pas un mode de traitement définitif.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

COMPLICATIONS DE LA ROUGEOLE [1]

1° Forme a foyers disséminés. — La percussion révèle une zone de submatité aux bases ou dans la région hilaire. L'auscultation décèle un foyer de râles fins, éclatant en bouffées, surtout après de fortes inspirations, s'accompagnant d'une respiration soufflante et surtout d'un retentissement marqué de la voix, ou mieux du cri chez l'enfant, et de la toux.

Ces foyers sont extrêmement mobiles et se déplacent d'un point à un autre du même côté, ou du côté opposé. Parfois aussi il existe deux foyers simultanés.

La température dans ces formes est assez irrégulière, oscillant entre 38 et 39 degrés, et l'apparition d'un foyer nouveau se traduit en général par une recrudescence de la fièvre. Mais l'évolution se fait ordinairement vers la guérison après un temps plus ou moins long et une défervescence lente, progressive.

2° Forme pseudo-lobaire. — Ici les signes sont plus groupés et traduisent l'existence d'un foyer unique de condensation, sinon d'hépatisation.

La percussion rend un son mat sur une certaine étendue. Les vibrations, lorsqu'elles sont perçues, sont souvent augmentées. Et l'auscultation permet d'entendre un souffle assez intense, à timbre presque tubaire et entouré de râles sous-crépitants très fins. Le cri et la voix présentent un retentissement exagéré.

Les signes généraux sont moins accentués. La température est d'ordinaire plus régulière, la courbe dessinant un plateau à faibles oscillations.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 10, p. 161.

L'évolution est presque cyclique, comme celle d'une pneumonie, et aboutit souvent à une défervescence brusque, ou tout au moins rapide.

C. **Broncho-pneumonie subaiguë : Forme pseudo-tuberculeuse de Hutinel.** — Il s'agit au début d'une broncho-pneumonie qui évolue sans caractère spécial de gravité. Mais la guérison tarde à se produire. La fièvre persiste longtemps : modérée, surtout marquée le soir. Localement les signes s'accentunt : les râles deviennent plus humides, prennent un timbre cavernuleux. De même l'état général s'altère : le petit malade maigrit, s'alimente mal, présente de la diarrhée. Son teint pâle, son aspect fatigué donnent l'impression d'une évolution bacillaire et cette impression semble confirmée par l'existence d'adénopathies, d'hepatomégalie. Mais en réalité lorsque la mort se produit l'autopsie ne révèle aucune lésion de nature tuberculeuse. Si au contraire la guérison survient, il est rare qu'elle soit complète, et ce sont ces formes qui d'ordinaire laissent après elles des séquelles telles que l'emphysème pulmonaire, ou la dilatation des bronches évoluant pour leur propre compte.

Autres complications pulmonaires. — Elles sont beaucoup plus rares. Ce sont : *La pneumonie* d'ailleurs difficile à distinguer de la forme pseudo-lobaire, surtout lorsqu'elle est associée au catarrhe bronchique. L'examen radioscopique est souvent nécessaire pour trancher ce diagnostic (ombre triangulaire à base axillaire).

Son pronostic est moins grave que celui des broncho-pneumonies.

La congestion pulmonaire s'associe souvent à la broncho-pneumonie sous formes de poussées plus ou moins fugaces. Elle est rarement isolée, et son diagnostic est très délicat (Cadet de Gassicourt).

La pleurésie purulente, la gangrène pulmonaire, s'observent rarement.

Rapports de la rougeole avec la tuberculose. — Avant de quitter l'appareil respiratoire, il nous faut dire un mot des rapports qui existent entre ces deux maladies. On sait que la rougeole est le type des maladies tuberculisantes : elle met l'organisme en état d'anergie temporaire (suppression de la réaction à la tuberculine). Elle peut donc, soit aggraver des lésions préexistantes, soit réveiller des lésions latentes, soit enfin prédisposer les sujets sains à l'infection bacillaire. Celle-ci peut réaliser différentes formes.

a. *Broncho-pneumonie tuberculeuse* : elle débute comme une broncho-pneumonie simple. Mais l'évolution se prolonge au delà des délais ordinaires. On note l'apparition des signes d'excavation. La cuti-réaction pratiquée à ce moment chez le jeune enfant est positive.

b. *Adénopathie trachéo-bronchique.*

c. *Tuberculose pleurale-osseuse.*

d. *Tuberculose diffuse* : soit granulie pulmonaire aiguë type bronchite capillaire, soit granulie généralisée avec méningite tuberculeuse.

COMPLICATIONS DIGESTIVES

Stomatites. — On connaît la stomatite morbilleuse du début, non pas seulement la stomatite erythémato-pultacée de Comby, qui peut se voir dans un certain nombre d'affections, mais surtout l'exanthème si caractéristique qui constitue le signe de koplick. En dehors de ces faits, il faut décrire comme véritables complications :

A. La stomatique ulcéro-membraneuse : ulcérations arrondies, ou ovalaires, saignantes à fond grisâtre, parfois recouvertes d'un enduit diphtéroïde,

B. La stomatite gangréneuse ou noma : qui débute tardivement, sur la face interne des joues, sous la forme d'une tache violacée, puis phlycténulaire qui bientôt s'ulcère, gagnant en surface, et en profondeur vers la peau de la joue, et donne lieu à une escharre noirâtre qui fait s'éliminer.

Cette forme qui s'observe surtout chez les sujets débilités, s'accompagne ordinairement d'une altération très grave de l'état général, et se termine le plus souvent par la mort.

L'entérite revêt deux aspects : entérite dysenteriforme ; cholériforme avec déshydration s'observe souvent dès le début de l'exanthème (catarrhe intestinal), mais a une évolution généralement passagère.

Trousseau insistait sur le mauvais pronostic de cette manifestation lorsqu'elle se prolonge assez longtemps.

L'appendicite aiguë a été signalée exceptionnellement, et, peut-être, par simple coïncidence.

Complications portant sur les organes des sens. — Une des plus fréquentes est l'*otite*, et ceci s'explique par l'infection des fosses nasales si commune dans la rougeole Trousseau déclarait que toute élévation de température dont on ne trouve pas la raison doit faire pratiquer un examen des oreilles.

C'est qu'en effet si dans certain cas l'otite se traduit par des symptômes cliniques nets, les cas sont loin d'être rares où cette complication reste latente durant toute son évolution, ou jusqu'à la perforation spontanée du tympan et l'écoulement du pus par le conduit auditif. Méconnue, elle risque donc d'être à son tour le point de départ de nouvelles complications, mastoïdiennes, méningées, ou cérébrales. *Les complications oculaires* sont moins fréquentes, et il s'agit ordinairement des conjonctivites purulentes, observées surtout chez des enfants mal soignés. La kératite, la panophtalmie sont rares.

COMPLICATIONS CUTANÉES

L'infection cutanée est presque banale chez les enfants atteints de rougeole, soit au cours de la maladie, soit surtout à la convalescence. Elle peut revêtir toutes les formes : qu'il s'agisse d'impetigo, de miliaire suppurée, d'eczéma, de furonculose localisée ou généralisée, voire même de pemphigues aigu. Il semble que la rougeole prédispose particulièrement les petits malades à toutes ces infections. Mais si elles prolongent la convalescence, elles sont en général d'un pronostic bénin, sauf toutefois le pemphigus aigu dont on connaît la gravité.

On décrivait autrefois des complications gangréneuses, cutanées, buccales (noma), vulvaires, qui sont aujourd'hui devenues exceptionnelles grâce aux soins de propreté.

Il nous reste à signaler la possibilité de complications cardiaques, hépatiques, rénales ou nerveuses, mais celles-ci, ainsi que nous l'avons dit dès le début ne sont pas spéciales à la rougeole, et s'observent dans toutes les maladies infectieuses, éruptives ou non. Plus importantes à connaître sont les associations morbides qui assombrissent considérablement le pronostic des deux affections. Nous avons vu l'extrême gravité du croup chez les rougeoleux. De même lorsque la rougeole complique une diphtérie, le pronostic est presque fatal.

De même l'association rougeole et coqueluche, expose presque nécessairement le malade aux complications broncho-pulmonaires. L'association rougeole avec une des autres maladies scarlatine, varicelle ou variole est également d'un pronostic grave.

Conclusion. — En résumé le pronostic de la rougeole est dominé par l'apparition des complications, et le principal danger, à ce point de vue, provient de la fréquence des atteintes broncho-pulmonaires. Celles-ci, certes plus fréquentes à l'hôpital qu'en ville, doivent être surtout redoutées chez les enfants débilités qui dès le début de la maladie, présentent ces infections buccale, nasale ou phryngée qui leur donnent si mauvais aspect, ou ces laryngites intenses, avec toux et voix couvertes, éraillées dont nous avons vu la gravité (Mlle Guillemain).

Leçons urologiques de la clinique, par les docteurs Georges Luys, Stéphen Chauvet, A. Jalifier et R. Villemin. Une brochure in-8 raisin de 112 pages avec 39 figures. — Prix : 3 fr. — Paris, Edition de la Clinique, 18, rue de Grenelle.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
BELGIQUE et ITALIE. . . **40 fr.** — UNION POSTALE. . . . . **50 fr.**
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Assistants d'électro-radiologie des hôpitaux. — Sont reconnus aptes aux fonctions d'assistants de radiologie, dans l'ordre suivant :

MM. Chenot, Azoulay, Marchand, Blanche, Lehmann, Nadal, Thoumas et Mlle Delaplace.

— Internat en pharmacie. — Le concours annuel pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sera ouvert le jeudi 14 mai 1925, à 9 h. du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration centrale (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du mercredi 15 au mercredi 29 avril inclusivement.

HOMMAGE AU DOCTEUR FLORAND. — Le 8 février, à l'hôpital Lariboisière, les élèves et les amis du docteur Florand se sont réunis pour lui remettre une médaille à l'occasion de son départ des hôpitaux et lui manifester ainsi leur estime et leur affection.

Dans une belle œuvre, l'artiste Prudhomme a gravé les traits du maître et reproduit un des actes de sa vie hospitalière, la ponction d'un pleurétique en position couchée, Florand ayant attaché son nom à cette méthode de thoracentèse simplifiée.

Le Président de la République s'était fait représenter à cette cérémonie que présidait le professeur Marfan.

Celui-ci, après avoir rappelé les liens d'amitié qui l'unissaient au docteur Florand, nous fit pénétrer dans l'intimité de sa vie familiale, retraça les étapes de sa carrière, ses succès de clientèle, son remarquable sens clinique, les qualités de son enseignement si suivi et il pouvait conclure en disant : « Mon cher Florand, tu peux regarder la vie avec fierté, elle a été traversée d'événements contraires, mais elle a été magnifiquement remplie et tu en as retiré trois choses qu'il n'est pas si commun de trouver réunies : l'amour de tes enfants, l'affection de tes amis et la reconnaissance de tes malades. »

Le professeur Sebileau, après avoir évoqué de vieux souvenirs, rappela ce que la guerre avait eu de cruel et de glorieux pour M. Florand. Il montra avec quel courage simple, silencieux, réfléchi, ce vrai médecin avait supporté la douleur et la mutilation pour reprendre, dès que ses forces le lui permirent, ses visites et son enseignement dans cet hôpital Lariboisière, dont la fréquentation semblait être la condition même de sa vie, dans cet hôpital, comme le lui rappela M. le directeur de Lariboisière dont il avait largement contribué à accroître la renommée.

Le docteur Queyrat apporta le salut de la petite patrie, la Creuse, qui a vu naître Grancher, Quinquaud, Babonneix, et qui est fière aujourd'hui du glorieux hommage rendu à un de ses enfants.

Au nom des anciens internes de M. Florand, le docteur Nicaud lui exprima la profonde reconnaissance et l'attachement affectueux que tous conservent au maître excellent qui les a instruits, aidés et toujours conseillés avec tant de paternelle sollicitude.

Le docteur Florand, très ému de tous ces témoignages d'affection, remercia ceux qui avaient si bien traduit les sentiments de toute l'assistance.

Au milieu de tant de sympathies, il a dû éprouver une des plus douces et des plus belles émotions de sa carrière.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Le projet de création d'une chaire de puériculture.* — Au sujet du vœu de la Faculté de médecine de Paris que nous avons publié (1924, n° 103, p. 1697) le ministère de l'Instruction publique communique la note suivante :

« La création à la Faculté de médecine de l'Université de Paris d'une chaire de puériculture a donné lieu à des informations et à des commentaires inexacts, en contradiction avec les règlements universitaires. *Conformément aux instructions générales du gouvernement, le ministre de l'Instruction publique n'a demandé au projet de budget pour 1925 aucune création de chaire dans les facultés.* La chaire de puériculture a fait l'objet d'un amendement d'initiative parlementaire régulièrement déposé à la Commission des finances de la Chambre des députés. Le ministre s'est borné à reconnaître l'intérêt que

pourrait, en effet, présenter une telle chaire pour l'avenir de l'École de puériculture de la Faculté de médecine comme pour le développement de l'hygiène de l'enfance et la lutte contre la dépopulation. Ce n'est que postérieurement à la délibération de la Commission des finances et au vote de la Chambre que la majorité des professeurs de la Faculté de médecine a cru devoir manifester son avis dans des conditions qui, d'ailleurs, ont provoqué les observations du ministre. Au reste, la Chambre n'a fait qu'user du droit qu'elle tient de la Constitution. Le Parlement peut voter le crédit nécessaire à la création d'une chaire qu'il estime utile sans la moindre consultation préalable; il a usé à plusieurs reprises de ce droit depuis quelques années, et les universités ont grandement bénéficié de ces dispositions généreuses. Une manifestation comme celle de certains professeurs de la Faculté de médecine et les polémiques qui en ont été la suite ne peuvent qu'être contraires et nuisibles aux intérêts des facultés. La question se présente autrement quand la création d'une chaire est proposée par le ministre : la consultation de la Faculté n'est pas obligatoire, mais seulement l'avis du Conseil de l'Université et de la section permanente du Conseil supérieur de l'Instruction publique. »

— Dans une de ses dernières séances, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé, par 24 voix contre 12 et 3 bulletins blancs, que la permutation de la chaire d'histoire de la médecine à la chaire d'anatomie pathologique, devenue libre par la mise à la retraite de M. le professeur Letulle, n'aurait pas lieu.

— *Thèses récompensées.* — La Faculté a décerné les prix suivants pour l'année 1924 :

Médailles d'argent. — MM. Aubin, Azoulay, Bertrand, Blamoutier, Blanche, Bocage, Boulanger, Braine, Cochez, Couvreux, de Gennes, Dhers, Differdange, Fouet, Hartmann, Mlle Labeaume, MM. Lagrange, Laplane, Lessertisseur, Lestocquoy, Levesque, Libert, Malassez, Marie, Marquezy, Robert, Montassut, Nechkovitch, Nguyen van Tung, Mme Nicolesco, née Maniu, MM. Nora, Oberlin, Pierre, Pineyro, Reinhold, Ravina, Rivalier, Ruppe, Tourneix, Walter (H.), Walther (P.), Xoudis.

Médailles de bronze. — MM. Arbeit, Auvigne, Barbier, Bardy, Bézelis, Biancani Daveggio, Colombani, Grebessac, Dansac, Degueret, de Manet, de Massary, Destouches, Dubois, Duval, Florand, Fruchaud, Gambillard, Ginsburg, Girard, Mlle Javouhey, MM. Largeau, Lecharpentier, Lemesle, Lemperière, Lorion, Maigre, Marteret, Mathias, Meyer, Mouritch, Miloch, Nida, Potel, Prieur, Quermonne, Rakotomalala, Mme Reymond, née de Gentille, MM. Robin, Rouffac, Tureau, Vaglianos.

IIIe CONGRÈS NATIONAL ESPAGNOL DES SCIENCES MÉDICALES. — On annonce que le IIIe Congrès national espagnol des sciences médicales aura lieu à Valence en 1928.

HÔPITAL BROUSSAIS. — COURS DE PRATIQUE CARDIOLOGIQUE, sous la direction de M. le docteur Ch. Laubry, avec la collaboration de MM. les docteurs Daniel Routier, Jean Walser, assistants, Pierre Oury, ancien interne, et de MM. Marchal, interne médaille d'or, et Thomas, interne du service. Du 2 au 14 mars 1925, tous les jours, de 10 h. à midi.

En outre des leçons théoriques MM. les médecins inscrits au cours seront invités à assister aux consultations de policlinique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang qui auront lieu les mardis, jeudis et samedis, de 9 h. 1/2 à 11 h., ainsi qu'aux leçons cliniques faites au lit du malade par M. le docteur Ch. Laubry les lundis, mercredis et vendredis, mêmes heures.

Droit d'inscription : 150 francs. S'adresser dès maintenant à M. le docteur Daniel Routier, à l'hôpital Broussais, directement, de 10 h. à midi, ou par correspondance.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Breton (de Nice), Chiwy (de Bastogne), Courrejou (de Nîmes), Defosse (de la Ciotat), John Fraser (d'Edimbourg), Moulinier (d'Excideuil), Raül Correa Rustos (de Buenos-Aires) et Armel Soubise (de Fontenay-aux-Roses).

PRATIQUE MÉDICALE

UNE MÉDICATION ÉTIOLOGIQUE ACTIVE DE LA CONSTIPATION PAR ACHOLIE OU CONSTIPATION HABITUELLE (1).

Par le docteur E.-L. GALAND.

L'école moderne a montré que, le plus souvent, la constipation est due à une insuffisance biliaire facile à reconnaître à la décoloration des fèces. Souvent, l'entérite chronique elle-même, n'a pas d'autre origine. Il s'agit d'un dysfonctionnement cellulaire, d'un trouble de la fonction biligénique. Le docteur E.-L. Galand admet cette origine et cherche dans l'opothérapie biliaire, le moyen de la modifier. Après Vialard et Larcher, cet auteur fait appel à l'association des acides biliaires purs et de l'héxaméthylène-tétramine qu'il considère comme l'agent actif tout à la fois de l'opothérapie et de la désinfection biliaires.

Il cite de nombreuses observations personnelles de constipation chronique habituelle très améliorées par cette méthode et donne à ses recherches les conclusions suivantes :

« Lorsque la constipation s'accompagne d'un état plus ou moins accusé d'acholie, notre traitement amène d'excellents résultats dans plus des deux tiers des cas. Les selles reprennent une consistance normale, se colorent et se régularisent. Ce résultat se maintient longtemps et la constipation ne reparaît pas.

Chez les malades qui, après la régularisation des selles, veulent suivre cette méthode thérapeutique, pendant environ quinze jours par mois, la fonction intestinale reste normale et les symptômes d'entérite s'éloignent progressivement.

Lorsque nous n'obtenons que des résultats passagers ou insuffisants, nous pensons qu'il s'agit d'une entérite étiologiquement mal définie, qu'il s'y mêle d'autres éléments provocateurs ou que la cellule hépatique lésée réagit mal à la médication.

En un mot, nous estimons que le traitement de la constipation n'est pas dans les laxatifs ou dans les seuls cholagogues, mais qu'il se trouve représenté par la stimulation régulière du fonctionnement hépato-biliaire. Il faut ramener le cours naturel de la bile dans l'intestin et pour cela agir, tout à la fois, par l'opothérapie et la désinfection. Nous sommes ainsi de l'avis de Vialard lorsqu'il écrivait « l'Association des acides biliaires purs et de l'héxaméthylène-tétramine » désignée sous le nom de Félamine agit d'une façon rapide, sûre, durable et n'occasionne aucun spasme intestinal douloureux. »

Nous ajouterons seulement ces quelques lignes : ce médicament représente le traitement physiologique actif de la constipation, quand on l'emploie aux doses voulues et pendant le temps nécessaire à une opothérapie hépato-biliaire efficace.

Traité élémentaire de clinique thérapeutique, par le docteur Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris. Onzième édition entièrement refondue. Grand in-8 de XIV-1408 pages. — Prix : broché, 70 francs; cartonné, 85 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) *Le Concours médical*, 30 novembre 1924.

REVUE GÉNÉRALE

CRISES GASTRIQUES [1]

Par M. R. LEVENT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Anatomie pathologique. Pathogénie. — On a cherché d'abord dans des lésions de l'estomac la raison des troubles fonctionnels. Si dans certains cas, ulcus, cancer, gastrites, syphilis gastrique, la lésion gastrique a été aisément reconnue, sa nature ni sa localisation ne suffisent en général à expliquer l'allure particulière de la crise.

Par contre, dans les crises d'autre origine, il ne semble pas qu'aucun auteur ait réussi à mettre en évidence de lésions gastriques susceptibles d'expliquer ni la modalité des crises ni même leur existence. Il ressort en effet de l'ensemble des statistiques que les lésions de l'estomac sont exceptionnelles.

Graves, Rendu, Dubar et Leroy, Devic n'ont rien trouvé. Vallas et Cotte ont noté une dilatation variqueuse des veines superficielles de l'estomac mais seulement après des crises gastriques accompagnées d'hématémèses. Tripier, Pierret, Déjerine n'ont vu que des altérations minimes, de même Gilles de la Tourette et Straus. Jean a observé des lésions analogues à celles de la gastrite subaiguë; de même Leyden.

Il est à noter que ces lésions peuvent résulter de lésions nerveuses; elles sont en effet analogues à celles qu'ont réalisées Lion et Theohari, et Ophuls par lésions du pneumogastrique et Laignel-Lavastine par lésions du plexus solaire et ressemblent à celles qu'on peut voir chez des paralytiques généraux avec crises gastriques et que Krug attribue à la polynévrite.

Enfin, les lésions décrites par Eichhorst ne semblent guère différer de celles de la gastrite chronique banale, compliquée ou non de gastrite interstitielle. D'ailleurs, même au cas où l'on trouve une modification du chimisme gastrique, Bickel admet qu'il s'agit d'un trouble fonctionnel d'origine nerveuse et qu'à l'opposé de ce qui se passe dans des gastropathies organiques, le rôle du parenchyme sécréteur y est nul. Ceci s'accorde avec les conclusions de Hayem et Babon qui ont montré que dans le cas du tabes, le type sécrétoire était sans influence sur l'apparition de la crise et sur son évolution. On ne peut cependant, à l'heure actuelle, nier absolument le rôle des lésions gastriques; et il faut, semble-t-il, leur réserver, même dans le tabes, au moins un rôle accessoire d'agent provocateur ou modificateur de crises dont la cause réelle gît ailleurs.

Ce serait seulement un rôle accessoire aussi qu'il faudrait reconnaître aux modifications de la tension artérielle, quelle qu'en soit l'origine. Pal, lui-même, a modifié ses vues premières qui faisaient de l'hypertension mésentérique la cause de la crise gastrique, par compression de filets du plexus solaire. Demètre (de Bucarest) a montré en effet l'existence des crises avec hypotension. De leurs observations, ainsi que de celles de Claude et Cotoni, il semble qu'il faille seulement retenir la participation du système vago-sympathique que dénotent aussi divers troubles de la sensibilité et des reflexes.

Les lésions du système nerveux sont au contraire plus perceptibles bien que diversement interprétées. Chez les tabétiques, chez les syringomyéliques, on trouve des lésions médullaires carastéristiques; de même au cours des diverses affections causales; mais dans les affections nerveuses comme dans les autres, des lésions particulières sont indispensables à la réalisation des diverses modalités de la crise.

Buzzard, dès 1880, puis Leyden incriminaient la sclérose du pneumogastrique que les examens anatomiques n'ont pas montrée bien fréquemment. Pierret, Oppenheim, Landouzy et Déjerine constatèrent au niveau du bulbe des lésions nucléaires du nerf vague qui semblent rares, surtout isolées, comme elles devraient l'être; les tabes à type bulbaire inférieur semblent exceptionnels.

Pour de Massary, il y aurait dégénérescence du protoneurone centripète dont le centre trophique est le ganglion plexiforme. Selon Gache, enfin, par traumatisme ou par intoxication se trouveraient lésées les terminaisons gastriques du pneumogastrique, lésions malaisés à constater.

Toutes ces modifications anatomiques ne semblent pas permettre d'explication absolument satisfaisante. Du côté du système sympathique, au contraire, les lésions paraissent plus constantes; elles ont pu être reproduites expérimentalement et semblent fournir l'élément qui donne aux diverses crises gastriques leur cachet particulier. Comme le pense Foerster, il est probable que le pneumogastrique ne joue qu'un rôle accessoire.

L'autopsie d'un certain nombre de tabétiques a montré en effet à J.-Ch. Roux que les habituelles lésions de sclérose des cordons postérieurs et des racines postérieures amenaient au niveau de ces racines la disparition du plus grand nombre des fibres à myéline courtes du sympathique, ce qui contraste avec la conservation des grosses fibres à myéline et des ganglions. Les fibres courtes qui sont sensitives ont leur centre trophique dans la moelle. Elles forment le protoneurone sympathique et vont se terminer dans le ganglion rachidien où elles s'articulent avec les fibres de Remak se rendant aux organes périphériques. Elles sont intéressées quand la racine postérieure est lésée. Dans le tabes confirmé, les lésions aboutissent, par la névrite transverse décrite par Nageotte, à la dégénérescence wallerienne. J.-Ch. Roux a reproduit expérimentalement ces lésions chez le chat en lésant la racine postérieure entre la moelle et le ganglion. Déjerine, Tinel et Angelhoff ont constaté dans les cas de crises gastriques la présence de lésions de ces fibres courtes se rendant aux étages médullaires compris entre la première racine dorsale et la sixième, lésions pouvant s'étendre jusqu'à la dixième. Après une évolution suffisamment prolongée, on trouve au niveau des cordons postérieurs une dégénérescence de la bandelette externe et de la zone de pénétration radiculaire ainsi qu'un éclaircissement des champs postéro-externes.

Les fibres de Remak avec lesquelles s'articulent les fibres lésées sortent du ganglion avec le nerf intercostal, rejoignent les ganglions sympathiques dorsaux par les rami communicantes et vont, en suivant le nerf grand splanchnique aux ganglions semi-lunaires origine du plexus solaire qui fournit des rameaux à l'estomac.

On s'explique donc que toute névrite atteignant les filets de ce système en un point quelconque pro-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 12, p. 169.

duise, tant qu'il n'y a pas de dégénérescence complète des accès douloureux que le malade « projette » à la périphérie. Au contraire, lorsque comme dans un tabes déjà ancien la dégénérescence est complète, les troubles cessent par interruption de la voie sensitive.

Chez des dyspeptiques, J.-Ch. Roux, précisant le mécanisme de la gastronévrose incriminée par Hayem, pense que la sommation d'excitations isolément insuffisantes, finit par déclencher une crise qu'en raison de sa sensibilité gastrique imparfaite, le malade n'a pu prévoir ni éviter.

Au cas d'ulcère chronique, spécifique ou non, on peut admettre avec Klippel et Weil, qu'il se produit une polynévrite par atteinte des terminaisons nerveuses intragastriques, d'où le caractère tabétiforme de certaines crises, et, qu'au cours des compressions médullaires ce sont les troncs nerveux qui sont atteints. Il est possible que les lésions des centres nerveux supérieurs puissent agir par l'intermédiaire des fibres longues du sympathique.

A noter aussi que Bouchut et Lamy, inversant les rôles ont voulu voir dans une polynévrite syphilitique donnant lieu à des troubles typhiques, l'origine d'un ulcère gastrique.

Les caractères spéciaux de la douleur et de la crise relèvent donc de l'atteinte nerveuse. Au niveau des racines postérieures, c'est le plus souvent un processus syphilitique dont Tinel a fourni la démonstration anatomique qui atteint les fibres sympathiques. La réaction méningée, à peu près constante dans la syphilis secondaire, devient chronique lorsque le traitement est insuffisant ; en raison des dispositions anatomiques, elle se cantonne ou prédomine au niveau des culs-de-sac périradiculaires, causant d'abord une irritation, puis une dissociation enfin une sclérose de la racine postérieure ; d'où lésion puis disparition des fibres sympathiques. Enfin se sclérosent les cordons postérieurs de la moelle. Trois stades succèdent donc : méningite, méningo-radiculite, tabes. C'est une chaîne continue où, comme l'a fait remarquer Nageotte, on ne peut entre les divers stades trouver au point de vue clinique aucune ligne précise de démarcation.

Bouchut et Lamy ont proposé récemment d'isoler un type spécial de crise gastrique qu'ils rattachent à des lésions exclusivement radiculaires, en les séparant des crises tabétiques proprement dites. Les douleurs en sont le trait principal avec un caractère spécial de continuité. Tantôt, elles rappellent de façon typique, un ulcère gastroduodénal, tantôt le syndrome douloureux plus fruste est celui d'une gastronevrose ; tantôt légère, tantôt très intense la douleur subit de façon réelle quoique variable l'influence de l'alimentation ; elle apparaît tantôt près, tantôt loin des repas, tantôt même durant la nuit. Les irradiations dorsales sont habituelles et ce syndrome évoque l'idée d'un ulcère auquel nul traitement n'apporte d'ailleurs de soulagement. Les auteurs insistent enfin sur l'importance clinique des douleurs vagues, » minimales », que le malade ne mentionnerait pas de lui-même mais que l'interrogatoire l'amène à avouer. Ce dernier symptôme nous paraît sujet à caution car on influence aisément certains malades par un interrogatoire trop insistant.

Les divers types douloureux peuvent se combiner, alterner, ou s'associer à un syndrome intestinal polymorphe. Les vomissements n'existent que lors de crises particulièrement violentes. L'examen physique de l'estomac ne montre rien, non plus que l'examen chimique ou radiologique. Il y a seulement parfois de l'hyperesthésie superficielle coïncidant avec de l'anesthésie profonde.

Dans le passé du malade, on note des antécédents spécifiques, des douleurs erratiques, des périodes de diplopie transitoire apparaissant et disparaissant brusquement; on trouve à l'examen du système nerveux l'abolition d'un réflexe ou des troubles pupillaires, des anesthésies de type radiculaire ; parfois s'y associe une lésion aortique. Enfin la résistance de ces troubles à tous les traitements classiques contraste avec la rapidité de la guérison par le mercure ou l'arsenic.

On ne saurait donc, pour Bouchut et Lamy, confondre de tels accidents avec les crises du tabes, peu influençables par la thérapeutique et dues à des lésions définitives. Aussi les isolent-ils sous la dénomination de gastro-radiculites.

Les auteurs semblent donc baser leur distinction sur l'ensemble des symptômes; mais les observations ne paraissent pas absolument convaincantes. Dans certains cas où coexistent des signes d'ulcus, plus ou moins modifiés, avec des symptômes nerveux à distance, il semble qu'on puisse sans invraisemblance penser à l'association d'un ulcère avec le tabes qui en modifie les symptômes. Dans les cas où l'on ne trouve aucun signe d'ulcère, mais où existent des signes nerveux et des antécédents spécifiques, il semble qu'on puisse sans créer d'entité nouvelle conclure aussi logiquement soit à un tabes dont les crises peuvent réaliser des types variés soit à une syphilis gastrique dont les multiples formes peuvent à un moment quelconque se compliquer de crises gastriques d'aspects divers. La présence de lymphocytes dans le liquide céphalo-rachidien ne saurait être un argument sans réplique, étant donnée la fréquence chez de tels malades de réactions méningées dont la latence n'est pas le moindre danger. L'histoire ultérieure de ces malades, même avec un délai suffisant, ne permettrait guère, non plus, de résoudre le problème.

En ce qui concerne les douleurs « minimales » les auteurs mêmes reconnaissent que l'interprétation en est trop délicate et trop largement conditionnée par le psychisme du malade pour qu'on puisse trouver une raison d'orienter le diagnostic.

La multiplicité et l'alternance des symptômes douloureux ne semblent pas devoir être non plus d'un grand secours. Dans les tabes les plus classiques des variations symptomatiques étendues avec des arrêts apparents et des reprises ont été depuis longtemps décrites qui ne se distinguent en rien des variations d'allure des radiculites; de même pour l'association de troubles intestinaux que le tabes, même confirmé, peut également réaliser.

L'absence de vomissements, de renvois, de tous symptômes objectifs n'a de valeur que contre l'hypothèse d'ulcère mais ne peut en rien servir à distinguer tabes et radiculites.

Il semble donc qu'en ce qui concerne les symptômes il s'agisse plutôt d'un diagnostic d'impression que viennent d'ailleurs étayer l'efficacité du traitement spécifique et l'inefficacité des traitements ordinaires.

On rencontre cependant bien des tabétiques chez qui une partie des symptômes observés cède au traitement spécifique tandis que le reste demeure inchangé. Aussi nous paraît-il qu'un tel critérium peut également induire en erreur.

Nous ne retiendrons pas comme argument à opposer à la conception des gastro-radiculites le fait qu'on n'a encore apporté à son appui aucune autopsie. Il nous semble seulement que, sans qu'il soit nécessaire de créer une nouvelle entité nosologique ces accidents peuvent être rattachés au tabes, même en le comprenant de la façon la plus classique.

Si, comme l'a montré Nageotte, on peut donner au tabes confirmé une caractéristique anatomique on ne peut au contraire lui fixer aucune limite clinique. Comme l'ont reconnu Vulpian, et après lui J.-Ch. Roux puis Tinel, dans le tabes jeune les racines seules sont atteintes : ce n'est qu'à une période ultérieure qu'apparaissent les lésions funiculaires ; mais il n'est nul besoin pour donner lieu à des crises gastriques que les lésions radiculaires soient définitives. Si, au début, le tabes n'est qu'une radiculite spécifique, il n'y a aucune raison pour qu'il échappe plus à l'action d'un traitement intensif et bien dirigé que la méningite spécifique ou toute autre manifestation de même nature. Les crises gastriques sont fonction de la localisation anatomique du processus; la variation et la disparition des symptômes, viscéraux nerveux ou autres sont seulement fonction de l'âge des lésions et de leur gravité. Si, anatomiquement, la sclérose caractérise le tabes, cliniquement le tabes se manifeste avant la sclérose et il ne nous semble pas qu'on puisse, en clinique, en séparer une radiculite autonome. On peut au contraire, admettre l'idée d'une période radiculaire du tabes.

La conception de radiculite isolée peut, au contraire, être admise lorsque la syphilis n'est pas en cause (pachyméningites, méningites non infectieuses, localisations méningées des maladies infectieuses) mais ces étiologies sont exceptionnelles et un facteur, quel qu'il soit, a besoin comme l'a montré Tinel, pour agir sur les racines rachidiennes, d'une évolution si prolongée qu'en dehors de la syphilis, bien peu d'affections sont capables de la réaliser. Dans ces cas encore mal connus, il y aurait donc réalisation d'un pseudotabes d'origine radiculaire.

Quelle que soit l'origine des crises gastriques, les divers auteurs sont d'accord pour reconnaître l'influence des causes occasionnelles : surmenage, émotions, fautes de régime, abus de médicaments irritants générateurs de gastrite médicamenteuse. Comme l'a montré Hayem, le trouble gastrique ne crée pas la crise mais réagit à distance sur le système nerveux, déclenchant une crise dont il n'est pas la cause première.

Diagnostic. — Bien que les crises gastriques possèdent une physionomie bien tranchée, elles peuvent être confondues avec d'autres syndromes douloureux accompagnés de symptômes généraux.

Certains empoisonnements peuvent produire un syndrome analogue mais seront en général vite reconnus. Plus souvent, il s'agit d'affections atteignant les organes abdominaux autres que l'estomac. Certaines colopathies, s'accompagnant ou non d'entérocolite, certaines coliques intestinales violentes et en particulier les coliques saturnines et les crises intestinales du tabes ; mais, dans tous les cas, le siège de la douleur est différent, les vomissements ont une importance moindre et les étiologies que fera ressortir l'interrogatoire seront révélatrices.

Egalement dramatiques mais où l'on trouve à côté des douleurs et des vomissements des symptômes particuliers sont les accidents péritonéaux par appendicite, par perforation d'organe, par lésion des organes pelviens ; l'étranglement interne et l'occlusion intestinale.

La colique hépatique est en général facile à reconnaître mais il est des crises gastrovésiculaires, telles que les ont décrites Enriquez, Binet et Gaston Durand, qui peuvent induire en erreur. Leur apparition est brusque, la douleur atteint d'emblée toute son acuité et l'évolution est brève. Tandis qu'entre les crises persiste en général un état dyspeptique. Mais il y a souvent des antécédents lithiasiques, des troubles intestinaux habituels, des phénomènes nauséeux le matin à jeun. La crise s'accompagne d'une légère ascension thermique et est plus souvent nocturne que diurne. La pression dans la région vésiculaire est douloureuse ou provoque la nausée.

Les crises du tabes, hépatiques ou néphrétiques, la colique néphrétique, les ptoses hépatiques, rénales, ont en général en dehors de la douleur des symptômes propres.

D'autres syndromes douloureux, d'origine solaire, sont par là même d'un diagnostic moins aisé. Tels ceux qu'on rencontre au cours d'un cancer du corps du pancréas ou d'une pancréatite hémorragique. Le début est également brusque mais dès les premiers paroxysmes tend à s'établir un état douloureux continu. L'amaigrissement, les troubles généraux, les troubles endocriniens permettront un diagnostic qui reste néanmoins toujours difficile. Il en est de même dans les syndromes douloureux d'origine surrénale, surtout dans les syndromes incomplets. Néanmoins, ici encore, les troubles généraux sont plus durables même que dans le tabes et surtout l'asthénie et la chute de la tension artérielle devront attirer l'attention sur les surrénales, surtout lorsque manque la pigmentation.

Les douleurs dues à des compressions de la moelle seront en général aisément distinguées des crises gastriques, ne fût-ce qu'en raison des symptômes que mettra en évidence l'examen du système nerveux qu'on ne devra jamais négliger.

En raison des vomissements, enfin, peut se produire une confusion avec les vomissements des tumeurs cérébrales, diagnostic aisé en général, et surtout avec les vomissements incoercibles du début de la grossesse, qui pourront être difficilement reconnus si on néglige de rechercher les symptômes de gravidité.

Pronostic. — Le pronostic des crises gastriques dépend tant pour l'avenir éloigné que pour l'avenir prochain de leur origine, de la précocité du diagnostic et du traitement qui est institué.

En ce qui concerne la crise elle-même le diagnostic varie avec l'intensité et la répétition des accès ; à noter que jamais, en pratique, on n'observe au cours de ces crises la mort par accidents bulbaires.

Benedict considérait que les crises gastriques étaient l'indice d'un tabes bénin et dont l'évolution devait s'arrêter. Elles n'exercent en réalité aucune influence sur l'évolution de la maladie, aussi ne peut-on formuler aucun pronostic en prenant motif de cette conception.

Traitement. — Le traitement d'une crise gastrique est naturellement subordonné à sa cause

mais comprend un traitement médical d'urgence, surtout symptomatique et qui doit être appliqué à toutes les crises quelle qu'en soit l'origine. Il comprend outre le repos au lit ; les boissons glacées peu abondantes et plus souvent la diète absolue ; les applications locales chaudes ou glacées. L'efficacité en est très inégale et, dans le cas de tabes en particulier, on doit recourir à des traitements moins anodins. La potion de Rivière, l'eau chloroformée ne sont en général pas supportées aussi vaut-il mieux recourir de suite aux lavements calmants, bromurés, belladonnés ou opiacés, dont l'efficacité demeure cependant imparfaite dans les crises graves. On a conseillé aussi l'application de courant galvanique sur la région épigastrique comme susceptible de procurer un certain soulagement mais qui ne devra jamais être employée au cas d'hématémèses.

Aussi en est-on réduit trop souvent, et en particulier dans les tabes, à la morphine. Mais outre que c'est là un traitement uniquement symptomatique et qui, sujet à répétition, expose à l'accoutumance sinon même à la morphinomanie à bref délai, les auteurs s'accordent à reconnaître après Mathieu, l'influence néfaste de ce médicament sur la crise elle-même et sur la période de convalescence. On devra donc n'en user qu'avec parcimonie. Mathieu recommande comme douées d'une action calmante égale et exemptes d'inconvénients, les injections sous-cutanées d'antipyrine, avec ou sans cocaïne, qu'on a quelquefois avantage à pratiquer dans la région épigastrique.

Parmi les autres moyens médicaux proposés contre la crise elle-même, nous citerons seulement les médications nitritées préconisées par Pal dans le dessein de lutter contre la crise d'hypertension et l'injection d'adrénaline proposée par Marinesco et par Démétré pour un résultat opposé. Debove, Babinski et Castaigne ont enfin préconisé la ponction lombaire, lente et peu abondante suivie ou non de rachicocaïnisation, qui exercerait sur les douleurs une action bienfaisante. De même, Roger et Baumel ont obtenu de bons effets dans quelques cas où ils ont pratiqué une injection sous-arachnoïdienne de novocaïne et de sulfate de magnésie.

Quel que soit le succès de ces traitements d'urgence, il reste à traiter la crise gastrique dans sa cause que ces traitements soient médicaux ou chirurgicaux, la ligne de conduite est beaucoup plus souvent pathogénique qu'étiologique. Un certain nombre de facteurs agit conjointement comme nous l'avons vu, et c'est souvent l'élément nerveux qui donne aux accidents leur cachet spécial.

Entre les crises, on devra, naturellement, prendre toutes les précautions d'hygiène générale et d'hygiène alimentaire, susceptibles d'empêcher ou de diminuer la répétition des accidents.

Lorsqu'on aura reconnu l'existence d'une crise tabétique on devra naturellement et avant tout, instituer un traitement spécifique aussi énergique que possible. Mercure, arsenic et bismuth trouve ici leur emploi, mais on devra s'abstenir de l'iodure par voie gastrique, trop irritant. On devra également s'abstenir de médicaments arsenicaux s'il y a eu des hématémèses récentes. Le résultat de ce traitement, qui devra être prescrit dans tous les cas et continué avec persévérance ne sera pas toujours, au moins en apparence, le succès. On doit cependant estimer que, même dans les cas qui semblent le moins influencés, il ne peut qu'exercer sur les tabes une influence modératrice. Au contraire, lorsqu'il s'agit d'un tabes au début, où il y a plus d'irritation que de sclérose, le traitement spécifique pourra amener, non seulement la disparition des crises mais même celle des autres symptômes tabétiques.

Les lésions nerveuses non syphilitiques sont pour la plupart peu influencées par un traitement médical qui doit se résigner à n'être que symptomatique. Lorsque des lésions gastriques sont en cause, c'est contre l'affection causale qu'on devra naturellement diriger le traitement.

Mais il est des cas nombreux ou le traitement médical demeure impuissant, soit contre des crises répétées soit en raison de l'acuité et de la durée des troubles et du déclin général qui en résulte. C'est alors qu'on devra recourir à un traitement chirurgical toujours grave, soit du faitde l'intervention même, soit surtout en raison du terrain.

Lorsqu'il s'agit de lésions gastriques reconnues, on obtiendra en général de bons résultats par une gastro-entérostomie avec ou sans excision des lésions. Si ce traitement a pu être proposé dans le cas de tabes où il est théoriquement illogique et inefficace et s'il a pourtant été couronné de succès, c'est sans doute qu'il s'agissait d'ulcères à crises tabétiformes pris pour un tabes vrai, ou d'un ulcus associé à la maladie de Charcot.

Nous mentionnerons seulement le traitement qu'avait proposé Exner : section des deux pneumogastriques au niveau du cardia, opération dirigée principalement contre les symptômes moteurs dont la prédominance caractériserait les formes pneumogastriques des crises tabétiques. Les succès semblent avoir été relatifs puisque les vomissements ont reparu. Mais le résultat le plus clair a été la paralysie atonique de l'estomac avec toutes ses conséquences et qui a suffi à faire abandonner ce traitement.

Plus logiques sont les traitements destinés à agir sur le sympathique. Dès 1900, Jaboulay proposa l'élongation des branches périvasculaires du plexus solaire allant à l'estomac. La première intervention, pratiquée par Vallas en 1906, fut suivie de guérison. Leriche et Cotte ont par la suite appliqué cette méthode, en y joignant ou non une gastro-entérostomie, mais sans que les succès aient été durables.

Aussi a-t-on tenté d'atteindre plus haut le sympathique, afin d'interrompre la voie sensitive en un point où ses fibres sont réunies.

En 1909 Foerster (de Breslau) fit pratiquer par Küttner la résection des VIIe, VIIIe, IXe, Xe racines postérieures dorsales à l'intérieur même de la dure-mère.

Mais il s'agit là d'une opération grave ; l'ouverture des méninges est grave en elle-même par le shock et par les risques d'infection ; d'autre part la section des racines provoque souvent des complications à distance ; atonie pariétale et gastro-intestinale avec météorisme marqué, rétention d'urine, paralysies viscérales diverses, escarres du sacrum et du talon.

Aussi pour atténuer tout au moins celles des complications qui relèvent de l'intervention, Guleke a-t-il modifié la technique de Foerster et pratiqué la section des racines dans le canal rachidien mais en dehors de la dure-mère. L'intervention est moins grave mais peu de chirurgiens ont adopté ce procédé qui est d'une application malaisée et qui expose à sectionner la racine antérieure en même temps,

que la postérieure dans une région où elles sont difficiles à repérer et à séparer Pour éviter les risques de l'opération de Foerster et de celle de Guleke, Franke a proposé en 1910, l'arrachement des nerfs intercostaux du VIIe au Xe de chaque côté. En enroulant lentement sur une pince le tronc nerveux, on arracherait le ganglion rachidien ou on le léserait assez gravement pour interrompre la continuité physiologique des rameaux sympathiques allant aux rami-communicantes. Mais il est nécessaire dans certains cas pour obtenir des résultats suffisamment durables de remonter jusqu'au 1er nerf intercostal et de descendre jusqu'au XIIe au lieu de s'en tenir comme l'avait d'abord fait Franke aux VIIe, VIII et IXe.

L'opération de Franke n'est cependant pas exempte, d'inconvénients éloignés. En particulier l'anesthésie cutanée aux trois modes de sensibilité sur tout le territoire innervé par les nerfs sectionnés, la paralysie des muscles intercostaux et surtout de la paroi abdominale qui ne sont pas toujours sans inconvénients. Cette intervention présente en outre comme l'ont montré Sicard et Leblanc, le défaut beaucoup plus grave d'exposer à des déchirures de la plèvre donc au pneumothorax. L'arrachement du ganglion ne se produit pas non plus sans une dilacération parfois étendue du sac dural qui adhère au ganglion et que l'arrachement à distance abandonne béant. Enfin des faisceaux appartenant à la racine antérieure peuvent être également arrachés avec le ganglion.

Pour ces raisons, Sicard et Desmarets préférant l'action chirurgicale à ciel ouvert ont proposé la gangliectomie rachidienne extraduremérienne. Après une laminectomie qui permet de ménager à la fois plèvres, méninges et racines antérieures.

Mais de l'aveu même des auteurs cette opération n'est pas toujours efficace chez les tabétiques.

Pour parer à tous les dangers qu'entraînent ces interventions, Kœnig a proposé la section physiologique des filets nerveux par des injections profondes dans les muscles du dos à proximité des racines rachidiennes de novocaïne adrénalinée. Cette technique aurait donné à son auteur de bons résultats et a été employée dans le tabes par Carnot et ses élèves. Employant la technique de Woegelé et de Roussielle, cas auteurs ont obtenu des résultats satisfaisants en faisant l'injection sur le trajet même des splanchniques.

Malheureusement, si la technique de Kœnig est inoffensive, elle ne semble pas donner de résultats durables.

Le traitement chirurgical semble donc réduit à deux interventions-types : celle de Foerster et celle de Franke. La première plus audacieuse, semble donner des résultats durables mais est d'une gravité extrême. Sur trente malades opérés à la date de 1911 on connaissait six décès dus à des complications post-opératoires : shock, méningites, cystites purulentes. L'opération de Franke est moins grave sans être exempte de risques, mais elle ne suffit pas toujours à procurer une guérison définitive. Il est, d'autre part, nécessaire de faire une intervention étendue qui n'évite pas toujours la régénération des fibres détruites. La statistique de Mauclaire (1914) montre sur 19 malades 3 morts par complications, 9 récidives dans les mois qui ont suivi l'opération et 7 guérisons se maintenant plus d'un an.

Ce sont donc là des interventions graves, de résultat problématique, et dont les risques ne sont pas toujours proportionnés aux résultats qu'on en peut espérer. Il est cependant des cas où elles représentent pour le malade le seul moyen d'échapper à ses souffrances.

Ce n'est donc que dans des crises gastriques graves, fréquentes, longues et cachectisantes et sans tendance à l'atténuation spontanée, qui résistent au traitement médical et s'acheminent vers l'état de mal qu'on pourra envisager l'opportunité d'une intervention. C'est naturellement dans les seules crises relevant d'atteintes nerveuses centrales ou périphériques qu'elles trouveront leur indication : tabes. radiculites graves. Il sera prudent de faire d'abord l'opération de Franke relativement plus bénigne et il sera préférable de la faire d'emblée étendue. Même au cas d'un demi-succès on aura au moins, en obtenant un répit, amélioré l'état général.

Si cette intervention est inefficace ou en cas de récidive on pourra, dans une deuxième intervention appliquer la technique de Sicard et Desmarets, à l'extrême rigueur celle dé Foerster. Leriche conseille de ne pratiquer cette dernière opération que sur des sujets jeunes, robustes et que leur crise gastrique n'a pas encore trop gravement déprimés.

Cet auteur considère enfin que l'élongation du plexus solaire peut encore rendre des services lorsque l'opération de Foerster a échoué.

Quoi qu'il en soit il s'agit là d'interventions aléatoires et dangereuses et qui n'ont pu encore améliorer de façon assurée et régulière l'avenir si sombre de tels malades.

Bibliographie. — In *Thèses* de Rafinesque (Paris 1911-(1912) et de Kurzenne (Paris 1920).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 JANVIER 1925)

Sur l'élimination urinaire du « B. coli communis » et sur son origine hématogène. — M. H. Vincent. Bien que le *B. coli communis* soit depuis la naissance de l'homme jusqu'à sa mort un commensal normal du tube digestif et qu'il y végète d'une manière continue et en proportion énorme, cette pullulation intestinale ne confère cependant pas d'immunité bien appréciable. Le bacille peut déterminer, en effet, des infections générales ou locales parfois mortelles. La pyélonéphrite et la colibacillurie sont des manifestations fréquentes de cette infection.

Les maladies de l'intestin, la constipation, les affections utérines, la grossesse et même le paludisme et la fièvre typhoïde ainsi que l'a montré M. Vincent, prédisposent parfois à l'envahissement de l'organisme par le *B. coli* et à sa localisation secondaire dans les reins et dans la vessie. On trouve, en pareil cas, le *B. coli* en abondance extrême dans l'urine. Chez certains malades, M. Vincent en a dénombré 500.000 et plus par centimètre cube d'urine.

Il a recherché comment se produit le passage de ce microbe à travers le rein et dans l'urine.

L'expérimentation et l'étude microscopique des lésions ont démontré l'origine hématogène du colibacille dans l'infection urinaire autogène. La disposition anatomique des artères rénales toutes terminales, enfin la structure et les fonctions de l'artériole qui forme les plicatures du bouquet glomérulaire constituent une sorte de barrage et favorisent spécialement ces infections microbiennes.

L'action toxique de l' « Amanita phalloïdes. » Ir. — M. Vittorio Pettinari.

Evolution de la chronaxie au cours de la crise de tétanie expérimentale par hyperpnée volontaire chez l'homme. — MM. Georges BOURGUIGNON et J.-B. S. HALDANE.

Remarques sur l'os pénien. — MM. J.-J. CHAINE.

Sur les agents de transformation des toxines en anatoxines. — MM. A. BERTHELOT et G. RAMON.

(SÉANCE DU 2 FÉVRIER 1925)

Sur la vitesse d'établissement de la sensation lumineuse et la grandeur de l'ondulation de préequilibre pour des excitations monochromatiques d'intensité variable. — MM. N. KLEITMAN et H. PIÉRON.

Mode d'action du bismuth dans la syphilis. — MM. C. LEVADITI et A. GIRARD. La lyse du spirochète n'exige que des traces infinitésimales de métal, aucune accumulation bismuthique ne s'effectuant au lieu même où cette lyse évolue. La destruction du parasite sous l'influence du bismuth apparaît aux auteurs comme un processus lytique, où des traces de métal semblent remplir le rôle d'un catalyseur, par rapport aux principes spirochéticides que l'organisme infecté élabore à un moment donné.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 FÉVRIER 1925)

Echec de l'éparséno dans une lèpre de Wassermann positif. — MM. DELAMARE et ACHITOUV rapportent l'observation d'un malade atteint de lèpre, avec Wassermann positif, traité sans succès par l'éparsénothérapie.

On a suivi le malade en expérience pendant quatorze mois pour acquérir la certitude que l'évolution hansénienne n'avait pas subi le moindre temps d'arrêt sous l'influence d'une éparsénothérapie intensive.

Technique de curiethérapie profonde à grande distance et à feux croisés par champs séparés et localisés. — MM. Lucien MALLET et Robert COLIEZ. Les recherches entreprises par les auteurs à l'aide de l'ionomicromètre leur ont permis de déterminer exactement les doses d'énergie radiante reçue dans la profondeur des tissus et d'établir un modèle d'appareil qui sans employer des doses considérables leur permet d'appliquer des doses cancéricides à des tumeurs qui ne pouvaient être atteintes facilement jusqu'ici, tels les cancers œsophagiens, gastriques, intestinaux.

Explorateur tensiométrique. — M. FABRE présente un explorateur tensiométrique s'appliquant à tous les sphygmomanomètres et oscillomètres actuellement en usage.

Cet instrument est simplement constitué par une capacité annexée au manchon et aisément dépressible à la main, par exemple la poire à filet d'un thermocautère. Elle permet, après légère insufflation, une exploration instantanée et dans tous les sens de la totalité du champ des tensions. La recherche des discontinuités caractéristiques de la maxima et de la minima devient à la fois rapide et très précise. De plus toute erreur de manœuvre, préjudiciable à l'oscillomètre, est désormais impossible grâce à un ajutage spécial en caoutchouc, immédiatement applicable au boîtier oscillométrique. Pour les méthodes auscultatoires et palpatoires, l'explorateur se fixe sur le manchon à la place de la poire de gonflement, sans autre modification.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la 4e division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

En première ligne : MM. Vialleton (de Montpellier), et Barthe (de Bordeaux).

En deuxième ligne et par ordre alphabétique : MM. Bardier (de Toulouse), Barral (de Lyon), Derrien (de Montpellier), et Morel (de Lyon).

Au premier tour : M. Vialleton est élu par 54 suffrages sur 63 votants.

Au deuxième tour M. Barthe est élu par 56 suffrages sur 66 votants.

(SÉANCE DU 10 FÉVRIER 1925)

Inspection des laboratoires. (*Discussion.*) — M. Léon BERNARD appuie les conclusions du rapport de M. Regaud et estime avec lui qu'il est très important de s'assurer que la direction des laboratoires soit confiée à des compétences parfaites. M. Léon Bernard propose d'instituer un laboratoire central d'Etat, laboratoire idéal, où se trouveraient les inspecteurs compétents qui auraient le droit de contrôle absolu sur les laboratoires privés.

Les dangers que présentent les manipulations et le transport des corps radio-actifs. — M. REGAUD fait un rapport au nom d'une Commission nommée pour étudier cette question. Parmi les mesures qui s'imposent, il faut tout d'abord que les établissements industriels, où l'on travaille ces corps radioactifs, soient déclarés comme insalubres. Il faudrait, en outre, que le sang des ouvriers destinés à ces travaux fût examiné. Enfin, les travailleurs devront se conformer à certains règlements. Enfin, M. Regaud propose que l'Académie émette les vœux suivants :

1° Que les établissements industriels où on manipule les corps radio-actifs soient classés parmi les établissements insalubres, non pour le voisinage, mais pour les travailleurs;

2° Qu'une réglementation et une nouvelle étude soient faites, dans le détail, par une Commission administrative, scientifique et technique, soient imposées à ces établissements en tenant compte de la loi sur les accidents du travail. Ces propositions sont adoptées.

Etudes anatomo-cliniques d'un cas de diabète acromégalique avec lésions du tuber cinéreum. — MM. MARINESCO et PAULIAN ont observé chez une femme de cinquante-cinq ans, atteinte de diabète acromégalique, les altérations des viscères, plus particulièrement les altérations de l'hypophyse dont le tube antérieur était altéré. Les auteurs insistent sur les changements morphologiques des cellules du tuber cinéreum.

Il résulte des recherches très complètes et très minutieuses des deux auteurs que le diabète acromégalique serait dû à des altérations du cinéreum qui règle les fonctions glycogéniques du foie par l'intermédiaire des autres glycogéniques inférieurs.

Un nouveau procédé de prophylaxie de la coqueluche. — M. GILLOT aurait obtenu des résultats des injections souscutanées du sang total d'origine humaine faites à des jeunes enfants exposés à la contagion ou en temps d'épidémies. Des expériences encourageantes auraient été faites en Algérie.

Sur le contrôle et la mesure des propriétés de l'anatoxine diphtérique. — M. RAMON fait connaître une méthode par laquelle, grâce à l'emploi du procédé de la « floculation », on parvient aisément à titrer le pouvoir immunisant d'une dose d'anatoxine.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre : 1° la lecture du rapport de M. Nobécourt sur les candidatures aux places vacantes de correspondants nationaux dans la première division (médecine); 2° au sujet de l'acceptation d'un legs.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1925)

Les néphrites des cancéreux. Remarques sur la pathologie du rein. — M. Maurice RENAUD. Les néphrites des cancéreux, en raison de leur fréquence, de leur évolution régulièrement progressive, se déroulent le plus souvent dans des conditions particulièrement favorables pour l'observation. Leur étude permet de faire sur bien des points des remarques d'autant plus intéressantes, qu'elles ne cadrent pas toutes avec les données généralement admises.

Malgré d'énormes destructions du parenchyme rénal on n'observe jamais les syndromes bruyants de la grande urémie classique. Peu d'œdèmes, pas d'hématuries, pas de symptômes dramatiques nerveux ou pulmonaires. La destruction et la défaillance du rein se traduisent par un syndrome urinaire qu'il faut chercher, des signes d'une lente intoxication et

d'une déchéance progressive qui n'ont pas d'expression clinique spéciale.

La rétention azotée est exceptionnelle. A la période d'état de l'affection, le taux de l'urée du sang reste aux environs de 20, 30 centigr. Il ne s'élève au-dessus d'un gramme qu'à la période terminale.

La tension artérielle des cancéreux ne semble pas s'élever du fait du développement d'une néphrite. La pression maxima ne dépasse guère 13 ou 14.

De telles constatations conduisent à douter de l'origine purement rénale des syndromes si complexes qu'on décrit dans le mal de Bright.

La fracture spontanée du premier cartilage costal ossifié. — M. Ameuille rapporte un cas où la fracture spontanée si fréquente de ce cartilage donna naissance à des phénomènes cliniquement appréciables. D'ordinaire, le cartilage s'ossifie à partir de la vingtième année, est toujours ossifié à partir de la cinquantaine. Les fractures spontanées sont d'autant plus fréquentes à mesure que le sujet avance en âge. Après 70 ans on en observe une fois sur trois cas. Elles ne fournissent jamais de troubles subjectifs en dehors du cas rapporté qui reste unique. En revanche elles sont très visibles radiologiquement.

Les lésions de l'épithélium de revêtement au cours des gastrites chroniques. — MM. Félix Ramon et Hirschberg. Ces lésions sont dégénératives et métaplastiques, ces dernières sont les plus importantes, elles sont constituées par le retour par étapes des cellules gastriques au stade de cellules primitives intestinales. Dans une première étape la cellule gastrique perd ses caractères propres mais n'est pas encore intestinale, son protoplasme se colore vivement et son noyau possède tous les attributs d'une grande vitalité; dans une seconde étape, l'épithélium acquiert tous les caractères de l'épithélium intestinal, la cellule devient adulte et n'offre pas, comme dans l'étape précédente, tous les attributs d'un organisme en pleine évolution. La première étape offre toutes les transitions vers la cellule cancéreuse à laquelle elle peut aboutir, tandis que la seconde étape, avec ses cellules fixées mais dépourvues de moyens de protection vis-à-vis du suc gastrique, peut évoluer vers l'ulcération par digestion de ses cellules insuffisamment protégées.

La métaplasie s'effectue dans les deux zones d'inflammation interstitielle déjà décrites par les auteurs : zone superficielle autour des tubes excréteurs et des cryptes, zone profonde au-dessus de la muscularis mais avec une intensité beaucoup plus grande dans la zone superficielle, comme celle-ci est avant tout formée par des plasmocytes et la seconde par des lymphocytes il en résulte que ce sont surtout des plasmocytes qui favorisent la métaplasie en jouant un rôle comparable au tréphone leucocytaire de Carrel. L'inflammation purement fibreuse ne paraît pas créer la métaplasie mais bien la dégénérescence.

Le zona varicelleux. — MM. E.-C. Aviragnet, Huber et Deyras apportent des observations de coexistence du zona et de la varicelle ou de succession de ces deux affections. L'étude au triple point de vue clinique, épidémiologique et biologique de ces cas met en évidence la nature varicellique de certains zonas évoluant à l'état isolé ou se montrant associés à la varicelle.

M. Comby pense que, comme beaucoup d'autres causes, la varicelle peut provoquer le zona, mais que la varicelle a bien son individualité et qu'on ne peut les confondre : le zona ne peut engendrer la varicelle, la varicelle n'immunise pas contre le zona.

M. Netter. Depuis le 22 avril 1924, date à laquelle j'avais pu analyser 86 observations françaises de zona suivi de varicelle ou inversement, il m'est parvenu 29 nouveaux cas, ce qui porte à 115 les observations françaises utilisables, 100 fois le zona a ouvert la marche, 15 fois la varicelle.

L'auteur, avec M. Urbain, a fourni des preuves sérologiques en montrant dans le sang des sujets atteints de zona la présence d'anti-corps que la réaction de fixation met en évidence en présence de l'antigène fourni par les croûtes de varicelle.

Les malades de MM. Jean Hallé, Aviragnet et Huber ont d'ailleurs permis de constater la présence d'anti-corps varicelleux dans le liquide céphalo-rachidien.

La nature varicelleuse de ces divers zonas est donc établie par la sérologie comme par la clinique bien que le germe de la varicelle n'ait pas encore été isolé et que l'expérimentation sur l'animal ne nous apporte pas son concours.

La réaction de fixation nous permet d'ailleurs de généraliser cette notion à la grande majorité des zonas de toute nature. Elle s'est en effet montrée positive chez 76 des 78 sujets atteints de zona dont le sang a été examiné dans ces recherches.

Un cas de mort subite consécutive à la ponction pleurale. — M. Michel Léon-Kindberg. Observation d'un malade soigné par le pneumothorax artificiel : la ponction fut faite en plèvre libre, avec pression négative. L'autopsie ne montra aucune lésion locale, aucune atteinte des viscères ou du système nerveux. Seule, la théorie du réflexe peut expliquer les accidents : hémiplégie, épilepsie, qui furent observés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1925)

Kyste osseux. Fracture spontanée. — M. Mathieu communique une observation de kyste osseux avec fracture spontanée. La fracture s'est consolidée et le kyste a disparu à la radiographie. Il demande à M. Mouchet si, dans ce cas, il doit appliquer une greffe osseuse.

M. Mouchet répond qu'il n'a pas émis en principe qu'il fallait toujours appliquer un greffon dans ces cas et il n'y a pas à intervenir dans le cas de M. Mathieu.

M. Delbet a relevé deux cas analogues dans lesquels il n'a pas appliqué de greffes et qui ont bien guéri.

Irruption d'un abcès du foie dans le péricarde. — M. Hartmann fait un rapport sur une observation de M. Petridis (d'Alexandrie). Il s'agit d'un homme de cinquante-cinq ans qui se plaignait de douleurs spontanées assez violentes dans le ventre, sans vomissements et dont la température s'éleva à 38 et à 39 degrés. Il entre à l'hôpital d'Alexandrie avec un pouls à 120, avec saillie anormale au-dessous du rebord costal gauche. On lui fait des piqûres remontantes et on se propose de l'opérer prochainement quand il est pris de douleurs vives avec un pouls à 140, des sueurs froides et succomba dans la nuit. On a pensé à la rupture d'un abcès du foie dans le péricarde. Il n'y a pas de symptômes péritonéaux. Il n'y avait rien du côté de la plèvre.

A l'autopsie, on constate que le lobe gauche du foie est très augmenté de volume. On incise et on donne issue à une notable quantité de liquide séro-purulent. Il s'agit, en somme, de la rupture d'un abcès du lobe gauche du foie dans le péricarde. Ce sont là des cas exceptionnels. M. Petridis rappelle à ce sujet que son père, dans le même hôpital, a opéré 500 abcès du foie et que, sur ce nombre, il n'a constaté que trois cas de rupture dans le péricarde.

Le plus souvent, dans ces cas, la mort est subite ou très brusque. Ici elle a été précédée de troubles graves, mais il semble bien qu'elle ne s'est pas produite au moment même de la rupture. Il faudra donc songer, à l'avenir, à la possibilité de cette rupture dans le péricarde et, dans l'intervention, à se diriger du côté du péricarde.

Radius curvus. Chondrectomie. — M. Sorrel fait un rapport sur une observation de M. Martin. Enfant de neuf ans opéré en octobre 1922 d'ostéotomie transversale par voie antérieure. Application d'un appareil en celluloïd. Radiographie trois ans après. Bon résultat.

Corps étrangers intraarticulaires du coude. — M. Mouchet fait un rapport sur une observation adressée par MM. Pigeon, Bernard et Jonathan. Il s'agit de la présence de corps étrangers dans l'articulation du coude consécutifs à une fracture. On sentait ces corps étrangers. La limitation des mouvements commandait l'intervention. Celle-ci eut lieu par voie postérieure. Résultat excellent.

Ostéosynthèse. — M. Auvray n'envisagera, dans cette communication, que les fractures fermées du corps du fémur et du corps du tibia.

Dans l'application qu'il a faite de l'ostéosynthèse au traite-

ment de ces fractures, M. Auvray n'a eu à constater aucune complication, ni infection, ni pseudarthroses, ni fractures secondaires. Il a toujours obtenu une bonne consolidation. Il passe en revue les indications et les contre-indications de la thoracentèse dans ces cas. Il n'emploie pas systématiquement l'ostéosynthèse dans tous ces cas. Récemment, dans son service, sur cinq cas de ces fractures, il n'y a eu recours que deux fois. Il l'applique plus volontiers dans les fractures obliques que dans les fractures transversales.

M. Auvray est d'avis qu'il ne faut pas trop en retarder l'application. Il intervient généralement vers le septième ou huitième jour. Il ne l'emploie que temporairement et enlève les plaques.

Dans ces interventions il faut avoir à sa disposition un parfait outillage et ne jamais introduire le doigt dans la plaie. Il faut une rigueur d'asepsie absolue. Après l'ablation des plaques, il faut mettre un appareil plâtré, assurer, de bonne heure, la mobilité du genou. M. Auvray a constaté qu'on obtenait généralement un cal un peu gros. Mais il n'a eu qu'à se louer des résultats anatomiques et fonctionnels.

Fracture du col du fémur. — M. Basset est intervenu par ostéosynthèse à l'aide de vis, chez une femme de soixante-quinze ans, pour une fracture du col datant de vingt-trois ans. Il a obtenu un résultat immédiat excellent. Un mois après l'opération, la malade commençait à marcher. A quelques mois de distance des radiographies furent prises qui montrèrent toujours une consolidation parfaite et un très bon résultat fonctionnel. Mais la dernière radiographie faite récemment, c'est-à-dire cinq ans après l'opération, montre une résorption considérable des fragments réunis, une véritable pseudarthrose anatomique. Mais les vis tiennent très bien et la malade continue à bien marcher.

Bien que, dans ce cas, la consolidation osseuse n'ait pas été obtenue, grâce aux vis qui sont restées en place, le résultat fonctionnel reste très satisfaisant.

Troubles d'ostéogénèse de croissance. — M. Mathieu fait un rapport sur plusieurs observations publiées par M. Delahaye dans sa thèse, sous l'inspiration de son maître, M. Sorrel. Il s'agit de sujets jeunes, et plus particulièrement de filles de quinze à dix-huit ans atteintes de vertèbres douloureuses, de troubles pris généralement pour le début d'un mal de Pott. Ces troubles s'observent chez des enfants dont la croissance est rapide et finissent par disparaître d'eux-mêmes. M. Delahaye a observé un certain nombre de ces cas à l'hôpital Necker. C'est grâce à la radiographie et au précieux concours de M. Contremoulin qu'on est arrivé à constater dans ces cas certaines lésions des épiphyses vertébrales. Ces épiphyses apparaissent précocement, la partie osseuse est augmentée de volume. L'ossification se fait d'une façon irrégulière et ondulée. Ce sont, en somme, des lésions d'épiphysite vertébrale.

Ces lésions que décrit en détails M. Mathieu sont bien utiles à connaître, car il ne faut pas les confondre avec le mal de Pott, ce qui est arrivé. On a ainsi plâtré inutilement de malheureux enfants alors que l'affection dont ils étaient atteints guérit toute seule.

Ce sont là des troubles de l'ostéogénèse de croissance, analogues au genu valgum ou à la coxa vara avec lesquels, d'ailleurs, elles coïncident souvent. Il faut ajouter que quatre malades sur huit étaient atteints de rachitisme.

M. Sorrel fait remarquer que tous ces malades étaient envoyés à l'hôpital comme atteints de mal de Pott. Il n'a pas cru devoir admettre une origine infectieuse. On conçoit tout l'intérêt qu'il peut y avoir à assurer ce diagnostic.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1925)

Les médications acidifiantes dans le traitement des états anxieux. — M. René Cornelius a traité depuis quelque temps

des anxieux chroniques avec crises paroxystiques avec la médication acidifiante continue et intense. Il employa le chlorure de calcium et le chlorydrate d'amonniaque à la dose de 1 à 4 grammes. L'auteur s'est basé sur le principe de l'alcalose sanguine en particulier sur les travaux de Freudenberg et György et ceux de Bigwood. Les résultats furent très satisfaisants.

Marcel LAEMMER rappelle le rôle important que joue l'équilibre humoral dans le sens soit alcalin, soit acide et cite à l'appui de la thèse de M. Cornelius les recherches d'André Collin sur l'acidité ou l'hypo-acidité urinaire des épileptiques. En donnant aux hyper-acides du carbonate de chaux et aux hypo-acides de l'acide phosphorique de façon à ramener l'acidité urinaire à la normale on arrive à diminuer considérablement les crises comitiales.

M. LEMATTE signale que la question d'acidité urinaire est une question extrêmement complexe et qui au point de vue chimique ne signifie pas ce qu'on en pense au point de vue clinique.

L'acidité urinaire dépend en effet d'une quantité considérable de corps très diverses.

L'injection intraveineuse de somnifène dans l'agitation des psychopathes. — MM. A. MARIE et V. KOHEN et Al. PAVLOWITCH en injectant 4 à 7 centimètres cubes de ce produit à des maniaques, paralytiques généraux ou épileptiques très agités, ont obtenu un sommeil paisible de cinq à vingt heures, suivi quelquefois de torpeur, alors que dans certains cas, le malade est aussi agité au réveil qu'avant l'injection. Il ne semble pas y avoir d'accoutumance et l'on peut renouveler l'injection à plusieurs reprises pour obtenir une nouvelle période de calme qui évite l'épuisement des malades.

De l'emploi du citrate de soude dans les épanchements pleuraux. — MM. Am. COYON et P. MARTY ont essayé de mettre à profit les vertus anti-coagulantes de ce sel dans les épanchements qu'on ne pouvait évacuer en raison de leur placard fibrineux. En particulier dans un des cas traités alors que les auteurs ne pouvaient plus retirer le liquide ils injectèrent dans la cavité pleurale 30 centimètres cube d'une solution de citrate de soude à 10 p. 100 : le lendemain ils purent retirer facilement 800 centimètres cube environ de liquide purulent.

Les auteurs concluent à l'intérêt qu'il y aurait d'employer des solutions de citrate variant de 10 à 30 p. 100 non seulement peut-être dans les épanchements séro-fibrineux mais encore dans certains épanchements péricardiques ou acitiques.

La mandragore dans le traitement de la coqueluche. — M. Henri LECLERC avait déjà signalé l'intérêt de l'emploi de la mandragore dans les douleurs de l'ulcus gastrique, les spasmes de l'entéro-colite, le ténesme des fissures anales et des hémorroïdes, les crises hépatiques, néphrétiques, la dysménorrhée. Ces temps derniers en l'appliquant pour la cédation de la toux dans la coqueluche, M. Henri Leclerc put atténuer les symptômes de la maladie et sa durée. On emploiera la teinture au cinquième à la dose toutes les trois heures de une demi-goutte jusqu'à un an, puis I à X gouttes de deux à huit ans.

M. Marcel LAEMMER vient confirmer les résultats obtenus par M. Henri Leclerc et signale que trois enfants atteints d'une toux coqueluchoïde ne cédant pas à de fortes doses de belladone a pu être jugulée en grande partie par la mandragore donnée selon les indications de l'auteur.

La lipase dans la tuberculose pulmonaire. — M. E. BOSSAN.

LIVRES NOUVEAUX

Les Troubles fonctionnels du cœur (1),
par R. LUTEMBACHER.

Cet ouvrage représente un effort de synthèse personnelle qui le rangera parmi les belles monographies de la médecine française. Par son fond, sa forme et sa présentation matérielle, sa documentation iconographique, c'est un ouvrage original qui représentera dignement nos méthodes.

Le cœur n'est pas constitué seulement par un muscle creux, il possède en lui-même un organe dans lequel naissent et se propagent les excitations qui provoquent la contraction coordonnée des différentes fibres musculaires : le faisceau primitif ; en outre, les nerfs accélérateurs et frénateurs, le sympathique et le pneumogastrique modifient l'activité des centres d'automacité. L'*étude complète des troubles fonctionnels cardiaques* comporte ainsi celle des perturbateurs du moteur cardiaque, de ses appareils de commande et de réglage.

Dans ce livre sont étudiés d'abord les *troubles fonctionnels du faisceau primitif* : troubles d'excitabilité et de conductibilité qui sont à l'origine des *arythmies*. Ensuite les troubles de contractibilité du muscle cardiaque qui sont à l'origine de l'*asystolie*. Enfin les syndromes douloureux comme l'*angine de poitrine* qui mettent en jeu la *sensibilité spéciale du cœur*.

L'*exploration fonctionnelle* est le complément de cette étude. Elle permet sinon de mesurer avec exactitude, du moins d'apprécier l'état fonctionnel du cœur. Par des épreuves appropriées, on peut modifier certains troubles, les faire disparaître, les exalter, les transformer, préciser leur origine, déceler les anomalies latentes.

Une dernière partie est consacrée à l'*étude pharmacodynamique* des médicaments cardiaques et au *traitement* des troubles fonctionnels du cœur.

Cet ouvrage fera voir au lecteur la richesse et la fécondité des nouvelles méthodes d'investigation, grâce aux excellents instruments qui permettent des observations de précison.

(1) Un vol. in-8°. — Prix : 45 fr. — Paris, 1924, Masson et Cie.

La Relativité de la conscience du soi (1). Introduction à la psychologie clinique, par le docteur A. HESNARD, professeur à l'École de médecine navale de Bordeaux. Préface du professeur G. DUMAS.

M. Hesnard, qui s'est beaucoup occupé de psychanalyse et a déjà publié un important volume sur l'inconscient, y revient dans ce petit livre. Bien que fortement impressionné par la doctrine et les méthodes de Freud, toutes fondées sur une introspection perfectionnée, il n'admet pas ce procédé d'exploration de l'inconscient, qui, pour lui, constitue une activité dynamique (?) débordant l'activité consciente, et peut être conçu objectivement. Il résulte, en effet, de l'expérience, de l'étude des rêves, des névroses et des psychoses, que l'inconscient influence profondément notre conduite, mais sans que nous le sachions, en raison du phénomène de la *Conscience justificatrice*, dont l'auteur formule la loi comme suit : Tout événement, extérieur ou intérieur au sujet, qui agit sur la vie mentale, ne peut atteindre l'expérience intime qu'à la condition d'apparaître à la conscience du *moi* comme étant en totalité ou en partie son œuvre. Il s'en suit que la conscience s'attribue ce qui ne lui appartient pas ; d'où notre ignorance personnelle de l'inconscient et aussi la relativité de nos faits de conscience. Ce petit livre sera sans doute fort goûté des psychologues et des psychiatres de la nouvelle école, mais j'avoue que cette hiérarchie : vie organique, vie inconsciente, vie consciente, me rappelle singulièrement l'âme animale, le perisprit et l'esprit des occultistes, et je me demande parfois si la psychologie ne s'engage pas dans une voie bien périlleuse. J. LAUMONIER.

La Matière vivante. Organisations et différenciations. Origines de la vie. Colloïdes et mitochondries, par J. KUNSTLER, professeur d'anatomie comparée et embryogénie à la Faculté des sciences de Bordeaux, et Fréd. PRÉVOST, ancien élève de l'École normale supérieure, agrégé des sciences naturelles. Un volume de 252 pages avec 80 figures. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

(1) Un vol. in-16 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Paris, 1924, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 14. — MARDI 17 & JEUDI 19 FÉV. 1925. 98e ANNÉE. MARDI 17 & JEUDI 19 FÉV. 1925. — N° 14.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Admissibilité.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Grenet, Babonneix, Abrami, Villaret, Apert et Laederich, qui acceptent; Macaigne, Thiroloix, Michel, Thibierge, Léri et Laffitte, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Censeurs : MM. Pinard, Flandin, Bénard, Tinel, Feuillié, Milhit, Ch. Richet et May.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Saint-Germain-en-Laye. — *Concours pour l'internat en médecine et en chirurgie.* — La Commission administrative de l'hôpital-hospice de Saint-Germain-en-Laye informe les intéressés que par suite de la création de deux nouveaux emplois d'interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, le concours qui doit avoir lieu le 19 février 1925 est ouvert pour la nomination de trois internes titulaires et de quatre internes provisoires.

AGRÉGATION DE MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 6 février 1925 publie un arrêté complétant l'article 4 de l'arrêté du 14 mars 1924 ainsi qu'il suit :

« Seront considérés comme admissibles tous les candidats à l'agrégation qui auront ou auraient été classés par le nombre des points avant le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque. »

L'article 9 dudit arrêté est complété ainsi qu'il suit :

« Paragraphe 3 : Les professeurs agrégés (médecine et chirurgie) du Val-de-Grâce pour la 3e division (médecine) et la section A de la 4e division (chirurgie). »

L'article 10 dudit arrêté est modifié ainsi qu'il suit :

« Les sessions ont lieu, pour la deuxième épreuve, tous les trois ans, à Paris. »

— Un décret inséré dans le *Journal officiel* du 10 février complète ainsi qu'il suit les dispositions de l'article 1er du décret du 13 mars 1924 :

« Les agrégés des facultés de médecine institués avant le 13 mars 1924, qui ne sont pas inscrits à la patente pour l'exercice des professions libérales, peuvent bénéficier des dispositions du paragraphe 2 du décret du 13 mars 1924 et être nommés sans limite de temps après un stage régulier de deux ans, sur la proposition de la Faculté et après avis de la Commission des sciences médicales et de la pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement supérieur. »

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Est rapporté l'arrêté du 10 novembre 1924 par lequel un congé d'inactivité d'un an était accordé à M. Jeanneney, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Bordeaux. (*J. O.*, 7 fév. 1925.)

— Lille. — Il est créé, à la Faculté des sciences de l'Université de Lille, une chaire d'histologie comparée et biologie maritime (fondation de l'Université).

— M. Dehorne, professeur sans chaire, maître de conférences de zoologie à la Faculté des sciences de l'Université de Lille, est nommé, à compter du 1er février 1925, professeur d'histologie comparée et biologie maritime (fondation de l'Université) à ladite Faculté. (*J. O.*, 10 fév. 1925.)

GUERRE. — A été nommé :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. — M. le médecin auxiliaire Klotz.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE. — On nous prie d'ajouter à la liste des conférenciers que nous avons publiée (1924, n° 12, p. 182) le nom de M. Cl. Regaud, directeur de l'Institut du radium de l'Université de Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtres Trousseau et Bichat, laboratoire Dieulafoy). (Professeur : M. A. Gilbert; professeur agrégé : M. Maurice Villaret. — Cours de revision (Pâques 1925). — *Les notions récentes de clinique pratique et d'application au diagnostic des méthodes de laboratoire courantes.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 30 mars 1925, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Mau-

rice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux, Lippmann, Saint-Girons, Brin et Maréchal, anciens chefs de clinique; Paul Blum, chef de clinique; A. Coury, ancien chef de clinique adjoint; Tzank et Fatou, chefs de clinique adjoints; MM. Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont, Deval et Mlle Tissier, anciens chefs et chefs de laboratoire; MM. Lagarenne, chef du laboratoire radiologique central et de la clinique médicale; Durey et Dausset, chefs du laboratoire des agents physiques; MM. Isch-Wall, ancien interne du service, Grellety-Bosviel et Pollet, internes du service, et Comandon.

Il comprendra 36 leçons. Il aura lieu trois fois par jour, le matin à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30 et à 16 h. 30, les leçons du matin étant pour la plupart terminées suffisamment à temps pour permettre la visite des services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et cinématographiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 3 à 5 heures.

Pendant les vacances de l'année scolaire 1924-1925 ont lieu, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement : *a.* l'un sur les maladies du foie et le diabète (grandes vacances : du 29 juin au 11 juillet 1925); *b.* l'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : du 14 au 26 septembre 1925).

2° Un cours de revision sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

Un voyage d'études hydrologiques de trois jours dans la région de Vichy est organisé tous les ans à la suite du cours de septembre sur les maladies du tube digestif. Les élèves ayant assisté à l'un des trois cours de vacances de l'année auront le droit de s'inscrire à ce voyage.

— ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — *Huit leçons de pathologie gastro-duodénale.* — M. le docteur Etienne Chabrol, médecin des hôpitaux, commencera cette série de leçons le dimanche 22 février 1925, à 10 h. 1/2 du matin, amphithéâtre Trousseau de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, et la continuera les dimanches suivants, à l'exception du 12 et du 19 avril.

L'enseignement gratuit comportera des présentations de malades avec projection de radiographies et de coupes histologiques.

HOPITAL SAINT-ANTOINE. — COURS DE GASTRO-ENTÉROLOGIE, du 16 mars au 4 avril, par MM. les docteurs Bensaude, Le Noir et F. Ramond.

Du 16 au 22 mars, M. le docteur Bensaude, assisté des docteurs André Caïn, Terrial, Paul Mezer et Marchand.

Du 23 au 29 mars, M. le docteur Le Noir, assisté des docteurs Agasse-Lafont, Deschiens, R. Gaultier, Gilson, Savignac, Taillandier.

Du 30 mars au 4 avril, M. le docteur F. Ramond, assisté de MM. les docteurs Chatelin, Parturier, Ravina, Hirsberg et Zizine.

Pendant la durée des cours, exercices pratiques, chimiques, coprologiques, radiologiques, endoscopiques.

Droit d'inscription aux exercices pratiques, 150 francs.

S'inscrire salle Aran, service du docteur Le Noir, à Saint-Antoine.

Les conférences auront lieu à 9 h. 1/2.

Les travaux pratiques de 10 h. 1/2 à midi.

Un voyage d'étude à Vichy et à Châtel-Guyon sera organisé dans le courant du mois de mai. Le nombre des participants est limité.

INSTITUT D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON (année scolaire 1924-1925). — ENSEIGNEMENT DE L'HYDROLOGIE ET DE LA CLIMATOLOGIE MÉDICALES. — *Cours de perfectionnement.* — L'Institut d'hydrologie et de climatologie médicales organise un cours de perfectionnement d'hydrologie et de climatologie médicales destiné aux étudiants en médecine ou en pharmacie désireux de compléter leurs études sur ce point de thérapeutique et aux docteurs en médecine se spécialisant dans les cures climatiques ou hydrominérales.

Cet enseignement aura lieu du 2 au 21 mars 1925 et sera complété par des voyages d'études aux stations climatiques et hydrominérales du Sud-Est, de l'Est et du Centre.

L'inscription est gratuite et comporte seulement l'engagement de l'assiduité aux différentes leçons et démonstrations pratiques.

NOTES DE PRATIQUE

PALPITATIONS DU CŒUR D'ORIGINE TOXIQUE OU VASO-CONSTRICTIVE

Alimentation lacto-végétarienne.

Massage et frictions des extrémités.

Matin et soir, avec un grand verre d'eau d'Evian, un cachet de Théosalvose phosphatée ou lithinée de 0g50.

Trois fois par jour, III gouttes de solution de trinitrine au centième ou X gouttes de teinture de crataegus dans un peu d'eau.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 16 FÉVRIER AU 21 JÉVRIER 1925)

THÈSES

Lundi 16 février. — Jury : MM. Richet, président; Couvelaire, Labbé (M.), Ecalle. — M. DUBAR (J.). Recherches sur le champ visuel des vertébrés. — M. BARDIN (J.). Quelques considérations sur la phlegmatia alba dolens au cours de la gestation. — M. DESNOYERS. Etude des déformations fœtales. — M. SCEMLA. Indications respectives des pelvitomies et de la césarienne. — M. KOLLITSCH (P.). Etude clinique de l'agoraphobie. — M. MEURDRAC. Etude de la sécrétion gastrique.

Mardi 17 février. — Jury : MM. Marfan, président; Bernard, Sicard, Baudouin. — M. MÉNARD. La réaction du benjoin colloïdal chez l'enfant. — M. BÉTHOUX. La colite supérieure (tuberculose pulmonaire). — M. D'HOUR. Etude de la vaccination antidiphtérique. — M. SELIGMANN. Polynucléose et bacillose du liquide céphalo-rachidien dans la granulie.

Jeudi 19 février. — Jury : MM. Achard, président; Lejars, Brindeau, Villaret. — M. LEGRAIN. Les hypertensions syphilitiques. — M. JULY. L'anesthésie régionale (cancer du sein). — M. FLANDRE (J.). Grossesses prolongées et gros enfants.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Carnot, président; Sergent, Panisset, Coquot, Robin. — M. DARROU. Sur la chimiothérapie dans le traitement des lymphangites du cheval. — M. CONTE. Etude du diagnostic de la tuberculose chez le chien.

ANÉMIE PERNICIEUSE

AVEC PARAPLÉGIE SPASMODIQUE PURE

Par MM. L. BABONNEIX et MAURICE LÉVY.

Les complications médullaires de l'anémie pernicieuse sont aujourd'hui bien connues, depuis le travail fondamental de Risien Russell (1). Elles peuvent affecter divers types. Le plus fréquent est assurément celui de la sclérose combinée dans laquelle, aux phénomènes de la série tabétique — abolition des réflexes tendineux, disparition des sensibilités profondes — s'associent l'un des signes indiquant l'atteinte des cordons antéro-latéraux : exagération des réflexes tendineux, trépidation spinale, signe de Babinski. Mais il y en a d'autres, comme l'un de nous l'avait déjà vu en 1913, et comme en témoigne l'observation suivante :

* * *

OBSERVATION. — Marcel B..., trente-deux ans, décolleteur, entre à l'hôpital de la Charité, salle Bouillaud, le 11 décembre 1924, pour une affection dont le début apparent remonterait à un mois et qui d'emblée paraît sérieuse. Il est dans un tel état d'abattement que l'interrogatoire, très difficile, ne permet d'abord d'obtenir aucune précision sur les phénomènes qui ont précédé son entrée à l'hôpital. Par les renseignements que fournit la famille on voit qu'il a été obligé de s'aliter il y a un mois, à l'occasion d'une grippe, mais que, depuis longtemps, il se sentait fatigué, en proie à une asthénie croissante.

Dans ses *antécédents héréditaires ou collatéraux*, on ne relève aucun fait saillant : la mère est bien portante; le père est mort d'anémie (?) à soixante-deux ans; sa femme, en bonne santé, n'a pas eu d'enfants ni fait de fausse couche.

Antécédents personnels. — Né en Argentine, amené en France à l'âge de deux ans, il n'a présenté aucune affection sérieuse dans l'enfance. A dix-huit ans, il a fait, à la suite d'une congestion pulmonaire, un séjour de quelques semaines au sanatorium d'Angicourt. Depuis, son état de santé satisfaisant lui avait permis de travailler activement.

Nous devons signaler cependant, en raison de leur fréquence dans ces derniers temps, de leur persistance actuelle, la répétition de petites hémorragies par l'anus, que le malade attribue à des hémorroïdes.

Etat actuel. — Au premier examen, l'attention est attirée par la teinte spéciale des téguments, jaune blafard, avec anémie intense de toutes les muqueuses et par le contraste avec l'absence d'amaigrissement, le sujet paraissant plutôt gras, un peu bouffi. Son asthénie est extrême, il est plongé dans un état d'obnubilation marquée qui nous fait renoncer à tout interrogatoire sérieux. La température est aux environs de 38 degrés. Il existe une légère dyspnée. L'examen clinique pratiqué systématiquement met en évidence trois ordres de faits : des symptômes cardiaques, une paraplégie spasmodique, et enfin des selles liquides contenant une quantité abondante de sang presque rouge.

L'étude en détail de ces symptômes, reprise les jours suivants, nous a conduits aux constatations suivantes :

La matité cardiaque n'est pas sensiblement augmentée, le choc de la pointe est perçu dans le cinquième espace intercostal; à l'auscultation, les bruits sont sourds, accélérés avec un rythme de galop très net. L'auscultation révèle, en outre, un souffle systolique intense, siégeant à la pointe et irradiant vers la ligne axillaire. On ne détermine aucune douleur sur le trajet du phrénique.

Le pouls est à 116 à la minute, il est petit : la tension artérielle est de 12-5.

L'examen du système nerveux révèle des signes intéressants : les *réflexes tendineux* sont *très exagérés*, surtout les rotuliens et les achilléens avec réponse vive et mouvements polykinétiques; il n'y a pas de clonus de la rotule, mais la *trépidation spinale* est obtenue facilement aux deux pieds; elle est presque inépuisable. Le *signe de Babinski* est bilatéral, le *réflexe d'Oppenheim* existe également.

Aux membres supérieurs, les réflexes tendineux sont un peu vifs.

Les réflexes cutanés abdominaux et crémastériens sont normaux.

Il n'y a pas de réflexes de défense.

Il n'existe aucune paralysie, le tonus musculaire est normal, il n'y a pas de modifications de la force segmentaire.

La recherche des troubles de la sensibilité, pratiquée à plusieurs reprises, ne révèle aucun trouble de la sensibilité superficielle, ni au tact, ni à la piqûre, ni à la chaleur. Il n'y a pas non plus de troubles de la sensibilité profonde; la notion de position des membres est conservée, on ne note pas d'incoordination, pas de dysmétrie, sauf peut-être une légère hésitation dans le mouvement du doigt sur le nez pratiqué avec la main droite. La perception des vibrations sonores est normale et le sens stéréognostique est conservé. Il n'y a pas d'adiadococinésie.

Les troubles sphinctériens font défaut.

Les signes oculaires, précisés par le spécialiste, consistent en faiblesse des réactions pupillaires, avec pupilles inégales, la droite étant un peu irrégulière. L'examen du fond d'œil révèle à droite, à la partie supérieure de la pupille, le long des vaisseaux, l'existence de cinq ou six placards d'exsudat blanchâtre qui sont la trace d'hémorragies anciennes.

L'examen des oreilles montre un tympan gauche légèrement enfoncé et de couleur grise; le tympan droit présente un cadre inférieur fortement épaissi et cicatriciel, avec perforation de la membrane de Shrapnell. Il n'y a pas d'écoulement. Quant à l'examen de l'oreille interne, il n'a pu être pratiqué.

En dehors des selles liquides et sanglantes, assez fréquentes et assez abondantes à l'entrée dans le service, le malade ne présente aucune autre hémorragie. L'anorexie est marquée. La langue est saburrale. Les parois abdominales sont flasques; la palpation ne réveille aucune douleur, ni au point appendiculaire, ni au point vésiculaire, ni sur la région pyloro-duodénale, ni sur le trajet des côlons. Le foie, dont la limite supérieure passe par le mamelon, déborde légèrement les fausses côtes. La rate n'est pas décelable par la percussion. Le toucher rectal, pratiqué par M. Baumgartner, ne révèle rien d'anormal; au rectoscope, on ne trouve ni rougeur, ni ulcération, ni rectite sur une hauteur de 30 centimètres (Gouverneur).

Pour compléter l'observation, nous devons noter que les poumons sont normaux, que le malade ne présente aucun stigmate net de spécificité. Il n'y a pas de leucoplasie. Il existe sur la face interne de la jambe gauche une cicatrice pigmentée buccale et au-dessus une petite cicatrice blanchâtre qui pourrait faire penser à une étiologie spécifique.

On ne trouve nulle part de masses ganglionnaires; les pieds sont légèrement œdématiés.

Les urines sont peu abondantes, voici les résultats d'une analyse complète : quantité en vingt-quatre heures : 1 litre.

Albumine : 0g06 p. 1.000 et 0g66 en vingt-quatre heures.
Sucre : absence.
Urée : 17g12 p. 1.000 et 18g83 en vingt-quatre heures.
Phosphates : 1g27 p. 1.000 et 1g39 en vingt-quatre heures.
Pigments biliaires : absence.
Acides biliaires : présence en faibles proportions.

Nous avons pratiqué, en outre, chez ce malade, un certain nombre d'examens dont nous rapportons les résultats.

L'examen de sang a confirmé l'anémie intense soupçonnée par la décoloration des téguments et des muqueuses.

Hémoglobine (au Talqwist).....	30 p. 100
Globules rouges	700.000
Globules blancs................	5.000

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles.....	66
Polynucléaires éosinophiles.....	0
Grands mononucléaires.........	2
Mononucléaires moyens.........	12
Lymphocytes..................	13
Myélocytes...................	4
Hématies nucléées.............	3

(1) R. RUSSELL, BATTEN and COLLIER. *Brain*, 1900, t. XXIII, p. 39.

Les globules rouges sont réguliers, quelques-uns sont nettement augmentés de volume.

La recherche du temps de saignement, du temps et du mode de coagulation du sang n'a rien montré d'anormal.

Une hémoculture pratiquée a été négative.

L'examen des selles, pour la recherche de parasites, en particulier d'œufs d'ankylostome, n'a fourni aucun résultat.

Enfin, la ponction lombaire a donné un liquide légèrement hypertendu, clair, renfermant 2 lymphocytes par millimètre cube et 0g22 d'albumine.

Le Bordet-Wassermann a été négatif aussi bien dans le liquide céphalo-rachidien que dans le sang.

* * *

Dans cette observation complexe et que les circonstances ne nous ont pas permis d'étudier complètement, deux faits acquis :

Le premier est l'existence d'une anémie pernicieuse avec tous ses éléments cliniques : pâleur excessive contrastant avec l'absence d'amaigrissement, décoloration des muqueuses, hémorragies rétiniennes, etc., hématologiques : diminution considérable de l'hémoglobine, réduite des deux tiers et chute des hématies au-dessous d'un million ; étiologiques : antécédents d'hémorragie minime, mais répétée.

Le second n'est autre que cette paraplégie spasmodique si manifeste et dont, avec l'aide de M. Pierre Mathieu qui prépare sur ce sujet un intéressant mémoire, nous avons pu bien étudier les caractéristiques.

Assurément, il est plus fréquent d'observer dans l'anémie pernicieuse un syndrome pseudo-tabétique lié aux lésions des cordons postérieurs. Mais la paraplégie spasmodique n'est pas exceptionnelle. L'un de nous en a jadis rapporté deux cas avec M. L. Tixier (1). Il s'agissait, dans le premier, d'une femme de trente-huit ans, atteinte d'anémie pernicieuse, avec « parésie spasmodique des membres inférieurs, exagération des réflexes rotuliens et achilléens, signe de Babinski, mais sans trépidation spinale ». Au sujet de ce premier cas, nous rappellions les observations analogues éparses dans la littérature, dont celles de Burgerhout et V. Londen, où « la constatation d'une parésie des membres inférieurs avec exagération des réflexes et signe de Babinski a fait porter le diagnostic de lésion pyramidale. A l'autopsie, myélite diffuse intéressant inégalement tous les faisceaux blancs et ne respectant pas la substance grise ». Dans la seconde, concernant un garçon de onze ans et demi également atteint d'anémie pernicieuse, on notait les symptômes nerveux suivants : exagération des réflexes tendineux, présence d'un léger clonus du pied.

Depuis, nombre de cas plus ou moins semblables ont été signalés. M. H. W. Woltmann, dans un travail intitulé « The nervous symptoms in pernicious anemia : an analysis of one hundred and fifty cases » (2), insiste sur ce fait que, le plus souvent, il s'agit de sclérose combinée, que le début se fasse par les cordons antéro-latéraux ou par les cordons postérieurs. M. André Thomas rapporte, en 1921, un cas de sclérose combinée fruste à marche lente, entrecoupée de rechutes survenues au cours d'une anémie pernicieuse (3). En 1922, plusieurs mémoires ont été consacrées à la question. MM. Pierre Marie et P. Bailey rapportent à la Société de neurologie deux cas de dégénérescence combinée subaiguë de la moelle, accompagnant une anémie pernicieuse et évoluant en trois étapes : la seconde étant caractérisée par « l'ataxie, la spasticité et la diminution du sens des positions au niveau des membres inférieurs, les réflexes tendineux étant peu vifs, alors que l'extension bilatérale de l'orteil était au contraire très nette » (1). Le même mois, M. Jumentié étudie (2), dans un important mémoire, le syndrome des fibres radiculaires longues des cordons postérieurs et aborde, à propos de son observation, la question des scléroses combinées liées à l'anémie pernicieuse. Dans un cas de MM. Faure-Beaulieu et Lévy-Brühl, relatif à une anémie grave, produite par une intoxication benzolique professionnelle, il existait une exagération des réflexes tendineux et du clonus du pied bilatéral, mais sans extension de l'orteil (3), et aussi des troubles de la sensibilité profonde, contrastant avec l'intégrité de la sensibilité superficielle. Enfin, dans le cas publié par MM. André Thomas et Poix, on constatait, chez une femme présentant tous les signes de l'anémie pernicieuse, un syndrome ataxo-paraplégique avec abolition des réflexes rotuliens et achilléens, extension des orteils, abolition des sensibilités profondes, démarche ataxique, signe de Romberg (4).

Dans la plupart de ces cas, les phénomènes spasmodiques n'étaient pas purs : il s'y associait des signes indiquant une lésion des cordons postérieurs. Dans d'autres, ils étaient dissociés. Dans le nôtre, au contraire, ils figuraient au grand complet : exagération des réflexes tendineux, trépidation spinale, signe de Babinski. Des cas de ce genre sont beaucoup plus rares, infiniment moins bien connus, et c'est ce qui fait leur intérêt.

(1) L. Babonneix et L. Tixier. Sur trois cas d'anémie pernicieuse à type aplastique, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 janv. 1913.

(2) L. Woltmann. *Amer. Journ. med. sc. Philad.*, 1919, p. 400-409.

(3) André Thomas. *L'Encéphale*, 1921, n° 8, p. 406.

(1) P. Marie et Percival Bailey. *Soc. de neurol.*, séance du 9 mars 1922, in *Revue neurol.*, 1922, p. 305-308.

(2) Jumentié. *Revue neurol.*, 1922, p. 432-441.

(3) Faure-Beaulieu et Lévy-Bruhl. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1922, p. 1467.

(4) André Thomas et Poix. *Arch. des mal. du cœur*, juillet 1922.

QUELQUES REMARQUES

SUR

TROIS CAS DE TORSION DE L'HYDATIDE DE MORGAGNI

CHEZ L'ENFANT

Par MM. J. DENOY et J. CODET

Internes des hôpitaux de Paris.

Nous avons pu observer en l'espace de six mois, dans le service de notre regretté maître, le docteur Hallopeau à l'hôpital Trousseau, trois cas de cette curieuse et rare affection que constitue la torsion de l'hydatide de Morgagni.

Observation I (MM. Bergeret et Denoy, *Soc. de chir.*, 15 oct. 1924). — L'enfant J..., huit ans, entre à l'hôpital Trousseau le 2 mars 1924.

Il a été pris brusquement et sans cause manifeste, le 1er mars 1924, d'une violente douleur inguino-scrotale droite qui est rapidement suivie d'un gonflement de la bourse de ce côté. Il a quelques nausées dans la soirée. Douleurs et gonflement scrotal augmentant, ses parents le conduisent à l'hôpital le lendemain 2 mars.

A l'*examen*, la moitié droite du scrotum est tuméfiée.

tendue. Cette tuméfaction s'accompagne d'une légère rougeur et d'un peu d'œdème sous-cutané.

La palpation paraît provoquer une grande douleur. Elle permet de sentir une masse trois ou quatre fois plus grosse que ce que l'on sent à gauche. Il est impossible de rien distinguer dans cette masse. Le cordon est augmenté de volume et sensible à la pression.

Température : 38°2 ; excellent état général.

Intervention le 2 mars.

Léger œdème sous-cutané. Le feuillet pariétal de la vaginale est très épaissi, blanchâtre, comme atteint par une inflammation chronique. Lorsqu'on l'incise il s'écoule quelques gouttes de sérosité jaunâtre. Le testicule et l'épididyme sont à peine modifiés, un peu congestionnés, mais une masse noire de la grosseur d'une cerise (plus grosse que le testicule) apparaît d'emblée. Elle s'implante par un court pédicule au niveau du sillon orchi-épididymaire, au niveau du pôle antéro-supérieur dans sa partie externe.

Il s'agit manifestement d'une *hydatide de Morgagni*. Elle est tordue sur son pédicule par trois tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Ligature du pédicule; excision; retournement de la vaginale. Crins sur la peau.

Suites opératoires simples; les douleurs ont complètement disparu le lendemain.

La température est à 37 degrés. Le malade sort guéri le huitième jour.

Nous n'avons pu avoir de renseignements très nets sur les antécédents. Nous avons simplement appris que, un mois et demi avant l'incident, la mère avait conduit l'enfant à la consultation de l'hôpital parce que sa bourse droite avait à ce moment légèrement augmenté de volume. On aurait porté le diagnostic d'hydrocèle.

L'*examen histologique* (M. Ménétrier) montre qu'il s'agit d'une poche fibreuse sans revêtement épithélial reconnaissable et paraissant renfermer un exsudat hématique déjà très transformé.

Obs. II (Denoy). — L'enfant A..., treize ans, entre à l'hôpital Trousseau le 17 juillet 1924.

Il a été pris brusquement le 13 juillet 1924 d'une douleur inguino-scrotale droite rapidement suivie d'augmentation de volume de la bourse droite. Il a eu quelques nausées.

A l'*examen*, tuméfaction de la moitié droite du scrotum. La peau est légèrement rouge.

A la palpation, l'appareil épididymo-testiculaire paraît doublé de volume. La pression réveille une vive douleur. Le cordon est gros et douloureux.

Excellent état général. Température : 37°8.

Intervention le 17 juillet 1924.

Incision de la vaginale épaissie. Issue de quelques gouttes de liquide séro-sanguinolent. Le testicule et l'épididyme sont à peu près normaux, mais dans le sillon épididymo-testiculaire, au niveau du pôle antéro-supérieur du testicule, on voit une masse noirâtre de la grosseur d'un pois s'implantant par un court pédicule tordu de deux tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre.

Ligature du pédicule; excision de l'hydatide.

Retournement de la vaginale. Crins cutanés.

Suites opératoires normales. Dès le lendemain les douleurs cessent.

Le malade sort guéri le huitième jour.

Obs. III (Codet). — L'enfant R..., douze ans, entre à l'hôpital Trousseau le 24 septembre 1924 pour douleurs au niveau de la région scrotale droite ayant débuté brusquement le 23 septembre 1924 au soir.

A l'*examen*, scrotum légèrement volumineux du côté droit.

A la palpation, on délimite facilement le testicule qui paraît normal et peu douloureux. La tête de l'épididyme paraît tuméfiée et il existe à son niveau un point douloureux très net.

Excellent état général. Pas de fièvre.

Intervention le 24 septembre.

Incision de la vaginale; issue de quelques gouttes de sérosité.

Testicule et épididyme normaux.

Au pôle supérieur du testicule, dans le sillon épididymo-testiculaire, on aperçoit une masse violacée, légèrement allongée, du volume et de la forme d'un haricot; c'est une hydatide tordue.

Le pédicule est tordu de deux tours de spire dans le sens des aiguilles d'une montre. Excision de l'hydatite après ligature du pédicule. Crins cutanés.

Suites opératoires parfaites; dès le lendemain les douleurs cessent. Le malade sort guéri le huitième jour.

En somme, les faits que nous venons d'exposer montrent que la torsion de l'hydatite de Morgagni se caractérise cliniquement par une symptomatologie d'orchite subaiguë primitive.

Le début se fait chez un sujet jusque-là bien portant d'une façon assez brusque par une douleur inguino-scrotale du côté atteint.

Rapidement la moitié correspondante du scrotum se tuméfie et devient douloureuse. La peau est légèrement rouge, et il existe souvent un léger œdème sous-cutané. L'appareil épididymo-testiculaire paraît augmenté de volume sans qu'il soit le plus souvent possible de distinguer le testicule de l'épididyme. Le cordon est un peu gros et sensible à la pression. Cette réaction locale s'accompagne parfois d'une légère réaction générale. Température à 37°-8-38°. Parfois quelques nausées ou un vomissement.

Lorsqu'on observe ces symptômes d'orchite aiguë chez un enfant en bonne santé, en l'absence de tout traumatisme et de maladies infectieuses (orchite ourlienne par exemple, d'ailleurs rare chez l'enfant) on doit penser à une torsion de l'hydatide de Morgagni ou à une torsion du cordon.

C'est dans le doute de cette dernière éventualité qu'il faut opérer.

Peut-être dès le début l'atténuation des signes locaux et le plus souvent l'absence de signes généraux pourraient plaider en faveur de la torsion de l'hydatide.

Certes, cette affection abandonnée à elle-même se terminerait probablement par une évolution favorable. Mais il n'est pas possible d'en poser le diagnostic ferme, et abandonner à elle-même une torsion du cordon serait faire courir à l'enfant les risques de complications sérieuses.

Il semble donc nécessaire d'intervenir dans tous les cas d'orchite aiguë ou subaiguë primitive de l'enfant.

L'intervention est d'une bénignité absolue. S'il s'agit d'une torsion du cordon elle permet d'en prévenir les complications. S'il s'agit d'une torsion d'hydatide de Morgagni elle supprime radicalement les phénomènes douloureux et procure une guérison rapide.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 FÉVRIER 1925)

Zona et varicelle. — M. J. Hallé, à propos de l'intervention de M. Netter à la précédente séance dans la discussion des observations de MM. Aviragnet et Huber sur les rapports du zona et de la varicelle, relate une observation de coexistence de zona et de varicelle vue dans son service et à laquelle M. Netter a fait allusion. Il s'agissait d'une femme de soixante et onze ans admise le 26 octobre 1924 à l'hôpital Necker pour ulcère variqueux. Les douleurs violentes qu'elle éprouvait au niveau de la paroi abdominale inférieure firent découvrir l'existence d'un grand zona lombo-abdominal. Or, cette malade fit dans le service, quinze à dix-huit jours après le début de son zona, une première poussée de varicelle dont

plusieurs médecins, notamment MM. Netter et Comby, affirmèrent le caractère légitime.

Mort subite au cours de la ponction pleurale. — M. Barbier, à propos de la communication faite à la précédente séance par M. Léon-Kindberg, attire l'attention des médecins sur les risques que peut présenter même une simple ponction exploratrice. Il cite deux observations : dans la première, une ponction pleurale exploratrice, sous-claviculaire il est vrai, détermina chez un enfant une syncope très grave et deux heures d'effort furent nécessaires pour ranimer le petit malade. Dans un second cas, chez un sujet de neuf mois, une ponction également exploratrice détermina une syncope mortelle. Dans ces deux observations il n'existait pas d'épanchement pleural.

M. Chauffard pense qu'on se met dans une large mesure à l'abri de ces incidents en faisant précéder la thoracentèse d'une injection cardiotonique.

Un cas d'anémie pernicieuse à rechutes traitée par l'acide arsénieux. — MM. H. Dufour et Baruch, à propos de la médication à opposer à l'anémie pernicieuse, rapportent un cas dans lequel l'acide arsénieux, administré sous la forme de granules de dioscoride, a donné d'excellents résultats. Les doses ont été portées à 20 milligrammes par jour, soit vingt granules.

Maladie de Raynaud avec artérite apparue à l'occasion d'une infection locale chez une ancienne syphilitique. — MM. H. Grenet et Pellissier. Il s'agit d'un syndrome de Raynaud à la base duquel l'oscillomètre a prouvé l'existence d'une endartérite. Des antécédents syphilitiques nets, la réaction de Wassermann firent la preuve étiologique de cette artérite. L'intérêt de ce cas vient aussi du déclanchement des accès d'asphyxie des extrémités à l'occasion d'une infection locale, sous forme d'un panaris suivi de rétraction fibreuse.

Forme laryngée du cancer de l'œsophage. Crises de dyspnée avec hypertension artérielle cédant à la saignée. — MM. Harvier et Bariéty présentent les pièces d'un malade ayant succombé à un cancer de la partie supérieure de l'œsophage et dont la symptomatologie fut purement laryngée : cornage inspiratoire continu avec paroxysmes dyspnéiques. La particularité intéressante de cette observation est que chaque crise dyspnéique s'accompagnait d'une élévation considérable de la tension artérielle.

Quatre cas de kala-azar d'origine française. Résultats favorables du traitement par les injections intraveineuses d'émétique de soude. — MM. d'Œlsnitz, Daumas, Liotard et Puech (de Nice) rapportent quelques observations de leishmaniose viscérale toutes caractérisées par une anémie splénomégalique fébrile et identifiées par la constatation des corpuscules de Leishmann-Donovan dans la pulpe splénique recueillie par ponction capillaire de la rate.

Trois cas traités par les injections intraveineuses d'émétique de soude sont actuellement en voie de guérison. La guérison clinique apparente se traduit rapidement par la chute de la température, l'amélioration de l'état général, la diminution du volume de la rate.

Transformation d'une pleurésie séro-fibrineuse en pleurésie purulente à bacille paratyphique B. — MM. Brouardel, J. Renard et A. Seligman rapportent l'observation d'une pleurésie séro-fibrineuse apparue quatre jours après un traumatisme sur l'hémithorax correspondant et qui, après quinze jours d'évolution et une ébauche de défervescence, se transforma spontanément en pleurésie purulente à para B. La guérison fut obtenue par une simple ponction évacuatrice incomplète et réinjection locale de septicémine.

Intradermo-réactions à la peptone dans le traitement des affections anaphylactiques (asthme, coryza spasmodique, rhume des foins). — MM. Pasteur Vallery-Radot et Pierre Blamoutier. Les procédés de désensibilisation utilisent la voie sous-cutanée, intramusculaire ou veineuse, ou bien encore la voie intestinale. Les auteurs se sont demandé si l'on ne pourrait pas obtenir la désensibilisation par une voie différente, la voie intradermique. Leur but était de provoquer une réaction locale intense, mais passagère, qui fût suffisante pour déterminer un choc colloïdoclasique atténué et, par sa répétition, une modification de l'état anaphylactique.

Une peptone à la concentration de 50 p. 100, injectée dans le derme, a permis de réaliser cette réaction. A la suite d'une intradermo-réaction, avec 1 à 3 dixièmes de cette solution de peptone, apparaît rapidement une papule d'aspect ortié, entourée d'une zone érythémateuse qui dure environ une heure et s'accompagne ordinairement d'une crise hémoclasique.

Les intradermo-réactions en série se sont montrées efficaces dans l'asthme, le coryza spasmodique, le rhume des foins.

Cette nouvelle méthode de désensibilisation par la production d'une réaction locale, à l'aide d'une peptone concentrée en injection intradermique, semble devoir entrer dans la pratique à côté des autres modes de désensibilisation. Sa simplicité et son innocuité la rendent facilement applicable. Elle pourra rendre des services dans divers états anaphylactiques où l'on cherche, soit une disparition, soit une atténuation des crises par une désensibilisation non spécifique.

Leucémie et tuberculose. — MM. P.-Emile Weil, Isch-Wall et Pollet rapportent deux nouveaux cas de leucémie lymphatique et myélogène où *post mortem* on trouva des lésions tuberculeuses des organes hématopoïétiques. Ils n'ont, par contre, rencontré, en s'efforçant d'en faire la preuve par toutes les méthodes, aucune lésion de tuberculose au cours de trois autres autopsies de leucémiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1925)

Pied bot invétéré. — M. Mathieu fait un rapport sur un cas de pied bot invétéré traité par MM. Valter et Magliano par tarsectomie et réduction sanglante de l'astragale. Bon résultat.

Cholécystites et cholécystostomie. — M. Proust fait un rapport sur un travail de M. Lauvers relatif à 129 cas de cholécystites calculeuses et autres traités par la cholécystostomie. Sur ces 129 cas, il n'y a eu que trois morts, par pneumonie et par embolie. C'est donc une bonne statistique dans l'ensemble.

Il s'agit, soit de cholécystites simples, soit de cholécystites calculeuses. Dans un cas, il y avait une fièvre typhoïde dans les antécédents. Dans plusieurs cas, la radiographie a révélé une stase duodénale. Dans aucun cas, il n'y a eu de récidive.

M. Lauvers fait suivre ces observations de considérations générales. Il insiste particulièrement sur l'emploi, comme diagnostic, de divers corps colorants ayant la propriété de s'éliminer par la bile. Tout en ayant obtenu des résultats intéressants, M. Lauvers fait quelques réserves sur l'emploi de ces matières colorantes.

Ostéosynthèse. — M. Mauclaire apporte les résultats de ses propres observations. Il a employé successivement, chez l'adulte, les appareils fixateurs de Lambotte, sans autres accidents que quelques cas de périostose au niveau des points de jonction des vis. Il a employé aussi les manchons en ivoire, les manchons métalliques. Les manchons d'ivoire se résorbent, mais ils cassent facilement. Il s'est bien trouvé d'une ostéosynthèse pour une fracture du col de l'humérus, pour des fractures obliques du corps du fémur. Il a constaté quelques cas de fractures itératives.

Le résultat de ces observations est que M. Mauclaire trouve exagérées les critiques de M. Thiéry. Mais il ne partage pas complètement l'enthousiasme de M. Dujarier. Aussi reste-t-il éclectique intermédiaire entre les deux.

Hépatite d'origine chloroformique. — M. Lafourcade (de Bayonne) communique l'observation d'un malade qu'il opéra d'un ulcus duodénal par gastro-entérostomie. Il l'anesthésia avec un mélange de chloroforme et d'éther. Il estime à 20 grammes la dose de chloroforme absorbée.

La température s'éleva à 40 degrés, le pouls monta à 140, vomissements noirs abondants, urines albumineuses, pas d'acétone, ictère grave, coma, entérite, mais ventre souple, pas de péritonite.

Diagnostiquant une hépatite d'origine chloroformique, M. Lafourcade prescrit des injections intraveineuses d'insuline, suivies d'injections de sérum glucosé. Les deux premiers

jours pas de changement, mais après trois injections l'amélioration se produisit peu à peu. Les accidents disparurent et la guérison fut obtenue.

En cas d'hépatite d'origine chloroformique, il y a donc lieu de songer aux injections intraveineuses d'insuline.

Sympathitectomie dans l'angine de poitrine. — M. GERNEZ fait connaître les résultats éloignés d'une sympathitectomie cervicale gauche qu'il a pratiquée dans un cas d'angine de poitrine. Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans qui a présenté des troubles nerveux et des accidents paludiques par suite d'un séjour en Indo-Chine. Elle avait souvent des accès de dyspnée, de la tachycardie. On appliqua un traitement spécifique, mais le Wassermann était négatif.

Survint une grippe avec congestion pulmonaire. La tension artérielle était de 25-12.

Puis apparurent de grandes crises angineuses avec dyspnée intense. D'accord avec le docteur Laubry on décide une intervention sur le sympathique cervical gauche. Résection de ce nerf et du ganglion cervical, suites bonnes. La tension artérielle tombe à 17-6. La dyspnée s'atténue de plus en plus. Un mois après l'intervention on constate une grande amélioration. Depuis sept mois, il n'y a plus eu de grandes crises.

M. DE MARTEL a pratiqué plusieurs fois la même opération pour des accès d'angine de poitrine avec un succès relatif.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 31 JANVIER 1925)

Endémie goitreuse dans la Robertsau. — MM. BOREL, BOEN et FREISZ ont étudié une endémie goîtreuse survenue dans l'un des faubourgs de Strasbourg, la Robertsau, qui ne reçoit pas son eau de la même canalisation que le reste de la ville, et où les conditions hygiéniques restent quelquefois à désirer, moins, toutefois, que dans certaines fermes des environs. Le goitre y est très fréquent, et frappe surtout des personnes vivant au rez-de-chaussée, et vivant en cohabitation avec les bêtes, chiens, cochons, souvent atteints de goitre, eux aussi. Ne s'agit-il pas d'une infection d'origine intestinale? Un auteur anglais, Carison, avait vu dans l'Inde, des faits analogues, et réussi à reproduire des tuméfactions thyroïdiennes par l'expérimentation. Mais a-t-il reproduit des goitres vrais? Il est permis d'en douter. En tout cas, les auteurs ont injecté des matières de goitreux à des rats. Aucun résultat. Avec les chiens, les résultats ont été infiniment plus démonstratifs. Ils feront l'objet d'une prochaine note. Les auteurs ont eu l'idée d'examiner les selles des personnes atteintes, et ont trouvé chez elles une infection vermineuse intestinale, avec éosinophilie, témoin manifeste de la maladie goitreuse.

Infection typhique expérimentale. — MM. DALSACE et GORY, en employant une souche particulière de paratyphique, ont réussi, et par inoculations sous-conjonctivales, et par ingestion, à reproduire, chez le cobaye, une fièvre typhoïde cliniquement et anatomiquement identique à la fièvre typhoïde humaine.

Virus vaccinal dans la cornée du lapin. — MM. BOREL et MULLER. Si l'on a soin, après avoir inoculé du virus vaccinal dans la cornée de lapin, de laisser l'œil détaché de l'animal quelques heures à la chambre humide, puis d'en approcher une lame chauffée, on arrive à décalquer l'épithélium conjonctival, et à étudier la pustule, où l'on peut, après les techniques habituelles de mordançage, mettre en évidence des corpuscules tout petits, analogues au germe du molluscum contagiosum, et qui sont peut-être les parasites de la maladie.

Le reticulum thymique. — MM. BENANCES et DE LUNA. Le réticulum thymique, traité par l'argent, apparaît identique au réticulum des autres organes hémato-poiétiques.

Recherches sur les variations physiologiques du taux de la cholestérine dans le lait de femme. — M. H. DORLENCOURT et Mlle E. PAÉFY. Le taux moyen de la cholestérine, assez variable chez les différentes nourrices, 0g21 p. 100. L'âge de la nourrice, l'âge du lait, augmentent cette proportion. Le lait est plus chargé en cholestérine à la fin de la tétée qu'au commencement. La rétention mammaire s'accompagne d'une diminution rapide de cette substance. Les repas, l'ingestion de cholestérine ont une influence peu marquée sur les variations de la cholestérine dans le lait.

La vaccination au moyen de la toxine streptococcique de Dick. Vaccinations antitoxiques simultanées. — M. Chr. ZŒLLER a employé la toxine streptococcique pour étudier, chez une série de sujets, la disparition progressive de la réaction de Dick positive. Les réactions locales se sont produites onze fois sur trente injections; deux réactions générales furent notées dont la plus intense atteignit 38°7. La réaction de Dick négative s'installa après deux injections (deux fois), trois injections (deux fois), quatre injections (trois fois).

Dans une seconde série de vaccinations, l'auteur fit coïncider l'injection d'anatoxine diphtérique et de toxine streptococcique. Ces vaccinations simultanées ne paraissent pas devoir susciter de réactions plus vives que faites isolément.

L'auteur envisage les rapports de la vaccination streptococcique et de l'infection scarlatineuse. Si l'on ne considère le streptocoque que comme un germe de sortie au cours de la scarlatine, la vaccination antistreptococcique peut être considérée comme l'analogue de la vaccination polymicrobienne et non spécifique tentée contre la grippe.

D'autre part, si le streptocoque est bien l'agent pathogène de la scarlatine, il n'est pas démontré qu'une vaccination purement antitoxique mette un sujet à l'abri des manifestations de la *virulence* du streptocoque.

Sur la possibilité de préparer une anatoxine streptococcique. — Chr. ZŒLLER établit tout d'abord qu'il est possible de fabriquer une toxine streptococcique dans un milieu de culture dépourvu non seulement de globules rouges mais même de sérum animal. Le bouillon peptoné ordinaire suffit pour sa préparation.

Il étudie ensuite l'action sur cette toxine de la chaleur et du formol à des taux divers. L'action atténuante, peu marquée en milieux albumineux, est nette en milieux ordinaires. Elle permet de passer d'une toxine active à 1 p. 500 à un produit secondaire qui même à 1 p. 10 ne donne pas de réaction sensible par intradermo-réaction. L'auteur recherche si le pouvoir antigène de la toxine est respecté par l'action du formol, condition sans laquelle il ne serait pas d'anatoxine streptococcique.

MM. André WEILL et LAUDAT ont réalisé l'**hypoglycémie chez une malade atteinte de diabète rénal** en lui faisant ingérer à jeun 30 grammes de glucose dans 250 centimètres cubes d'eau.

Après une élévation passagère, la glycémie est tombée à 0g48 après deux heures; après trois heures elle était encore à 0g59.

Or, pendant toute cette période, la malade a eu faim, s'est plainte d'un peu de faiblesse des jambes, mais elle n'a eu aucun des symptômes qu'on observe généralement au cours de l'hypoglycémie provoquée par l'injection d'insuline; anxiété, tremblements, convulsions, sudation abondante, modifications du pouls et de la température.

Il est donc possible dans le syndrome dit « hypoglycémique » provoqué par l'injection d'insuline de dissocier les symptômes qui paraissent proprement liés à l'hpoglycémie (faim impérieuse, et faiblesse des jambes) des autres symptômes qui ne paraissent pas liés à l'hypoglycémie elle-même, mais dépendent vraisemblablement d'actions secondaires de l'insuline.

(SÉANCE DU 7 FÉVRIER 1925)

Séparation de deux microbes grâce à leur différence de sensibilité au rayonnement B. — MM. LACASSAGNE et PAULIN. Profitant de la radiosensibilité différente des divers microbes, les auteurs ont pu, en utilisant la technique déjà décrite dans une note antérieure, isoler par le seul effet des rayons B du radium le microbe le moins sensible d'un mélange des deux microbes; le streptocoque, par exemple, d'un mélange de streptocoque et de staphylocoque.

Etude de l'immunité envers le streptocoque au cours de la gestation et de la puerpéralité. — MM. Lévy-Solal, Simard, Leloup et Mérat. A l'occasion de leurs recherches sur le traitement de l'infection puerpérale par la vaccinothérapie locale, les auteurs ont cherché à préciser l'état de réceptivité des femmes vis-à-vis du streptocoque par la méthode de l'intradermo-réaction à l'aide de leur filtrat thérapeutique.

Après exposé de leurs résultats expérimentaux, les auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1° L'intradermo-réaction, suivant leur technique, est spécifique, puisque :

1. Le bouillon peptoné simple ne donne aucune réaction;
2. Les affections non streptococciques ne la modifient pas;
3. Seules les affections streptococciques graves la modifient et il y a parallélisme entre leur évolution et l'intensité de la réaction.

2° Au cours du travail, l'intradermo-réaction montre un fléchissement de l'immunité naturelle des femmes vis-à-vis du streptocoque.

La réaction de conglutination comparée à la réaction de fixation dans le diagnostic de certaines maladies microbiennes. — MM. Brocq-Rousseu, Urbain et Gauchemez ont appliqué la réaction de conglutination à certains sérums humains ou d'animaux riches en sensibilisatrices. Ils ont obtenu les résultats suivants : 8 sérums de chevaux morveux ont fourni 8 réactions de conglutination positives; 10 sérums de syphilitiques, 6 réactions de conglutination positives et 4 négatives; 10 sérums de tuberculeux ont donné 6 réactions de conglutination positives et 4 négatives.

La réaction de conglutination a donc une valeur comparable à celle de la réaction de déviation pour le diagnostic de la morve. Pour les autres étudiées sa valeur est au contraire très inférieure à cette dernière méthode.

Cristaux uratiques intranucléaires dans un tophus goutteux. — MM. Ch. Achard et E. Feuillié, à l'examen microscopique d'un tophus goutteux, ont trouvé, outre des granulations graisseuses et des cristaux de cholestérine, des cristaux d'acide urique, les uns libres, les autres à l'intérieur des noyaux de nombreuses cellules, notamment des cellules géantes. Ces cristaux se voyaient très bien grâce à leur aspect brillant en lumière polarisée.

On peut se demander si ces cristaux ont été inclus secondairement par les cellules; mais leur siège intranucléaire et le fait que les noyaux qui les contiennent sont moins riches en matière nucléaire que ceux des autres cellules permettent de penser plutôt que l'acide urique, formé aux dépens des nucléoprotéides, s'est cristallisé sur place aussitôt formé, probablement parce qu'il y avait dans le tophus des conditions favorables à sa précipitation; car dans beaucoup d'autres processus de caryolyse on ne voit pas de semblables cristaux.

Dans ce tophus, les cristaux uratiques étaient petits et assez disséminés. Mais dans d'autres concrétions goutteuses ils sont souvent en masses touffues et considérables où il ne serait pas possible de noter la particularité signalée.

Sur la conservation des souches de méningocoques. — MM. R. Dujarric de la Rivière et Et. Roux. Les cultures de méningocoques succombent rapidement quand on les sort de l'étuve; c'est un fait bien connu des bactériologistes et qui rendait presque impossible le transport de ces germes à distance. Or, les essais de standardisation des sérums, poursuivis durant ces dernières années, ont bien mis en évidence la nécessité pour les différents instituts de sérothérapie d'échanger entre eux les souches microbiennes avec lesquelles ils préparent les émulsions qui servent à vacciner les chevaux. Les auteurs se sont donc efforcés de trouver un milieu de conservation pour le méningocoque et, après plusieurs essais, ils se sont arrêtés à une technique qui consiste essentiellement à semer les germes sur gélose au foie de cheval et à recouvrir ensuite la culture avec un mélange de gélatine et d'extrait globulaire. Ils ont, par des repiquages successifs, constaté la valeur de conservation que possède ce milieu. Enfin, ils ont pu ainsi faire parvenir des méningocoques vivants à Lyon, Montpellier, Bruxelles et en Roumanie.

Equilibre acide base du sang et menstruation. — M. R. Weismann-Netter. Normalement existe, précédant la menstruation, une variation de l'équilibre acide base du sang, avec diminution de la réserve alcaline réalisant un état d'acidose compensée. La réserve alcaline se relève assez brusquement une fois le flux menstruel apparu. Des exceptions n'ont été trouvées que lorsque certains phénomènes pathologiques apparaissaient en même temps que les règles : migraine, état maniaque.

Action de la pectine sur la coagulation du sang. — M. R. Feissly (de Lausanne). L'injection intraveineuse d'une solution de pectine à 1 p. 100 produit chez le lapin et chez l'homme une phase d'hypercoagulabilité sanguine. Chez le chien on observe, au contraire, un retard considérable du temps de coagulation.

La stabilité du fibrinogène « in vivo ». — M. R. Feissly. Le fibrinogène *in vivo* est plus stable, on le sait, qu'*in vitro*. Mais cette stabilité est sensiblement modifiée par la stase sanguine.

La toxi-extinction de l'exanthème scarlatineux. — M. C. Zœller, ayant pratiqué la réaction de Dick au niveau même d'un exanthème scarlatineux, a remarqué l'apparition d'une réaction de Dick positive suivie après quarante-huit heures d'un blanchiement local de l'exanthème; la réaction de Dick doit être pratiquée dès le premier jour de la maladie. L'extinction locale de l'éruption à laquelle l'auteur donne le nom de toxi-infection précède de deux ou trois jours la disparition totale de l'exanthème. L'auteur n'a pas retrouvé de phénomène analogue chez deux rougeoleux, ni après l'emploi chez un scarlatineux de l'anatoxi-réaction.

L'auteur pense qu'il peut s'agir d'une véritable guérison locale de la scarlatine produite activement; le phénomène de Schultz et Charlton ou séro-extinction la réalise passivement.

Il envisage l'emploi éventuel de la toxine streptococcique ou mieux de l'anatoxine streptococcique pour hâter la disparition de l'éruption scarlatineuse.

Election. — M. Nattan-Larrier est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(séance du 24 janvier 1925)

Lavages des vésicules séminales. — M. G. Luys a pratiqué 80 fois cette opération pour l'infection des vésicules séminales, affection fréquente et non susceptible de guérison spontanée. L'injection faite par le canal déférent doit séjourner longtemps dans leur cavité pour obtenir la guérison radicale. On préviendra ainsi les récidives d'épididymite, et après désinfection, on assurera une fécondation saine.

Dysmorphoses facio-cranio-vertébrale. — M. Pierre Robin présente des enfants qui, antérieurement, respirateurs par la bouche, reprennent une santé et une croissance normale, grâce à un appareil qui rétablit complètement et définitivement la respiration par le nez.

Le glycérolé suramidonné. — M. Gallois a, par son emploi, obtenu des meilleurs résultats dans le traitement de la furonculose.

Entraînement respiratoire et prophylaxie. — M. Pescher. L'entraînement respiratoire réglé, dosé, objectivé et progressif est devenu aux points de vue prophylactique et curatif une médication des plus fécondes. En présence de tout malade, le médecin doit 1° mesurer la capacité respiratoire pour se rendre compte de sa défaillance, 2° réaliser le double entraînement respiratoire de qualité et de quantité afin de combler le déchet.

Traitement des uréthrites chroniques par les auto-vaccins. — MM. Zadok et Grimberg. L'autovaccinothérapie associée à un traitement local approprié constitue un appoint précieux dans la lutte contre la blennorragie chronique et ses complications. Les auteurs apportent une importante statistique avec une notable proportion de guérisons contrôlées par les cultures de sperme.

ANALYSES

Luxation congénitale.

La luxation congénitale de la hanche. Etude de 277 cas (R. Soutter et R. W. Lovett (de Boston). *Journ. of the amer. med. assoc.*, 19 janv. 1924, n° 3, vol. LXXXII, p. 171-177, 13 fig.) — La technique suivie est la suivante : dans les cas jeunes, réduction manuelle, après cinq, ou six ans réduction à la machine de Bradford. Comme celle-ci a été employée dans 69,5 p. 100 des cas, il s'agit donc surtout de cas déjà assez âgés. Un seul plâtre est employé en abduction à 90 degrés, avec de la rotation tantôt externe, tantôt indifférente, tantôt interne selon les cas. Après six semaines, deux mois, le plâtre est coupé au genou, et la mobilisation commencée. Transformé ensuite en bivalve, il permet de faire des mouvements, du massage, du cinquième au septième mois des exercices de marche sont commencés. Mais le plâtre en abduction est remis ensuite et conservé au total dix à douze mois.

Il y a eu 78 récidives nécessitant une deuxième intervention (28 p. 100), et 71 p. 100 de résultats immédiatement satisfaisants.

Sur les malades qu'on a pu revoir à distance, on trouve 83 p. 100 de bons résultats.

Les auteurs font une étude radiographique de la hanche normale de l'enfant aux dévissages et des luxés, chez ceux-ci les deux facteurs de gravité sont le degré d'obliquité du toit du cotyle, et le degré d'antéversion du col.

Chez les sujets revus à distance on constate que le toit du cotyle s'améliore dans 60 p. 100 des cas, ne se modifie pas dans 25 p. 100, et s'efface encore dans 15 p. 100. Ce sont ces mauvais cas qui tendent à se reluxer.

La guérison spontanée de la luxation congénitale de la hanche. (Prof. H. C. Slomann [de Copenhague]. *Journ. of bone and joint surg.*, vol. VI, janv. 1924, n° 1, p. 38-49.) — L'auteur rapporte deux observations de luxations unilatérales de la hanche, vues à deux ans et à vingt-quatre mois, qui, examinées à nouveau à l'âge de six ans et de neuf ans, se présentèrent cliniquement et à la radiographie avec des hanches normales.

L'auteur réunit tous les cas analogues publiés jusqu'ici au nombre de 20, dont 3 bilatérales (guérison spontanée d'un seul côté dans ces 3 cas).

Il montre qu'il s'agit dans presque tous les cas d'enfants très petits avant deux ans, que presque toujours ils n'ont pas marché. Dans certains cas, il s'agit de subluxation (hanches luxables de Le Damany).

Lorsqu'il s'agit de luxations complètes dans certains cas on peut sans anesthésie réduire ou reproduire la luxation.

La guérison spontanée s'explique par la détorsion progressive du col, la rétraction capsulaire, et la production adjuvante de traumatismes.

Enfin, l'auteur rejette comme non prouvée la guérison de 6 cas, et dénie l'existence de la luxation dans un autre.

Fractures récentes du col fémoral. Traitement opératoire ou orthopédique? (J. Waldenström [de Suède]. *Journ. de chir.*, août 1924, t. XXIV, n° 2, p. 129 à 162, 163 fig.) — L'auteur déclare que dans les fractures du col, ce n'est pas la réduction qui est difficile à obtenir, mais la consolidation. Il se demande si à ce point de vue les résultats sont supérieurs par la méthode de Delbet que par les méthodes orthopédiques dans les fractures récentes.

La question ne se pose pas pour les fractures basales qui se consolident bien pour la méthode orthopédique, mais pour les fractures transcervicales la question est discutée. Basset dans son livre sur les fractures du col fémoral, dit n'avoir trouvé qu'une seule consolidation osseuse d'une fracture transcervicale sur un grand nombre de pièces de musée examinées.

Waldenström remarque d'abord qu'il existe un type de fracture transcervicale avec engrènement qui est suivi de consolidation osseuse solide. Or, cette variété est plus fréquente qu'on ne le dit : il en a observé 9 cas sur 67 fractures transcervicales (13,5 p. 100), et son frère, sur un moins grand nombre de fractures, en a vu 12 cas. Ces fractures sont souvent prises pour des fractures incomplètes ou de simples contusions de la hanche.

En dix ans, l'auteur a traité 103 fractures du col dont 67 intracervicales.

De ces malades, les uns n'ont subi aucun traitement (8 cas), d'autres ont présenté un engrènement net (11 cas), 22 ont été réduits et traités par un spica plâtré en position de Withman, 18 ont été traités en abduction forcée et rotation interne par l'extension continue avec bandages adhésifs. On a recherché chez ces malades le résultat éloigné. Certains n'ont pu être retrouvés, d'autres étaient morts ; au total 43 cas seulement sont utilisables; on trouve : 20 consolidations osseuses, 1 consolidation osseuse commençante, 5 pseudarthroses avec bonne fonction, 15 pseudarthroses avec mauvaise fonction. Si on ne considère que les malades traités, on trouve une grosse différence entre les résultats obtenus par le plâtre et le bandage adhésif ; dans le premier groupe, sur 15 cas, 8 consolidations osseuses et 6 pseudarthroses dont 3 avec bonne fonction ; dans le deuxième groupe, sur 13 cas, 2 consolidations osseuses, 9 pseudarthroses dont 8 avec mauvaise fonction.

L'auteur affirme donc que dans un grand pourcentage des cas soignés pas la méthode de Whitman, on obtient la consolidation osseuse. Et pour faire le diagnostic de celle-ci, il exige qu'une structure osseuse véritable, soit visible au foyer de fracture.

Traitement non sanglant des fractures récentes du fémur. (H. W. Meyerding [clinique Mayo]. *Journ. of bone and joint surg.*, janv. 1924, vol. VI, n° 1, p. 212.) — La méthode de Withman pour les fractures récentes du col du fémur a donné d'excellents résultats. L'opération sanglante est inutile.

Poliomyélite.

Une méthode pour la correction du genu recurvatum paralytique. (Cl. H. Heyman (de Cleveland). *Journ. of. bone and Joint. Surg.*, juillet 1924, n° 3, vol. VI, p. 689-695.) — Dans la paralysie infantile du membre inférieur lorsqu'il se produit une paralysie complète ou incomplète des fléchisseurs du genou avec conservation du quadriceps, on observe la formation d'un genu recurvatum progressif avec laxité latérale ; la marche devient douloureuse par distension des ligaments postérieurs, et très difficile lorsque la déformation est bilatérale. On remédie à cet état par le port d'appareils limitant l'extension du genou, on a tenté aussi diverses opérations : l'ostéotomie supracondylienne, avec crosse postérieure, l'arthrodèse du genou (impraticable dans les cas bilatéraux), le raccourcissement intra-articulaire du ligament croisé antérieur (opération de Hey Groves) car l'extension complète du genou est limitée par la tension de ce ligament. Mais ces opérations ne sont pas satisfaisantes ou offrent des dangers.

L'auteur, remarquant que l'extension est non seulement limitée par la tension du ligament croisé antérieur, mais aussi par celle des ligaments latéraux, remarquant de plus que si l'on reportait l'insertion du ligament externe plus en arrière sur le condyle fémoral, et celle du ligament interne plus en avant sur le tibia on agirait comme si on raccourcissait ces ligaments et on bloquerait l'hyperextension et les mouvements de latéralité, a imaginé une opération nouvelle, qui a pour but de créer des ligaments latéraux surajoutés ayant cette disposition.

En dehors il se sert du tendon du biceps, et du fascia lata dont l'insertion inférieure est conservés et qui par le haut sont insérés à la partie tout à fait postérieure du condyle. En dedans ce sont les tendons du demi-membraneux et tendineux qui sont insérés dans la partie postérieure du condyle. Ces fixations ont lieu le genou fléchi à 110 degrés. On l'immobilise ainsi pendant six à huit semaines. Puis on reprend peu à peu l'extension complète. Le résultat a été très bon dans un cas bilatéral dont il donne l'observation. L'extension à 185 degrés est possible, le recurvatum impossible, mobilité latérale très réduite.

La question du pied ballant par la double arthrodèse tibio-tarsienne et sous-astragalienne. (P. Dieterich. *Soc.*

de méd. du Bas-Rhin, 26 avril 1924 in *Strasbourg méd.*, 20 mai, n° 10, 82e année, p. 91.) — Dans le pied ballant paralytique seules les arthrodèses peuvent donner une bonne stabilité au pied. Les transplantations tendineuses ou les ténodèses sont vouées à un échec complet comme l'auteur a pu le constater chez cinq de ces malades qui avaient été ainsi traitées antérieurement.

Dans ces cas la double arthrodèse médio-tarsienne et sous-astragalienne est insuffisante, il faut stabiliser la tibio-tarsienne qui est très relâchée, douée de mouvements de latéralité. On est donc amené à faire la triple arthrodèse. Mais l'auteur croit que l'ankylose de la médio-tarsienne est inutile s'il n'y a pas de chute de l'avant-pied, en pied creux. Aussi dans dix cas il a pratiqué seulement l'ankylose complète de la tibio-tarsienne et de la sous-astragalienne. Il a obtenu une bonne stabilité du pied, et pu supprimer les appareils.

L'arthrorise tibio-astragalienne d'après Putti. (A. Mezzari. *Chir. degli org. d. movim.*. juillet 1924, vol. VIII, f. 5, p. 431.) — L'auteur propose d'appeler arthrorise (ωριζω, limiter) les opérations ayant pour but de limiter l'étendue des mouvements articulaires, par opposition à arthrodèse qui les supprime entièrement et à arthrolyse qui les libère.

Il rappelle les interventions faites dans ce sens au cou-de-pied par Toupet, par Campbell pour limiter l'équinisme du pied. Il décrit en détail une opération différente pratiquée dès 1919 par Putti pour bloquer la flexion dorsale du pied dans un angle donné au moyen de la greffe d'un fragment de tibia dans la partie antérieure de la poulie astragalienne. Il donne en détail la technique de l'opération. Il montre que dans les 23 cas où elle a été pratiquée le succès a été obtenu 22 fois (1 cas où le greffon était trop petit n'a pas tenu), et le butoir osseux, loin de se résorber, s'est peu à peu hypertrophié sous l'influence du travail fonctionnel.

Les indications de l'opération sont diverses : 1° elle constitue un des temps indispensables de la mise en hyperextension du genou dans la méthode de Putti qui permet d'arriver à faire marcher sans appareil les paralysies complètes ou presque complètes du membre inférieur (voir notre article du *Monde médical*, 15 nov. 1923); 2° dans les pieds ballants elle constitue avec la double arthrodèse sous-astragalienne et tibio-tarsienne un traitement très supérieur à la triple arthrodèse; 3° Putti l'a employé avec succès dans 2 cas de pied talus paralytique.

Paralysies spasmodiques.

Réduction des muscles bi-articulaires en muscles uni-articulaires dans les affections spasmodiques du membre inférieur. (Silferskjöld Nils, *Acta chir. Scand.*, déc. 1923, vol. LVI, f. 4.) — Les muscles agissant sur plusieurs articulations ont été l'objet d'études des anatomistes et physiologistes, mais on n'en a tiré jusqu'ici aucune application à la thérapeutique. En provoquant des mouvements dans une articulation, ces muscles agissant sur deux ou plusieurs articulations, leur contraction amène facilement aussi des mouvements dans ces autres articulations au moyen d'un effet de transmission. Cela se produit à l'état normal et encore bien plus lorsque le muscle est en état de tension augmentée. C'est ce qui se produit dans beaucoup de cas de paralysie spasmodique. Il en résulte des mouvements surajoutés involontaires qui gênent beaucoup la fonction, surtout au membre inférieur. Les méthodes thérapeutiques usuelles (allongement tendineux, résection des nerfs) ne remédient pas à cet inconvénient. L'auteur, dans un grand nombre de cas de paralysies spasmodiques, sur indications bien déterminées, a transformé des muscles bi-articulaires (droit antérieur de la cuisse, demi-tendineux, demi-membraneux, biceps, jumeaux) en muscles

uni-articulaires, en transposant leur insertion supérieure au-dessous de l'articulation proximale. Après deux semaines de plâtre la rééducation musculaire est entreprise. Ces opérations auraient donné un bon résultat, une amélioration très nette de la marche.

Cf. — Traitement des paralysies spasmodiques par la radicotomie postérieure. (R. LERICHE. *Bull. et mém. de la Soc. nat. de chir.*, 5 avril 1924, n° 12, p. 473.)

De la valeur comparée de la rééducation méthodique et des interventions dans la maladie de Little et les affections spasmodiques des membres. (M. VIGNARD. *Avenir méd.*, sept.-oct. 1924, n° 8, p. 186.)

Le traitement de la paralysie spasmodique. (C. E. DOWMAN et M. HOKE. *Arch. of surg.*, juillet 1924, t. IX, n° 1.)

Pied plat.

Observations statistiques sur le pied plat et les résultats éloignés de sa cure. (G. ANNOVAZZI. *Arch. d. ostop.*, 1924, vol. XL, f. 1, p. 3-37, 17 fig.) — L'auteur, assistant du professeur Galeazzi (de Milan), rapporte les résultats du traitement de 77 cas de pieds plats graves soignés à l'Institut des rachitiques.

De ces malades, 8 seulement ont subi des interventions sanglantes (transplantations tendineuses). Tous les autres ont été traités par le redressement forcé au moyen de l'ostéoclaste de Stille, suivi de l'application d'un appareil plâtré. Le redressement forcé se fait en deux temps : d'abord redressement du calcanéum, puis redressement de l'avant-pied ; le plâtre est changé tous les quinze jours ou tous les mois jusqu'à obtention de l'hypercorrection.

L'appareil est alors maintenu de deux à huit mois ; 33 malades ont pu être revus après une période variant entre un an et dix-neuf ans, dont 31 traités par la méthode ci-dessus. Sur 25 le résultat était bon (80,6 p. 100) en ce sens que les douleurs ne s'étaient pas reproduites ; mais 21 cas seulement (67,7 p. 100) avaient conservé une voûte plantaire reconstituée.

L'auteur conclut que si l'on veut obtenir un résultat complet il convient de faire marcher longtemps le malade dans un plâtre en hypercorrection. M. LANCE.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des facteurs de récidives post-opératoires du cancer rectal. L'exérèse de la gaine fibreuse du rectum (1), par le docteur Paul REINHOLD.

I. En ce qui concerne les facteurs de récidives, il est nécessaire de séparer deux groupes très dissemblables de cancer rectal.

1° *Les cancers du rectum intrapéritonéal.* — L'exérèse est, en général, complète ; l'envahissement *in situ* étant limité au péritoine. Les voies lymphatiques étant contenues dans l'épaisseur du méso-rectum, il suffit d'extirper le méso pour être complet. Par là cette variété du cancer rectal se rapproche beaucoup des cancers coliques. Il y a peut-être un abus clinique d'ailleurs à les considérer comme cancers rectaux. Il est facile et possible en ce qui les concerne d'être complet en faisant le minimum. Les résultats les meilleurs leur appartiennent. Les récidives peu fréquentes sont le plus souvent dues à l'abaissement du hile ganglionnaire envahi et insuffisamment extirpé.

2° *Les cancers du rectum sous-péritonéal.* — L'exérèse complète est très difficile. La gaine fibreuse du rectum constitue longtemps une barrière suffisante contre l'envahissement en largeur. L'atmosphère périrectale comprise entre la gaine fibreuse et le rectum est, par contre, vite envahie, et cet envahissement tient aux nombreuses voies lymphatiques qu'elle contient. En outre, tout le long du rectum s'étagent des petits ganglions décrits par Gérota, premiers relais des lymphatiques rectaux. Ceux-ci sont rapidement envahis.

Cet envahissement purement local est plus précoce que l'envahissement ganglionnaire à distance et nécessite l'exérèse de l'atmosphère périrectale toujours suspecte avec la gaine fibreuse qui la contient.

(1) *Th. de Paris*, 1924. — Paris, Le François.

Ces notions sont, croyons-nous, particulièrement importantes pour les cancers antérieurs. L'aponévrose de Denonvilliers constitue une barrière suffisante entre le territoire lymphatique génital et le territoire lymphatique rectal. Les connexions lymphatiques existant entre le rectum et le vagin et le rectum et la prostate sont tronculaires et non viscérales, et ne sauraient être considérées que comme des voies secondaires. Mais entre le rectum et l'aponévrose de Denonvilliers se trouve un plexus lymphatique serré qui constitue une voie de diffusion importante. Cet envahissement est très souvent la cause des récidives dans les cancers antérieurs. Il est nécessaire de les extirper en comprenant dans l'extirpation la barrière antérieure de propagation. En effet, l'exérèse large pratiquée d'emblée a fourni des résultats éloignés très encourageants. Les interventions secondaires pour récidives antérieures ont donné des survies qui peuvent être considérées comme des guérisons définitives.

Par contre, les cancers postérieurs donnent de meilleurs résultats éloignés. Ceux-ci sont dus à la plus grande facilité d'exérèse de la gaine rectale à ce niveau.

II. Les tendances actuelles comportent une plus grande extension circonférencielle de l'exérèse : nous préciserons cette extension en la subordonnant à l'exérèse de la gaine rectale.

Pour pratiquer l'extirpation du rectum cancéreux deux principaux procédés sont en présence.

La périnéale. — Celle-ci a donné d'excellents résultats éloignés. Dans cette opération, il est facile de passer en dehors de la gaine rectale en arrière et latéralement ; il suffit de couper les releveurs très en dehors. Mais l'aponévrose de Denonvilliers ou le fascia recto-vaginal restent en place. C'est là un facteur important de récidive dans les cancers antérieurs. D'autre part, cette opération ne permet pas une exérèse suffisamment étendue en hauteur si le hile lymphatique est envahi.

L'*abdomino-périnéale* permet une extirpation plus étendue du rectum en hauteur. Opératoirement, l'incision au fond du cul-de-sac de Douglas conduit dans l'intérieur de la gaine rectale. Latéralement, il est facile de s'y laisser conduire. C'est même là une voie de décollement toute naturelle. Il est nécessaire, pour enlever la paroi latérale de la gaine, de sectionner entre ligatures l'artère hémorroïdale moyenne et de pratiquer le décollement latéral après cette section. Cette ligature de l'artère hémorroïdale moyenne dans ces conditions est délicate. Personnellement, nous pensons plus certain de repérer les uretères, puis d'effondrer au-dessous d'eux la lame fibreuse de l'ombilicale. Le décollement suit alors la face externe de la gaine fibreuse jusqu'au plancher pelvien. On isole ainsi quatre pédicules rectaux, deux postérieurs (les ailerons) contenant l'artère hémorroïdale moyenne ; deux antérieurs (lames sagittales) contenant des artères prostatiques. La section de ces pédicules libère la gaine rectale de ses attaches.

Dans les cancers antérieurs, nous croyons nécessaire d'extirper la limite antérieure de propagation. Pratiquer chez la femme l'opération décrite par M. Schwartz. Chez l'homme, passer en avant de l'aponévrose de Denonvilliers. Les vésicules séminales sont partiellement intéressées dans cette opération, sauf dans le cas (peu fréquent) où elles sont courtes et accolées à la vessie.

L'*abdomino-périnéale* apparaît comme une opération très incomplète, si l'on ne passe pas en dehors de la gaine rectale. Cette fausse route est moins facile à commettre par voie périnéale. Les bons résultats de cette opération en sont la preuve. Mais la périnéale est insuffisante quand le hile lymphatique de l'hémorroïdale supérieure est envahi. L'abdomino-périnéale large offre plus de sécurité à ce sujet.

Ces opérations sont évidemment très graves. Leur mortalité est très élevée. Mais est-il préférable de pratiquer une opération apportant plus de risques de récidive, mais moins choquante ? Il y aurait d'ailleurs peut-être lieu de faire intervenir dans cette gravité des facteurs étrangers à la technique pure : le principe de l'abaissement, par exemple, les cas de récidives opérés et d'opération large primitive n'ayant pas comporté cet abaissement ont été suivis tous de guérison opératoire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

L'ASCOLÉINE RIVIER

renferme **la Vitamine A** et est à base du lipoïde phosphoré de la cellule hépatique
(Seul principe actif de l'huile de foie de morue)

Infiniment plus active que l'huile de foie de morue qu'elle remplace dans tous les cas d'anémie, de lymphatisme, d'adénites, de tumeurs blanches, de prétuberculose, **avitaminoses,** etc.

Avantages : **Petit volume, concentration ; Injections indolores possibles ; Prescription par les plus fortes chaleurs.**
4 formes : **Solution huileuse, comprimés, granulés** (véritable friandise pour les bébés et les enfants), **ampoules injectables.**

H. RIVIER, Ph^ien, Succ^r de LANCELOT & Cie, **26 et 28, Rue Saint-Claude -:- PARIS**

R.C. 88.031, Sein

Préparé par les LABORATOIRES DU NUJOL STANDARD OIL CO (New-Jersey) NEW YORK



Agent de Vente A.W.B. SCOTT 38, Rue du Mont-Thabor, PARIS.

Nujol *Contre la Constipation*

MARQUE DÉPOSÉE

Le Prototype de toutes les huiles de vaseline

Le Nujol est absolument pur, inodore et sans goût et possède un degré de viscosité exactement adapté à la physiologie de l'intestin.

Echantillon et brochures sur demande

BEDFORD PETROLEUM COMPANY 88, Avenue des Champs Elysées, PARIS.

Laboratoires F. VIGIER et HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens
PARIS. — 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, 12. — PARIS

TRAITEMENT DE LA SÉBORRHÉE

Et surtout de l'Alopécie Séborrhéique chez l'homme et chez la femme

PAR

L'ACÉTOSULFOL HUERRE

(Acétone — Tétrachlorure de Carbone — Sulfure de Carbone — Soufre précipité)

ET PAR LES

Savon Vigier à l'Essence de Cadier — Savon Vigier à l'Essence d'Oxycèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE

Anorexie - Tuberculose - Anémie - Chlorose - Surmenage - Neurasthénie - Paludisme

VANADARSINE GOUTTES

Solution d'arséniate de Vanadium.

Plus active et mieux tolérée que la liqueur de Fowler.

Même posologie.

VANADARSINE GUILLAUMIN

ÉCHANTILLONS SUR DEMANDE

SÉRUM VANADARSINÉ EN AMPOULES

Une injection indolore de 1 c. c. tous les jours ou tous les deux jours.

AUGMENTE L'APPÉTIT

Laboratoire A. Guillaumin, D^r en Ph^ie, Ex-Int. des hôpit., *13, rue du Cherche-Midi, PARIS*

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Admissibilité.* — Le jury est définitivement composé de MM. Grenet, Babonneix, Abrami, Villaret, Apert, Laederich, Macaigne, Thiroloix, Michel, Thibierge, Léri et Laffitte.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — M. le docteur Loubat a été nommé chirurgien titulaire des hôpitaux et affecté à l'hôpital des Enfants, en remplacement de M. le docteur Papin, mis en disponibilité sur sa demande.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire de clinique chirurgicale infantile et orthopédie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. (*J. O.*, 18 fév. 1925.)

— M. René Wolff, licencié ès sciences, ingénieur chimiste, est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef de laboratoire adjoint (clinique médicale de l'hôpital Cochin), en remplacement de M. May, démissionnaire.

M. Zimmern, agrégé libre, est rappelé à l'exercice, à dater du 1er décembre 1924 jusqu'au prochain concours d'agrégation, en remplacement de M. Strohl, appelé à d'autres fonctions.

— ALGER. — M. le docteur Thiodet est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef du laboratoire de clinique médicale infantile.

M. Fuster, docteur ès sciences, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, des fonctions d'agrégé (accouchements).

M. Sénevet, agrégé, est chargé, à partir du 1er novembre 1924 jusqu'à la nomination d'un titulaire, du cours d'histoire naturelle médicale et parasitologie.

M. le docteur Fourest est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours complémentaire de stomatologie.

M. Strohl, professeur de physique médicale, est chargé en outre, pour l'année scolaire 1924-1925, du cours complémentaire de physique pharmaceutique (semestriel, deux heures par semaine), en remplacement de M. Dufour, appelé à d'autres fonctions.

M. Constantini, agrégé de chirurgie, est chargé, à partir du 1er novembre 1924 jusqu'à la nomination d'un professeur titulaire, du cours de clinique chirurgicale.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Andrieu (de Capdenac), Armand (d'Albertville), Badin (de Toulouse), Benjami (d'Alger), Bertin (de Brionne), Billard (de Malesherbes), Blais (du Havre), Bousquet (de Bordeaux), Brunschwig (de Besançon), Caminade (de Lyon), Capon (de Cambrai), Ciavaldini (d'El-Arrouch), Dansac (d'Asnelles), Daviau (de Troyes), Delfosse (du Quesnoy), Delormeau (de la Montagne), Deschamps (de Paris), Dewevre (de Petite-Synthe), Duparc (d'Annecy), Fauverghe (de Roubaix), Gauja (de Paris), Gavaudan (de Béziers), Giraud (de Thueyts), Gonnot (de Dôle), Graziani (de Laverdure), Lemoine (de Mortagne), Lévis (de Belfort), Levrat (de Nantua), Lochon (de Thonon-les-Bains), Petit (de Plomion), Quéré (de Guerlesquin), Rabier (de Montmoreau), Rupeau (de Bordeaux), Saleur (d'Attignéville), Servel (de Lorient), Thibaud (de Saint-Nazaire), Vagniot (de Lons-le-Saunier), Verdeaux (de Tarnac).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Agard (de Nontron), Abreiner (de Forbach), Andrieu (d'Asprières), Antonin (de Beaucaire), Barral (de Vaison-la-Romaine), Bellissent (de Villeneuve-les-Corbières), Bonnet (d'Avignon), Briault (de Saint-Etienne), Bussière (de Montluçon), le médecin principal de 2e classe des troupes coloniales Chartres; Chaumier (de Tours), Chocquet (d'Armentières), Chopinet (de Béthisy-Saint-Pierre). Collinot (de Coulanges-sur-Yonne), le médecin-major de 2e classe Curet; Dubois (de Blois), Ducatillon (de Tourcoing), Féret (de Seyssuel), Gisselbrecht (d'Hérimoncourt), Guérin (de Flers), Isnel (de Vizille), Lecompte (de Niort), Lefèvre (de Montluçon), Meyer (de Kaysersberg), Morère (de Saint-Arroman), Nègre (de Marseille), Pajot (d'Abbeville), Pasquiou (de Guingamp), Pelicand (de Bourg), le médecin-major de 1re classe des troupes coloniales Peltier; Péricat (d'Ardentes), Poillot (de Montbard), Priouzeau (de Liré), Rousseau (de Tours), le médecin-major de 2e classe Roussille; Savelle (de Roanne), Soulier (de Ruines), Tacussel (de Chablis), Terrien (de Varennes-sur-Loire), Treille (de Lyon), le médecin-major de 1re classe Treves; le médecin principal de 1re classe Vidal; Viguerie (de Paris).

LA QUESTION D'HYGIÈNE A LA SOCIÉTÉ DES NATIONS. — La Société des nations publie le communiqué suivant :

« Le prochain échange de personnel sanitaire, organisé par la Société des nations, commencera au début du mois de mars et se poursuivra jusqu'au mois d'août. Dix fonctionnaires appartenant aux Républiques de l'Amérique latine y prendront part (Argentine, Brésil, Costa-Rica, Cuba, Mexique, Paraguay, Pérou, Salvador, Uruguay et Venezuela). Ces fonctionnaires se réuniront d'abord à Cuba; ils partiront de là pour visiter les Etats-Unis, le Canada et divers pays d'Europe.

Le programme comporte : 1° une étude générale des organisations d'hygiène aux Etats-Unis, au Canada et en Angleterre; 2° une étude particulière de certaines organisations spéciales des pays d'Europe.

A Cuba, les fonctionnaires étudieront les méthodes employées, notamment à la Havane, dans la lutte contre les maladies épidémiques.

Le voyage en Europe, qui comprend l'Angleterre, la Hollande, la Belgique, l'Italie et la France, amènera finalement les fonctionnaires en Suisse où ils examineront le système de la statistique démographique. Ils termineront leur voyage à Genève où, conformément à l'usage établi, ils procéderont à un échange de vues et entendront quelques conférences sur l'organisation d'hygiène de la Société des nations.

En France, ils visiteront le dispensaire antituberculeux de Lille et les institutions pour la protection de l'enfance dans cette ville. Ils parcourront les villages modèles du département du Nord et prendront connaissance à Paris, sous la direction du professeur Léon Bernard, de la campagne antituberculeuse et de ses résultats. »

AVIATION SANITAIRE. — M. Chassaing, député, vient de demander au Ministre des Travaux publics s'il n'y aurait pas lieu de mettre à la disposition du colonel de Goys, pour les blessés de sa mission, les deux avions sanitaires actuellement à Colomb-Bechar, qui, escortés d'avions militaires, seraient à même d'effectuer dans de bonnes conditions, et par étapes successives, le trajet Colomb-Niamey : Niamey-Gao, 370 kilomètres; Gao-Tessalit, 400 kilomètres; Tessalit-Ouallen, 500 kilomètres; Ouallen-Adrar, 370 kilomètres; Adrar-Colomb, 400 kilomètres, soit 2.040 kilomètres. Les appareils sanitaires actuellement en service étant du même type que les avions militaires, ces étapes pourraient être franchies avec le minimum de difficultés techniques.

NOUVELLE SOCIÉTÉ SCIENTIFIQUE. — Les oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux, qui, depuis plus d'un an, se réunissaient en séances cliniques mensuelles, ont décidé de constituer « La Société de laryngologie des hôpitaux de Paris. »

Le bureau de cette Société pour 1925 est le suivant : président, professeur P. Sebileau; vice-président, docteur H. Bourgeois; secrétaire général, docteur J. Rouget; trésorier, docteur A. Bloch; secrétaire annuel, docteur J. Ramadier.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES. — Le mardi 3 mars, à 17 heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine, le professeur Jacobaeus, professeur de médecine à l'Université de Stockholm (Institut Caroline), fera une conférence en français sur le sujet suivant : « La thoracoscopie et ses applications à la cautérisation des adhérences au cours du pneumothorax artificiel » (avec projections).

— Le mercredi 4 mars, à 10 heures, à l'hôpital Laënnec (quartier des tuberculeux, services du professeur L. Bernard et du docteur Rist), le professeur Jacobaeus fera une démonstration pratique de sa méthode de thoracoscopie.

MATERNITÉ (121, boulevard de Port-Royal). — M. Georges Schreiber, dimanche 8 mars, à 15 heures, amphithéâtre des cours : « Les dangers de la sous-alimentation chez le nourrisson normal et chez le nourrisson malade. Les méfaits de la diète hydrique et des bouillons de légumes. » (Conférence organisée par l'Association des anciennes élèves de la Maternité.)

NOTES DE PRATIQUE

FRÉQUENCE ET IMPORTANCE DES LÉSIONS RÉNALES DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE PERMANENTE

A la Société médicale des hôpitaux de Paris (séance du 25 juillet 1924), MM. C. Lian et A. Barrieu constataient la fréquence de l'atteinte des fonctions rénales chez les hypertendus et en concluaient :

1° Que les fonctions rénales sont troublées dans 90 p. 100 des cas d'hypertension artérielle permanente;

2° Que l'azotémie n'est assez marquée pour noircir le pronostic que dans à peine 10 p. 100 des cas d'hypertension artérielle permanente. L'atteinte des reins n'est donc pas un phénomène accessoire dans l'hypertension, mais un facteur quasi-constant. Et, par cette interprétation pathogénique, il s'ensuit que l'hypertension est un syndrome endocrino-sympathique déclanché, tantôt directement par une néphrite, par une infection, une intoxication ou une perturbation nerveuse, tantôt et le plus souvent, par une maladie générale agissant sur l'appareil endocrino-sympathique et causant aussi une néphrite qui exagère le trouble endocrino-sympathique hypertenseur.

Les faits précités incitent à prescrire le régime hypoazoté et les diurétiques chez les hypertendus, c'est pourquoi depuis longtemps les praticiens avaient constaté, de façon empirique mais très nette, les bons effets de l'adonis vernalis chez les malades. Cette action thérapeutique, jusqu'alors mal expliquée, corrobore les résultats obtenus avec l'extrait total d'adonis ou diurène qui se présente comme un diurétique puissant et comme un remarquable agent de désintoxication organique, en même temps que comme un tonique cardiaque influençant très favorablement la circulation, d'où stimulation mécanique des parenchymes des glandes endocrines, du foie, du rein.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 23 FÉVRIER AU 28 FÉVRIER 1925)

THÈSES

Mercredi 25 février. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Labbé (M.), Robin, Coquot et Henry. — M. BOLLOTTE. Etude du traitement curatif de la seime en pince sans boiterie. — M. NIEDER. De l'indigestion stomacale et traitement par le sondage chez le cheval.

Jeudi 26 février. — Jury : MM. Gilbert, président; Teissier, Jeanselme et Nobécourt. — Mme LJOUBITZA-LAZARÉVITCH. De la névralgie du nerf honteux interne chez la femme. — M. LORTSCH. La psychothérapie religieuse. — M. RICARD. Les cristaux de Charest-Leyden. — M. LEMAIRE (Ch.). La splénectomie chez les enfants atteints d'ictère.

Jury : MM. Balthazard, président; Bernard, Achard et Cunéo. — M. ARRIVOT. La sacralisation de la Ve vertèbre lombaire chez l'enfant. — M. HENSEVAL (J.). Des crises de tachycardie. — M. NICOLI. Cure d'entraînement en phtisiothérapie. — M. DENOYELLE. Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose. — M. DOUX (J.). De la recherche des bacilles tuberculeux dans la matière fécale. — M. DEROCHE. Etude des rétrécissements inflammatoires du rectum.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président; Brumpt, Nicolas, Vallée, Moussu et Henry. — M. CÉSARI. Etude sur la floculation des extraits alcooliques d'organes. — M. SALEU. Etude du piroplasmose en Tunisie.

REVUE GÉNÉRALE

L'ÉRYTHÈME NOUEUX

Par M. M. BRELET,
Professeur à l'École de médecine de Nantes.

L'érythème noueux n'est qu'une lésion de la peau qui doit être étudiée comme un symptôme et non comme une maladie. On ne dit pas d'un malade, fait remarquer Aubert (1), qu'il est atteint de taches rosées lenticulaires; on dit qu'il a la fièvre typhoïde; le chapitre qui traite de l'érythème noueux est donc essentiellement un chapitre de séméiologie.

Brocq (2) a comparé l'érythème noueux à l'exanthème scarlatineux; celui-ci est symptôme de la fièvre scarlatine, mais apparaît aussi au cours de diverses infections, et peut encore être provoqué par des intoxications. L'érythème noueux survient, comme l'exanthème scarlatineux, dans des circonstances très diverses.

Il n'est pas difficile de décrire l'érythème noueux en tant que lésion cutanée, d'un diagnostic vraiment très simple. Mais la tâche devient plus malaisée, lorsqu'on cherche à connaître l'étiologie et la pathogénie des érythèmes noueux, lorsqu'on essaye de trouver quelle place leur convient dans les cadres de la pathologie. De nombreux et importants travaux ont été publiés, dont les auteurs ont désiré résoudre ce problème; nous verrons s'ils ont pu y réussir complètement.

Symptômes et diagnostic. — Conformément au plan que nous venons d'esquisser, il nous faut d'abord indiquer les manifestations locales de l'érythème noueux, sans tenir compte des symptômes généraux qui ont pu les précéder, sans aborder l'enquête étiologique.

Trousseau (3) a donné une description clinique si parfaite de l'érythème noueux qu'elle a servi de modèle à tous ceux qui ont ensuite étudié cet exanthème. Nous n'avons donc, après bien d'autres, qu'à citer Trousseau presque textuellement.

L'éruption érythémateuse est constituée par des taches plus ou moins régulièrement ovales, élevées vers leur centre; la largeur de ces taches varie de quelques millimètres à 2 ou 3 centimètres; elles ont donc le diamètre d'un pois, d'une noisette ou même d'une noix. Elles font saillie au-dessus de la peau, formant de véritables nodosités, constituant de petites tumeurs dures d'un aspect particulier. Assez bien circonscrites, ces taches semblent comme enchâssées par leur base dans l'épaisseur de la peau et du tissu cellulaire.

Au début, les taches sont d'un rouge vif, surtout au centre, et cette coloration s'étend, un peu diffuse, au delà de la tuméfaction; puis la teinte passe du rouge au rouge violet, prenant plus tard un aspect ecchymotique jaunâtre, ou s'éteignant graduellement en devenant bleuâtre. Ces nodosités, douloureuses à la pression, ne donnent pas la sensation de fluctuation profonde et ne suppurent jamais; leur résolution s'opère d'elle-même, en quelques jours, parfois plus lentement.

Le siège de prédilection de l'érythème noueux est sur les membres, dans les points où la peau n'est séparée des os que par une couche très peu épaisse de parties molles. C'est aux jambes, au niveau de la face interne de la crête du tibia, c'est aux avant-bras, au niveau du bord postérieur et à la face interne du cubitus, que l'on observe les nodosités si caractéristiques; mais on peut voir parfois l'érythème noueux survenir sur d'autres régions, au tronc, à la face. Il peut même se développer sur les membranes muqueuses; Trousseau a constaté, chez une malade, une plaque d'érythème sur une conjonctive et Pospelow a vu des taches sur le voile du palais, sur la muqueuse de la lèvre supérieure.

Ordinairement assez peu nombreuses, disséminées, les nodosités érythémateuses, sont, d'autres fois, plus abondantes, et, dans certains cas, confluentes, se confondant entre elles, arrivant à former des plaques plus ou moins larges, à bords irréguliers.

L'éruption ne se fait pas toujours en une seule fois; elle a souvent des poussées successives, qui surviennent pendant un temps plus ou moins long, prolongeant la maladie jusqu'à une durée de trois semaines.

Le diagnostic différentiel de l'érythème noueux ne nous arrêtera pas longtemps; cette lésion se reconnaît à première vue et ne peut guère être confondue avec aucune autre. Pour nous conformer à l'usage, nous signalerons cependant diverses autres affections cutanées ayant quelque ressemblance avec l'érythème noueux. Comby (1) a fort bien exposé, en quelques lignes, ce diagnostic différentiel.

L'*érythème induré des jeunes filles* se présente sous forme d'une ou deux plaques larges, étalées, occupant les mollets, évoluant sans chaleur ni douleur, à la manière des gommes diffuses et aboutissant parfois comme elles à la suppuration; cet érythème induré, que Bazin attribuait à la scrofule, semble être de nature tuberculeuse.

L'*érythème polymorphe* a des manifestations cutanées de diverses formes (érythème simple, papuleux, bulleux), qui siègent surtout à la face, au cou, sur le tronc. Il n'est donc pas difficile à distinguer de l'érythème noueux et on ne décrit plus, comme on le faisait encore il y a une vingtaine d'années, celui-ci dans le même chapitre que celui-là.

Les *œdèmes, érythèmes et papules* qui accompagnent parfois le rhumatisme articulaire aigu se reconnaissent à leur forme et à la coexistence de fluxions articulaires.

Les *gommes syphilitiques* et les *gommes tuberculeuses*, cutanées et sous-cutanées, n'ont ni l'acuité, ni l'évolution de l'érythème noueux; elles sont indolentes, torpides, chroniques, aboutissant, après une période d'induration plus ou moins longue, au ramollissement, à la fluctuation et à l'ulcération.

On se rappellera encore que des malades traités par les *iodures* peuvent présenter des éruptions très analogues à l'érythème noueux. Bradley (2) cite les observations de Talamon, Hallopeau, Janovsky : chez certains sujets suivant, pour une raison quelconque, un traitement ioduré, on voit apparaître des noyaux cutanés et sous-cutanés, de couleur rouge

(1) Aubert. Valeur séméiologique de l'érythème noueux, *Presse méd.*, 27 août 1913.
(2) Brocq. Quelques réflexions à propos de l'érythème noueux, *Bull. méd.*, 25 mai 1918.
(3) Trousseau. *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. I, p. 219.

(1) Comby. L'érythème noueux chez les enfants, *Arch. de méd. des enf.*, juin 1923, p. 329.
(2) Bradley. De l'iodisme, *Th. de Paris*, juillet 1887.

foncé, ovoïdes, saillants, douloureux; ces nodosités, grosses comme une noisette, comme un œuf, siègent de préférence aux bras, aux fesses, aux cuisses.

Si l'on voit le malade atteint d'érythème noueux à une période tardive, alors que les plaques ont pris une teinte ecchymotique, on pourrait penser à des *contusions multiples*, croire que le malade a reçu des coups et les anciens auteurs décrivaient l'érythème noueux sous le nom de *dermatite contusiforme*. Il suffit de s'informer du début de l'affection pour écarter l'hypothèse de traumatisme.

Formes cliniques. — La lésion cutanée de l'érythème noueux est toujours identique à elle-même; mais elle apparaît dans des conditions très variables, ce qui permet de décrire des formes cliniques basées sur les circonstances où est survenu l'érythème noueux.

Voici d'abord les *érythèmes noueux secondaires* : des malades sont soignés pour quelque affection déjà diagnostiquée et, au cours de cette affection, présentent de l'érythème noueux. Un des plus beaux exemples de cette forme nous est fourni par une observation de Martin et Darré (1) : chez un malade, atteint de *trypanosomiase* depuis deux ans, on voit survenir, en l'espace de quatre mois, dix-neuf poussées d'érythème noueux typique et c'est l'atoxyl à hautes doses qui finit par enrayer cet érythème; on ne trouva de trypanosome, ni dans le sang, au moment des poussées, ni dans la sérosité obtenue en scarifiant un nodule érythémateux; il semble donc que l'érythème noueux était, dans ce cas, provoqué par les toxines du trypanosome.

Dans beaucoup d'autres affections, on a pu noter l'apparition du syndrome érythème noueux et ces faits sont depuis longtemps connus, puisque, dès 1893, Joullié en réunissait un certain nombre (2). Citons, entre autres, l'érythème noueux dans la *diphtérie* (un cas de Talamon), à la convalescence d'une *fièvre typhoïde* (Lannois), au cours de la *blennorragie* (plusieurs cas relatés dans la thèse de Bés), chez les *paludéens* (Moncorvo). Une observation publiée par Orillard et Sabouraud montre que l'érythème noueux peut survenir dans la *streptococcie* : une femme eut, à la suite d'une piqûre de la main droite, un œdème de tout le membre supérieur droit avec phlébite; des nodosités érythémateuses apparurent sur le bras et aussi dans les régions deltoïdienne et pectorale; la malade succomba et il s'agissait d'une infection à streptocoque. Ce cas est intéressant et nous aurons à revenir sur l'érythème noueux, symptôme d'une septicémie à streptocoques.

Plus curieux encore sont les érythèmes noueux apparaissant dans la *syphilis*. Brunn (3) en a fait une bonne étude, ajoutant quelques observations nouvelles à celles de Mauriac, Vidal et Leloir, de Beurmann et Claude, Gueit (4), rappelant les travaux faits en Allemagne par Finger, Jadassohn, Marcuse, Scherber, en Angleterre par Mac Donagh. C'est à la période secondaire, très rarement à la période tertiaire, que survient l'érythème noueux, assez souvent accompagné de malaise général, de fièvre et de douleurs articulaires; la poussée d'érythème dure une quinzaine de jours; la résolution des nodules est lente, facilitée toutefois par un traitement spécifique. Mais l'érythème noueux syphilitique a été discuté; ayant observé un érythème noueux qui était d'origine tuberculeuse bien qu'il fût apparu au cours d'une syphilis secondaire en évolution, le professeur Chauffard et Mlle Leconte (1) ont montré que l'érythème noueux observé chez les syphilitiques a été souvent rattaché *a priori* à la syphilis sans preuves suffisantes; la nature syphilitique d'un érythème noueux ne sera légitimement admissible que si l'on y a recherché et constaté la présence du tréponème; la question de la tuberculose doit se poser à propos de ces érythèmes noueux chez les syphilitiques. Dans les cas où une médication arsenicale intensive a été instituée, il y a lieu encore de voir si les fortes doses de novarsénobenzol ne sont pas capables de réactiver le processus éruptif, par une sorte de réaction de foyers d'ordre toxique (Chauffard et Mlle Leconte). Dans un travail plus récent, le professeur Chauffard (2) insiste encore sur la nécessité de rechercher systématiquement la tuberculose chez les syphilitiques qui présentent de l'érythème noueux, mais il signale qu'un auteur allemand, Fischl, a pu retrouver un tréponème dans une paroi veineuse d'un nodule érythémateux, d'où cette conclusion : le rôle de la syphilis paraît donc admissible, mais sous un contrôle suffisant pour chaque malade.

Nous arrivons maintenant à l'étude des cas, les plus nombreux, dans lesquels l'érythème noueux survient comme une *maladie primitive*, tout au moins en apparence, et dont il s'agit de trouver la cause. L'érythème noueux atteint surtout la seconde enfance, et les adultes jusqu'à trente ans, les fillettes et les jeunes femmes plus souvent que les garçons et les hommes. On a souvent dit que les cas d'érythème noueux étaient plus fréquents à certaines époques de l'année, au printemps et à l'automne, que le froid humide, les variations de température avaient une certaine influence sur le développement de la maladie. Parfois, plusieurs cas apparaissent dans une famille, dans un groupement d'enfants ou de jeunes filles et il faudra revenir sur l'interprétation de ces cas.

L'érythème noueux débute par des phénomènes généraux constituant une *période d'invasion*; c'est du malaise, c'est de la courbature avec céphalalgie, c'est de l'inappétence avec un état saburral des premières voies digestives. La fièvre est plus ou moins prononcée; parfois elle est insignifiante, le plus habituellement oscille autour de 38 degrés, peut atteindre 39 et 40 degrés; sur 49 cas, Comby a constaté 33 fois une fièvre modérée, 16 fois une fièvre forte. En même temps que ces symptômes généraux de caractère bien banal, surviennent souvent des douleurs articulaires, dans quelques cas limitées à une seule articulation, s'étendant, dans d'autres, à plusieurs jointures; la douleur est aussi vive que dans le rhumatisme franc, mais ne s'accompagne ni de gonflement, ni de rougeur au niveau des articulations (Trousseau).

Cette période prodromique dure de un à quatre ou cinq jours, parfois un peu plus; puis apparais-

(1) Géry. Les phénomènes cutanés au cours de la trypanosomiase humaine, *Th. de Paris*, 1910.

(2) Joullié. De l'érythème noueux secondaire, *Th. de Paris*, juin 1893.

(3) Brunn. Erythème noueux au cours de la syphilis, *Th. de Paris*, 1915.

(4) Gueit. Erythème noueux et syphilis, *Gaz. des hôpit.*, 6 juin 1912.

(1) Chauffard et Mlle Leconte. Erythème noueux et syphilis, *Ann. de méd.*, 1915, t. II, p. 563.

(2) Chauffard. L'érythème noueux, *Monde méd.*, 1er juillet 1923.

sent les *manifestations locales,* érythémateuses, que nous avons décrites. La fièvre persiste au début de l'éruption, descend ensuite en lysis ; si des nodosités se forment en plusieurs poussées, chaque poussée donne une ascension de la température. La courbe thermique est donc assez variable, et la fièvre réapparaissant à chaque poussée peut, avec des rémissions, se prolonger trois ou quatre semaines.

Quand les nodosités érythémateuses s'effacent, quand la température est redevenue normale, les fonctions digestives reprennent, l'état général s'améliore et le malade entre en convalescence. Une *desquamation*, surtout marquée aux jambes, peut se voir à cette période; elle est inconstante. On a remarqué depuis longtemps que les convalescents d'érythème noueux restent fatigués pendant de longues semaines, anémiés et amaigris; quelques-uns d'entre eux présentent, dans les semaines ou les mois suivants, des signes de tuberculisation; nous reviendroncs sur ce point.

Diverses *complications* ont été observées ; Amiaud en a fait, dans sa thèse (1), une bonne étude clinique, qu'il serait, croyons-nous, utile de compléter aujourd'hui et d'adapter aux idées nouvelles sur l'érythème noueux.

On a vu des malades avoir de l'albuminurie (Degrève), de l'albuminurie avec oligurie (Comby); quelques cas ont été publiés d'endocardite, habituellement bénigne (Gubler, Amiaud, Rondot) ; un cas d'érythème noueux avec phlébite des veines superficielles du membre inférieur a été communiqué par Achard et Rouillard (2). Dans plusieurs observations anciennes, il est question d'atteinte des séreuses, en particulier de pleurésie, sans que la nature de celle-ci soit précisée. Amiaud signale encore la possibilité de troubles intestinaux très marqués, en particulier d'une diarrhée abondante qu'il attribue à une éruption analogue à celle de la peau et siégeant sur la muqueuse intestinale. Notons enfin que Lévy-Franckel (3) ayant pratiqué la ponction lombaire à deux enfants atteints d'érythème noueux a constaté, chez ces deux malades, une lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien.

Les *récidives* de l'érythème noueux sont exceptionnelles. Cependant Paulouch (4) en signale, dans sa thèse, une observation de Comby (jeune fille de 14 ans ayant eu deux atteintes d'érythème noueux à un an d'intervalle) et Dujardin (5) dit avoir vu quelques récidives. D'après Gueissaz (6), plusieurs des cas publiés de récidive sont discutables.

Anatomie pathologique. — Pour Cornil et Ranvier, le nodule érythémateux est une infiltration séreuse de toutes les couches du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, avec stase du sang dans les vaisseaux, avec diapédèse de globules rouges et blancs. Pons, Mlle Pérel, ayant fait des biopsies, constatèrent que les lésions du nodule présentaient leur maximum dans les couches superficielles de l'hypoderme, au contact du derme; on voit donc, au-dessous du derme, des lésions inflammatoires, avec hyperplasie des cellules fixes du tissu conjonctif et infiltration par une grande quantité de lymphocytes ; le derme n'est envahi que secondairement, les lésions inflammatoires de l'hypoderme s'y prolongeant par des traînées cellulaires le long des vaisseaux et des glandes sudoripares ; l'épiderme est intact.

En 1919, Odery-Simes, ayant fait l'autopsie d'une fillette morte d'asystolie au cours d'un érythème noueux, ne vit à l'examen microscopique d'une nouure que des lésions banales d'inflammation : thrombus des capillaires, prolifération de l'endothélium vasculaire, infiltration de leucocytes parmi les travées du tissu conjonctif.

Dujardin remarque que l'œdème inflammatoire de l'érythème noueux est assez spécial, caractérisé par un appel des globules rouges du sang dans le tissu conjonctif, car l'élément de l'érythème noueux présente, à mesure qu'il vieillit, les teintes successives que prennent les ecchymoses, teintes dues à la transformation pigmentaire des hématies.

Dor et Pons ont trouvé, dans un nodule, une cellule géante entourée de cellules épithélioïdes ; Mallein (1) signale, dans la biopsie d'une nodosité, la présence de cellules géantes comme on en voit dans toute inflammation de quelque durée, mais il n'a pas vu de follicules tuberculeux, On a aussi constaté, dans trois cas, la présence de bacilles de Koch; nous retrouverons ces cas en étudiant la pathogénie.

Pathogénie. — Voici le chapitre le plus important et aussi le plus obscur. Un malade est pris de fièvre, présente après quelques jours de l'érythème noueux. Quelle est la nature de cette affection ? Trois théories sont en présence, qui correspondent, les unes et les autres, à des observations bien étudiées et qui paraissent toutes trois exactes ; reste à savoir laquelle convient à la majorité des cas. L'érythème noueux dit primitif est fonction de bacillose; l'érythème noueux est fonction de diverses toxi-infections ; l'érythème noueux est une maladie autonome, épidémique et contagieuse ; telles sont ces trois théories.

I. L'érythème noueux est fonction de bacillose. — Une observation de Lallier, un travail d'Uffelman (1876) sur la fréquence de la scrofulo-tuberculose chez les enfants atteints d'érythème noueux, d'assez nombreux faits cliniques publiés en France et en Allemagne, la thèse de Schamaun (Paris 1897) avaient posé la question des rapports de l'érythème noueux et de la tuberculose, quand vinrent les travaux de Poncet (1897) sur la tuberculose atténuée avec réaction inflammatoire simple des tissus ; puis c'est la thèse de Pons (2) sur l'érythème noueux d'origine tuberculeuse, une communication de Landouzy au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences (Reims 1907), c'est un travail de Landouzy et Lœderich présenté à l'Académie de médecine en 1908 ; depuis, articles, thèses ont été publiés nombreux pour établir la filiation de l'érythème noueux et de la tuberculose (3).

---

(1) AMIAUD. L'érythème noueux ; ses complications viscérales, *Th. de Paris*, 1879.
(2) ACHARD et ROUILLARD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 juillet 1922.
(3) LÉVY-FRANCKEL. *Revue de la tub.*, 1908, p. 427
(4) PAULOUCH. De l'érythème noueux chez les enfants, *Th. de Paris*, 1901.
(5) DUJARDIN. Contribution à l'étude de l'érythème noueux, *Th. de Lille*, mai 1923.
(6) GUEISSAZ. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1921 et 1922.

(1) MALLEIN. L'érythème noueux, *Th. de Paris*, 1910.
(2) PONS. *Th. de Lyon*, déc. 1905.
(3) CHAUFFARD et TROISIER. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1909, p. 7. — LAIGNEL-LAVASTINE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1909, p. 77. — BARBIER et LIAN. *Soc. méd des hôpit. de Paris*, 1909, p. 837. — Mlle PÉREL. *Th. de Paris*, mars 1910. — SÉZARY. Ery-

Ayant remarqué que la convalescence de l'érythème noueux est presque toujours longue, difficile, qu'un certain nombre de sujets atteints de cette maladie deviennent plus tard des tuberculeux, les cliniciens du siècle dernier admettaient déjà que la tuberculose pouvait se trouver à l'origine de quelques cas d'érythème noueux. On retrouve, dans beaucoup de travaux récents, cette même notion de l'érythème noueux survenant chez des tuberculeux avérés, de l'érythème noueux évoluant en même temps que d'autres manifestations bacillaires, de l'érythème noueux suivi, à échéance plus ou moins longue, de quelque localisation de la bacillose. Mabire, Paul Voyer relatent, dans leurs thèses, de nombreux faits de ce genre observés à la campagne par le docteur Voyer (de Machecoul) ; sur 47 observations, Paul Voyer trouve 42 fois des rapports étroits entre la tuberculose et l'érythème noueux, les cas les plus fréquents étant ceux d'érythème noueux suivi de manifestations bacillaires, en particulier de pleurésie, de péritonite. Sézary, ayant vu une septicémie bacillaire et une méningite terminale survenir quatre mois après un érythème noueux, signale, à propos de cette observation, les cas déjà publiés de méningite tuberculeuse à la suite d'érythème noueux (Œhne, Marfan, Mlle Pérel, Appert, Schmitz) et les cas de méningite tuberculeuse survenant au cours même de l'érythème noueux (Hallé, Baumler, Schmitz, Rochon). Notons encore trois observations vraiment impressionnantes de Dufourt : un érythème noueux évoluant entre une typho-bacillose et une salpingo-péritonite tuberculeuse ; un érythème noueux apparaissent entre une péritonite et une pleurésie séro-fibrineuse ; un érythème noueux évoluant entre une typho-bacillose et une pleurésie.

A ces *faits cliniques* bien observés, on a ajouté des constatations d'ordre anatomo-pathologique, bactériologique et biologique fournissant la preuve que l'érythème noueux peut être fonction de bacilloses. A l'*examen anatomopathologique*, il ne faut pas toutefois s'attendre à trouver les caractères histologiques des lésions tuberculeuses, puisque l'érythème noueux est un rhumatisme cutané appartenant au rhumatisme tuberculeux inflammatoire de Poncet, sans lésions spécifiques; cependant, Dor a trouvé une fois, après biopsie d'un érythème noueux survenu d'ailleurs chez un phtisique, Dor a trouvé un follicule tuberculeux très net avec cellule géante et cellules épithélioïdes (thèse de Pons). Encore plus démonstratifs sont quelques résultats positifs obtenus en recherchant le *bacille de Koch* dans des nodosités érythémateuses : dans un cas de Landouzy, on trouve un bacille de Koch et, une partie du nodule biopsié ayant été inoculée à un cobaye, l'animal fut tuberculisé ; Gutmann trouva aussi un bacille de Koch dans un vaisseau d'un nodule érythémateux chez un malade qui avait des bacilles dans le sang; à Nantes, Leinberger, ayant scarifié un nodule d'érythème noueux, vit, dans la sérosité ainsi recueillie, trois bacilles acido-résistants ayant tous les caractères du bacille de Koch (thèse de Voyer).

Un dernier argument en faveur de la théorie tuberculeuse est fourni par les diverses recherches faites avec la tuberculine chez les malades atteints d'érythème noueux : la *cuti-réaction* est, dans ces cas, très souvent positive (Comby, Bezançon, Pollak, Marfan); il en est de même pour l'ophtalmo-réaction (Lévy-Franckel); mais c'est surtout l'*intradermo-réaction* qui a permis des constatations très curieuses. Chauffard et Troisier ont fait remarquer que l'intradermo-réaction positive à la tuberculine ressemble singulièrement à l'érythème noueux; chez un malade atteint d'érythème noueux, ils ont pu, par injection intradermique de tuberculine, reproduire une lésion cutanée très identique aux nodules spontanés; Laignel-Lavastine, Barbier et Lian arrivèrent au même résultat, et, dans le cas de Barbier et Lian, des injections intradermiques de sérum antidiphtérique et de sérum antiméningococcique, à la dose de 1 goutte, ne provoquèrent pas de nodules comme la tuberculine. Chez un garçon de quatorze ans, atteint d'érythème noueux, Carnot fit l'intradermo-réaction en différents points du corps, dans les régions envahies par l'érythème noueux et dans les régions indemnes; le résultat fut positif au niveau des cuisses, où siégeaient les nodules spontanés, négatif à l'abdomen, région indemne; la peau des membres s'est donc montrée sensible à la tuberculine alors que la peau de l'abdomen était réfractaire à la tuberculine comme aux poussées d'érythème noueux. Pons, Chauffard et Girard, Gougerot ont encore vu une réactivation d'éléments anciens d'érythème noueux et l'apparition de nodules nouveaux à la suite d'injections sous-cutanées d'une très minime quantité de tuberculine chez des convalescents d'érythème noueux. Notons enfin certains résultats positifs obtenus avec le *séro-diagnostic* de la tuberculose d'Arloing et Courmont (thèses de Crozat, de Mermillod).

Il y a donc, très certainement, un érythème noueux d'origine tuberculeuse. Est-ce une tuberculose inflammatoire de la peau? Peut-être, mais d'autres hypothèses ont été faites. D'après Schamaun, l'érythème noueux tuberculeux est dû à l'action sur les centres vaso-moteurs des toxines du bacille de Koch. Pour Sézary, l'érythème noueux pourrait être considéré comme l'expression cutanée d'un syndrome méningé fruste de nature bacillaire; on connaît, en effet, le rôle prépondérant du système nerveux dans la pathogénie des dermatoses dont certaines sont manifestement d'origine nerveuse et, d'autre part, l'examen du liquide céphalo-rachidien fait dans deux cas d'érythème noueux a montré une réaction méningée se traduisant par de la lymphocytose.

II. L'érythème noueux est fonction de diverses septicémies. — On a fait de multiples objections à la théorie de l'érythème noueux d'origine tuberculeuse; on a discuté sur la fréquence des antécédents personnels de tuberculose chez les malades atteints d'érythème noueux, sur le pourcentage des anciens érythémateux devenus dans la suite des tuberculeux; on a critiqué la valeur diagnostique de la cuti-réaction, insisté sur la rareté des constatations franchement positives faites après biopsie de nodules érythémateux. Toutes ces objections ne manquent pas de valeur; mais cette discussion théo-

---

thème noueux et méningite tuberculeuse, *Gaz. des hôpit.*, 1912, n° 10. — ALAMARTINE. L'érythème noueux d'origine tuberculeuse, *Gaz des hôpit.*, 1912, n° 69. — MABIRE. *Th. de Paris*, 1913-1914. — LANDOUZY. Erythème noueux et septicémie à bacilles de Koch, *Presse méd.*, 19 nov. 1913. — MAGE. *Th. de Paris*, 1919-1920. — LAEDERICH et RICHET. *Revue de la tub.*, 1920, p. 229. — VOYER. De la nature bacillaire de l'érythème noueux, *Th. de Paris*, 1920. — RAFFEGEAU. *Th. de Paris*, 1922. — MERMILLOD. De la nature de l'érythème noueux spécialement considéré dans ses rapports avec la tuberculose, *Th. de Lyon*, mai 1923. — DUFOURT. *Journ. méd. de Lyon*, 5 mai 1923. — LAURENT et ABEL. *Revue méd. de l'Est*, 1924, n° 15.

rique pourrait se prolonger indéfiniment. Les partisans de la tuberculose reconnaissent d'ailleurs, pour la plupart, que leur théorie ne s'applique pas à tous les cas d'érythème noueux et ils s'inclinent devant des faits bien observés, alors même que ces faits relèvent d'une autre interprétation.

L'érythème noueux dit primitif avec ses symptômes généraux du début a l'allure d'un de ces états infectieux mal déterminés, dont l'origine peut être parfois révélée par l'hémoculture. Un travail de Sacquépée et Loiseleur (1) présente un intérêt très grand : Une fillette de seize ans est prise de céphalée, vomit, a 38°7; le lendemain apparaissent trois placards d'érythème noueux à la jambe gauche; la fièvre dure trois semaines, la malade guérit; chez cette jeune fille, antérieurement atteinte de coxalgie, une hémoculture fut faite pendant la période fébrile et l'on trouva dans le sang du *streptocoque*. Une femme de vingt et un ans se plaint de fatigue, d'anorexie, a de la fièvre 38°8, puis survient, avec des douleurs articulaires, un érythème noueux typique; par l'hémoculture, on trouve de l'*entérocoque*. Sacquépée et Loiseleur relatent d'autres observations analogues; sur six cas d'érythème noueux, ils ont trouvé deux cas de *septicémie à entérocoque*, un cas de *septicémie à tétragène*, un cas de *septicémie à streptocoque*; dans le sixième cas, l'hémoculture fut négative. Dans l'érythème noueux avec streptococcémie, il y eut des troubles digestifs et des vomissements; les deux érythèmes noueux à éntérocoque s'accompagnèrent d'arthralgies pénibles. Tous les microbes provenant du sang de ces malades paraissaient peu virulents.

Ces faits nous remettent en mémoire une théorie ancienne de l'érythème noueux qui avait été, peut-être à tort, complètement abandonnée. Bergeon (2) écrivait, dans sa thèse, que l'érythème noueux appartient au genre érythème, à la classe des pseudo-exanthèmes et à l'espèce rhumatismale. Il rappelait que Schœlein a décrit l'érythème noueux sous le nom de *péliose rhumatismale*, que Begbie a considéré l'érythème noueux comme la manifestation cutanée du rhumatisme. Que savons-nous aujourd'hui du rhumatisme articulaire aigu? Nous le considérons comme une septicémie et on peut donc concevoir une certaine parenté entre le microbe du rhumatisme et l'entérocoque produisant, comme dans les cas de Sacquépée et Loiseleur, un érythème noueux avec arthralgies violentes.

Les érythèmes noueux dépendant d'une septicémie atténuée à streptocoque, à entérocoque, à tétragène, à pneumocoque, sont-ils fréquents? On ne peut le dire; on ne le saura que le jour où l'hémoculture sera plus souvent faite dans les cas d'affection fébrile de nature indéterminée.

III. **L'érythème noueux est une maladie autonome, épidémique.** — On retrouve dans les anciens auteurs cette conception de l'érythème noueux. Trousseau enseignait que l'érythème noueux est « une maladie à part, spécifique » avec des manifestations locales et des symptômes généraux. Moriceau, en 1861, trouve une certaine analogie entre l'érythème noueux et les fièvres éruptives; puis c'est Bergeon (1861) qui remarque qu'à l'Hôpital Saint-Louis on reste parfois plusieurs mois sans voir d'érythème noueux et qu'ensuite on en observe plusieurs cas en quelques semaines. Il n'était plus beaucoup question de l'épidémicité de l'érythème noueux quand Moussous (1) et son élève Rousseau (2) attirent l'attention sur la contagiosité de cette maladie, qui mérite ainsi d'être classée à côté des autres exanthèmes fébriles; Laugier (3) signale un cas de contagion, Gendron (4) relate deux épidémies familiales, Caussade, Monier Vinard et Lafourcade (5) voient trois cas dans une même famille, Ledoux (6) observe une petite épidémie qui atteint quatre élèves sages-femmes de la Maternité de Besançon, et enfin, à Lille, Dujardin (7) soigne un frère et une sœur atteints successivement d'érythème noueux.

L'érythème noueux épidémique et contagieux a une période d'incubation, dont la durée est encore mal connue; elle serait de neuf jours d'après Rousseau; Dujardin dit de quatre à douze jours. Puis c'est l'invasion avec des symptômes généraux plus ou moins marqués assez souvent avec une angine (Gueissaz), la période d'éruption et enfin la période de desquamation et de convalescence. Une atteinte d'érythème noueux confère habituellement l'immunité; quelques cas de récidive ont été publiés. Quant à la contagiosité de l'érythème noueux, elle paraît faible; cependant Dujardin conseille d'isoler les malades.

Cet érythème noueux, maladie autonome, serait-il dû à un microbe spécial? Des recherches ont été faites dans ce sens. En 1915, Rosenow a trouvé, dans des cas particulièrement aigus, un *bacille diphtéroïde*, ne prenant pas le Gram, et qui ferait des poussées septicémiques trouvant leur point de départ dans les cryptes amygdaliennes. Massini a vu, dans le sang d'un malade, à l'ultramicroscope, un spirochète différent du tréponème qu'il a dénommé *Spirochœta agilis* (8). On ne peut encore rien conclure en ce qui concerne ce bacille et ce spirochète; leur spécificité n'est pas encore établie.

Pour Meunier (9), l'érythème noueux est bien une maladie infectieuse, spécifique, analogue aux fièvres éruptives; mais il atteint surtout des organismes déjà débilités et la tuberculose, en particulier, joue un rôle prédisposant; puis l'érythème noueux réveille très souvent la tuberculose latente. Cette ingénieuse interprétation de Meunier est donc ce qu'on appelle, au Palais de Justice, un essai de conciliation.

Traitement. — Les érythèmes noueux secondaires, celui de la trypanosomiase, celui de la syphilis, par exemple, réclament le traitement de la maladie causale.

L'érythème noueux primitif sera traité, pendant les premiers jours, comme une maladie fébrile à symptômes généraux plus ou moins violents, néces-

(1) SACQUÉPÉE et LOISELEUR. Infections sanguines au cours des érythèmes infectieux primitifs, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1906, p. 269. — SACQUÉPÉE. Erythème noueux au cours d'une septicémie à pneumocoques, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 nov. 1921.

(2) BERGEON. De l'érythème noueux, *Th. de Paris*, 1861, n° 227.

(1) MOUSSOUS. Contagiosité de l'érythème noueux, *Arch. de méd. des enf.*, 1901, p. 385.

(2) ROUSSEAU. *Th. de Bordeaux*, janv. 1902.

(3) LAUGIER. *Bull. méd.*, 31 déc. 1913.

(4) GENDRON. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 mars 1920 et 11 nov. 1921.

(5) CAUSSADE, MONIER-VINARD et LAFOURCADE. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 juillet 1922.

(6) LEDOUX. *Revue de méd.*, 1923, p. 321.

(7) DUJARDIN. *Th. de Lille*, mai 1923.

(8) BARTHÉLEMY. Quelques notions récentes sur l'érythème noueux, *Gaz. des hôpit.*, 27 mai 1922.

(9) MEUNIER. *Revue belge de la tub.*, nov. 1924.

sitant une thérapeutique appropriée à chaque cas. Quand apparaissent les nodosités érythémateuses, il faut en faire un enveloppement ouaté; Comby, laissant chez des malades une jambe libre et enveloppant l'autre, a vu l'érythème disparaître en deux ou trois jours sur le membre enveloppé alors qu'il persistait sur le membre nu.

Quand on rapprochait l'érythème noueux des affections rhumatismales, on le traitait par le salicylate de soude et ce médicament peut encore être conseillé dans les cas où il existe des arthralgies violentes.

D'autres fois, c'est l'iodure de potassium qui donnera de bons résultats et Brocq a montré que certains érythèmes noueux étaient très favorablement influencés par le traitement ioduré.

La convalescence sera surveillée; l'anémie et l'amaigrissement sont assez fréquents et alors il faut envoyer le convalescent à la campagne ou à la montagne, lui donner du fer, de l'arsenic. Ce traitement des convalescents sera particulièrement important dans les cas d'érythème noueux fonction de bacillose, mais aussi dans les autres, car la fréquence de la tuberculose après l'érythème noueux tient peut-être à ce que cette affection, comme la rougeole, prédispose à un réveil d'une tuberculose jusqu'alors latente (Mallein, Meunier).

Conclusions. — Après avoir étudié l'érythème noueux, après avoir exposé ce que nous en savons et n'avoir pas caché ce que nous en ignorons, il faut conclure. Cela nous sera théoriquement facile; l'éclectisme s'impose, car les diverses manières de comprendre l'érythème noueux correspondent toutes à une observation clinique attentive et reposent sur des faits.

Aussi, avec Pagniez (1), avec Barthélémy, avec Blu (2), avec Chambard (3), nous dirons de l'érythème noueux primitif qu'un assez grand nombre de cas ressortissent à la tuberculose, qu'on peut voir l'érythème noueux au cours de diverses infections et que parfois cette maladie apparaît en série avec un certain caractère d'épidémicité.

Mais il y a peut-être une grande parenté entre l'érythème noueux épidémique et l'érythème noueux au cours de diverses infections septicémiques. Les faits d'érythème noueux épidémique doivent être l'objet de nouvelles recherches, en particulier par l'hémoculture et l'on peut supposer qu'ils rentreront dans le second groupe de cas que nous avons étudiés. Une septicémie à entérocoque, à streptocoque, à tétragène peut être contagieuse et nous aurions alors deux catégories d'érythèmes noueux primitifs : ceux qui relèvent de la tuberculose et ceux qui dépendent de septicémies non bacillaires.

Pratiquement, il est toujours très délicat de donner son avis sur la nature d'un érythème noueux et de faire un pronostic sur l'avenir du malade. Dans beaucoup de familles, on n'ignore pas la théorie de Poncet, de Landouzy et alors on pose au médecin la question : S'agit-il d'une manifestation de tuberculose? Il convient alors de se rappeler que tout érythème noueux n'est pas fonction de tuberculose; il faut étudier les antécédents du malade, savoir si l'érythème noueux a été précédé de fatigue générale et d'amaigrissement, ce qui est fréquent dans la bacillémie; on proposera une cuti-réaction et une hémoculture, qui ne seront pas toujours acceptées; dans beaucoup de cas, la cause exacte de l'érythème noueux restera malheureusement ignorée (1).

(1) Pagniez. De la nature de l'érythème noueux, *Presse méd.*, 18 fév. 1922.

(2) Blu. Considérations cliniques sur l'érythème noueux che l'enfant, *Th. de Paris*, 1922.

(3) Chambard. Contribution à l'étude de l'étiologie de l'érythème noueux, *Th. de Bordeaux*, 1922.

(1) Les cas d'érythème noueux que j'ai observés sont tous survenus isolément, sans aucune tendance épidémique. Des sujets atteints, que je connais encore aujourd'hui, aucun n'est devenu tuberculeux, mais ceci ne nous dit pas la nature de leur érythème : tous les anciens pleurétiques ne deviennent pas phtisiques et cependant ils ont bien eu une bacillose pleurale. Ces cas resteront donc toujours pour moi des énigmes et, en pareille circonstance, on doit « préférer, à défaut de certitude, l'aveu de l'indécision à l'affirmation téméraire » (G. Lenotre).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1925)

Présentation d'ouvrage. — M. Paul Richer dépose sur le bureau de l'Académie un livre consacré aux arts de l'Orient classique, Egypte, Chaldée et Assyrie.

Ce livre est un fragment de l'enseignement que M. Richer a professé pendant près de vingt ans à l'Ecole des Beaux-Arts sur l'anatomie artistique.

M. Richer faisait suivre l'étude des formes extérieures du corps d'une rapide revue de ces mêmes formes dans les œuvres des artistes aux diverses époques de l'art. C'était une façon de fixer dans l'esprit des élèves les descriptions qui venaient d'avoir lieu, en même temps qu'un repos pour eux au cours d'études parfois un peu arides. Ces leçons consacrées au « nu » dans l'art étaient particulièrement attendues et goûtées.

Ce sont elles qui forment ce petit volume, le premier d'une série où les grandes époques de l'art seront représentées.

Propriétés antimicrobiennes de diverses eaux fluviales ou marines. Pouvoir bactériophage. — MM. F. Arloing, Sempe et Chavanne (de Lyon), étudiant les eaux du Rhône, de la Saône, de l'Isère, du Drac, de la Romanche, de l'estuaire de la Seine, de la rade et du port du Havre, ont mis en évidence le pouvoir antimicrobien de ces eaux à l'égard de certains microbes du groupe intestinal.

Ils rattachent ces effets à une action lytique bactériophagique variable avec les régions géographiques, les cours d'eaux, leur étiage, etc. Ainsi le Rhône et l'Isère sont spécialement antityphiques; l'Isère et les eaux de la région grenobloise y compris l'eau de neige (col de Porto) antipara A; les eaux havraises antishiga. Le pouvoir anticoli est le plus répandu; il appartient surtout aux eaux à cours lent très souillées, Saône, Seine, port du Havre.

Le pouvoir antimicrobien est en général plus marqué en aval qu'en amont d'une localité importante.

Séro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique. — M. Pettit.

Méningite syphilitique. — M. Long communique une observation clinique et anatomique d'un cas de méningite syphilitique, tardive, grave.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la 1re division (médecine).

La liste de présentation portait : en première ligne, MM. Parisot (de Nancy) et Durand-Fardel (de Vichy); en deuxième ligne ex æquo, MM. Barbary (de Nice), Cestan (de Toulouse), Merklen (de Strasbourg), Pic (de Lyon), Sabrazès (de Bordeaux).

Au premier tour, le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Parisot ayant obtenu 51 suffrages est proclamé élu.

Au deuxième tour, votants 66, majorité 34, M. Durand-Fardel ayant obtenu 58 suffrages est déclaré élu.

— L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Camus sur l'Institut vaccinogène de Strasbourg.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1925)

A propos du zona et de la varicelle. — MM. LESNÉ et DE GENNES. La coexistence ou l'évolution successive du zona et de la varicelle chez un même sujet ou chez des personnes vivant au contact les unes des autres, paraissent être des faits exceptionnels, et on n'en peut tirer aucune conclusion sur l'identité des deux maladies, pas plus que de la coexistence beaucoup plus fréquente de la varicelle avec la rougeole ou la scarlatine.

Le zona est rare chez l'enfant alors que la varicelle est très commune.

La varicelle ne récidive jamais, elle donne une immunité persistante et ne paraît pas immuniser contre le zona.

Le liquide céphalo-rachidien reste normal dans la varicelle alors que la réaction lymphocytaire est la règle dans le zona.

Le zona n'est pas inoculable, l'inoculation du contenu d'une vésicule de zona ne donne pas la varicelle à un enfant qui ne l'avait pas eue et ne lui confère envers cette maladie aucune immunité.

Au contraire, la varicelle est souvent inoculable et la varicellisation, qui donne une éruption discrète, constitue une méthode prophylactique employée à l'étranger.

Un cas de dilatation bronchite très amélioré par la phrénicotomie. — MM. A. CHAUFFARD et A. RAVINA. L'insuccès de toutes les méthodes employées contre la dilatation bronchique est si habituel qu'on doit chercher à mettre en œuvre toutes les améliorations apportées à ce traitement. La phrénicotomie, récemment employée avec succès par MM. Rist, Maurer, Rolland, Weltis, vient de donner à MM. Chauffard et Ravina des résultats excellents. Il s'agissait d'un homme de quarante trois ans atteint d'une dilatation volumineuse du lobe inférieur droit, dont l'état général était grave et dont l'expectoration dépassait 200 centimètres cubes par jour. La phrénicotomie, pratiquée sous anesthésie locale par M. Maurer, a été admirablement tolérée. Le bénéfice retiré en a été très rapide, l'expectoration tombant de 200 centimètres cubes à 40 centimètres cubes, les signes fonctionnels se sont atténués et le malade a augmenté de 5 kilos.

M. RIST. La meilleure indication de la phrénicotomie se rencontre dans les lésions de la base, le résultat est beaucoup moins sûr dans les affections du sommet. Dans la dilatation bronchique la phrénicotomie peut donner, dans certains cas, la guérison définitive, mais il ne faut pas oublier les bons résultats que donne aussi le pneumothorax artificiel. Il est souvent malaisé de dépister cliniquement l'hémiplégie diaphragmatique que donne la prénicotomie.

M. SERGENT a, sur ce dernier point, la même opinion que M. Rist.

Sur un cas d'hyperélasticité congénitale des ligaments articulaires et de la peau. — MM. GILBERT, VILLARET et GRELLETY-BOSVIEL présentent un jeune homme normalement développé et qui est atteint d'une hyperélasticité congénitale des ligaments articulaires frappant surtout les articulations des doigts et des orteils qu'on arrive à luxer sans effort et sans provoquer de douleur.

La peau offre elle aussi un degré remarquable d'hyperélasticité aussi intense aux membres qu'à la figure; elle se laisse très facilement étirer et une fois relachée elle revient aussitôt sur elle-même sans présenter le moindre pli.

A ces deux symptômes capitaux vient s'adjoindre de l'acrocyanose, elle aussi congénitale, s'accompagnant d'engelures ulcéreuses l'hiver et disparaissant l'été.

Une enquête personnelle et familiale d'éliminer la syphilis comme cause étiologique.

Chorée congénitale. — NM. L. BABONNEIX et Maurice LÉVY présentent un sujet de cinquante et un ans atteint de mouvements choréiques carastéristiques, lesquels auraient débuté dans les premiers temps de la vie, et auraient, depuis, persisté tels quels, sans modifications. Il n'existe, chez lui, aucun symptôme d'ordre pyramidal ou cérébelleux. L'absence d'athétose permet d'éliminer la lésion du carrefour hypothalamique, récemment décrite par MM. Guillain et Alajouanine.

La sclérose en plaques est-elle d'origine syphilitique ? — MM. Henri DUFOUR et Marcel FERRU. Deux malades observés par les auteurs concernent, l'un un homme de cinquante-huit ans avec céphalo-rachidien normal, sauf la teneur en albumine un peu élevée. Jeune, il a eu un chancre et la roséole traités à Saint-Louis. Chez ce malade existe un syndrome de sclérose en plaques évoluant depuis quinze ans [avec des troubles de la parole, du tremblement intentionnel, une démarche spasmodique, des reflexes exagérés, des troubles oculaires portant sur la fonction chromatique de la rétine.

Dans l'autre cas, il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, atteinte, depuis dix ans, de tremblement typique intentionnel de la main droite, d'une ébauche de tremblement du côté gauche, de parole scandée. Il y a eu un léger nystagmus transitoire. Les réflexes tendineux sont un peu forts. Le liquide céphalo-rachidien a montré en 1920, une lymphocytose avec albuminose anormale et une réaction de Wassermann partiellement positive.

M. C. VINCENT. Il faut éviter la confusion entre la sclérose en plaques vraie et certains syndromes qui lui ressemblent plus ou moins. D'ailleurs il y a des raisons-histo-pathologiques sérieuses pour empêcher d'admettre que la syphilis soit à l'origine de la sclérose en plaques légitime.

M. SÉZARY partage l'opinion de M. Vincent.

Insuffisance surrénale et hérédo-syphilis. — M. PAUTRIER présente deux observations particulièrement démonstratives.

Dans la première, un jeune homme de vingt ans se présente avec une asthénie très prononcée, des céphalées rebelles, et ayant eu, dit-il, quelques mois auparavant, une plaque muqueuse de la gorge. Le Bordet-Wassermann du sang est fortement positif, négatif dans le liquide céphalo-rachidien. La tension maxima est faible, 10,5. Phénomène de la ligne blanche. Le malade mis au traitement novarsénobenzolique et mercuriel avec opothérapie surrénale, s'améliore progressivement. La pression remonte à 24,5. L'enquête faite l'année suivante dans la famille révèle une vieille syphilis du père, qui commence un tabès, et un Bordet-Wassermann positif chez la sœur du malade.

La deuxième observation a trait à un jeune homme de vingt-deux ans, normal jusqu'à dix-sept ans, mais qui, à partir de ce moment-là, voit son caractère changer, devient hypochondriaque, maigrit, devient asthénique. Le Bordet-Wassermann est douteux mais le Hecht positif. Tension maxima à 10,5. Amélioration nette par le traitement par l'énésol puis l'hectargyre associé à l'opothérapie surrénale.

L'insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire aux cours des cardiopathies mitrales. — MM. FLANDIN et Th. LAENNEC présentent deux malades qui, au cours d'une cardiopathie mitrale ancienne, ont présenté des symptômes paraissant conditionnés par une insuffisance fonctionnelle de l'orifice pulmonaire.

De ces deux observations découle l'intérêt qu'il y a à toujours rechercher, chez des malades atteints de lésions mitrales, une insuffisance fonctionnelle pulmonaire associée.

Il faudra toujours contrôler le diagnostic par l'examen radioscopique qui, montrant une distension marquée de l'artère pulmonaire, présentera une très grande importance.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

REPOS HEBDOMADAIRE

PHARMACIES. ARRÊTÉ PRÉFECTORAL DU 5 SEPTEMBRE 1924

On se souvient de l'émotion qui a surgi parmi les pharmaciens, lorsque le Préfet de la Seine a pris l'arrêté du 5 septembre 1924 qui a ordonné la fermeture des pharmacies le dimanche. Une protestation dans la rue a eu lieu; des pharmaciens, dont les intérêts se trouvaient gravement lésés par cette intervention préfectorale, refusèrent de s'incliner devant l'interdiction édictée et continuèrent à ouvrir leur officine le dimanche. Beaucoup disaient : « l'Etat nous demande de lourds impôts et il nous empêche de travailler un des jours de la semaine les plus fructueux. Comment veut-il que nous puis-

sions payer s'il ne nous laisse pas tendre tous nos efforts pour le satisfaire? »

La protestation fut vaine : des procès-verbaux furent dressés contre les pharmaciens qui se mettaient en contravention avec l'arrêté. Ils furent poursuivis devant le Tribunal de simple police pour avoir agi contrairement aux prescriptions de l'article premier de l'arrêté préfectoral du 5 septembre 1924 pris en exécution de l'article 43 *a* du Livre II du Code du travail.

Ce qui vient singulièrement compliquer la question de savoir si les pharmaciens qui ouvrent le dimanche ont ou non raison, c'est que le Tribunal de simple police de Paris, et le Tribunal de simple police de Charenton ont rendu deux décisions absolument contradictoires. Le Tribunal de Paris a décidé, le 7 novembre 1924, que l'arrêté du 5 septembre 1924 avait été légalement pris et avait force obligatoire; tandis que le tribunal de Charenton a décidé, le 19 décembre 1924, que l'arrêté dont il s'agit avait été illégalement pris et était dépourvu de sanction légale. Le Tribunal de simple police de Courbevoie a statué dans le même sens que celui de Charenton.

Qui croire? La Cour de Cassation sera amenée à trancher le conflit. Le Conseil d'Etat est déjà saisi du point de savoir si l'arrêté du préfet est légal. Mais quelle situation pour les pharmaciens, dans une circonstance où il est porté atteinte à la liberté, il faut bien le dire ! A Paris, le pharmacien qui ouvre le dimanche est condamné; à Charenton, et ailleurs, il est acquitté et peut faire ce que son collègue de Paris ne peut pas faire. Il est permis de douter, dans ces conditions, de la valeur de la rédaction du législateur qui permet deux interprétations diamétralement opposées ; ce qui est grave, c'est que, si la Cour de Cassation vient à donner raison au Juge de simple police de Charenton, tous ceux qui auront été condamnés à Paris, qui ne se seront pas pourvus devant les juridictions supérieures et notamment devant la Cour de Cassation à cause des frais à exposer, par exemple, et qui auront acquitté le montant de la condamnation, se trouveront avoir exécuté un jugement reposant sur une fausse interprétation de la loi !

Il semble que le législateur se soit rendu compte de cette anomalie dans une certaine mesure. En effet, la loi du 3 janvier 1925, relative à l'amnistie, contient dans son article premier : « Amnistie pleine et entière est accordée pour les faits commis *antérieurement au 12 novembre 1924*... 7° aux infractions aux dispositions du livre II du Code du travail et de la prévoyance sociale, exception faite des infractions aux articles 60, 61 et 62 dudit livre. Toutefois les mises en demeure signifiées en vertu du titre II (hygiène et sécurité des travailleurs) dudit livre sont maintenues. »

Or, l'arrêté du 5 septembre 1924 a été pris en exécution de l'art. 43 *a* du livre II, du Code du travail. Par conséquent, sont amnistiées toutes les contraventions antérieures au 12 novembre 1924, mais non celles postérieures relevées pour ouverture de pharmacie le dimanche.

Il importe donc d'indiquer les deux thèses en présence.

D'abord, celle du Tribunal de simple police de Charenton : un pharmacien d'Alfortville a été poursuivi pour avoir laissé sa pharmacie ouverte au public pendant la journée du dimanche contrairement à l'arrêté :

« Attendu qu'il y a lieu, dit le jugement, de vérifier la légalité de cet arrêté préfectoral ;

Attendu que l'article 38 du Livre II du Code du travail admet « de droit » les pharmacies, et divers autres établissements qu'il énumère limitativement, à donner le repos hebdomadaire au personnel par roulement;

Attendu que ce droit, qui se justifie par un intérêt public, est évidemment exclusif de la fermeture de l'établissement ordonnée par l'autorité administrative pour cause de repos hebdomadaire;

Attendu qu'un droit ainsi reconnu par la loi ne peut être supprimé ou restreint que par une disposition législative contraire absolument formelle;

Attendu que l'article 43 *a* du même Code, complété par la loi du 29 décembre 1923, permet au préfet d'ordonner par arrêté la fermeture au public des établissements d'une profession pendant toute la durée du repos hebdomadaire, lorsque les syndicats patronaux et ouvriers de cette profession se sont mis d'accord sur les conditions dans lesquelles le repos hebdomadaire sera donné au personnel suivant un des modes prévus par la loi;

Attendu que ce texte de loi peut seulement viser les modalités du repos hebdomadaire soumises à autorisation, et non les modalités de droit;

Qu'il est inapplicable aux établissements spécifiés par l'article 38, établissements admis « de droit » à donner le repos hebdomadaire par roulement;

Qu'en conséquence, l'arrêté préfectoral susvisé n'a pu légalement se fonder sur l'article 43 *a* et qu'étant contraire aux dispositions de l'article 38, il ne peut être pourvu d'une sanction légale ».

Dès lors le tribunal a annulé la citation délivrée au pharmacien, et tout ce qui a suivi.

En second lieu, la thèse du tribunal de simple police de Paris : le Tribunal écarte l'application de l'article 38 « attendu que l'article 43 *a* est une loi spéciale et nouvelle du 29 décembre 1923, insérée dans ledit Code, et créant un régime spécial qui peut jouer sous certaines conditions; que c'est d'ailleurs en vertu de cette loi que l'arrêté du 5 septembre 1924 a été pris; que par suite, l'objection soulevée ne repose sur aucune base sérieuse et qu'elle tombe d'elle-même. »

La question qui se pose est donc de savoir si la loi du 29 décembre 1923 a supprimé le droit reconnu par l'article 38; ce texte admet « de droit » les pharmacies à donner le repos hebdomadaire *par roulement* au personnel. L'article 43 *a* est ainsi conçu : « Lorsqu'un accord sera intervenu entre les syndicats patronaux et ouvriers d'une profession et d'une région déterminée, sur les conditions dans lesquelles le repos hebdomadaire sera donné au personnel suivant un des modes visés par les articles précédents, le préfet du département pourra, par arrêté, sur la demande des syndicats intéressés, ordonner la fermeture au public des établissements de la profession et de la région pendant toute la durée de ce repos. »

Du moment que l'article 38 admet les pharmacies à donner le repos hebdomadaire par roulement, il est exclusif de la fermeture de l'établissement pour cause de repos hebdomadaire, comme l'indique le jugement de Charenton. Cette exclusivité se justifie par l'intérêt même des malades.

Le jugement de Paris fait jouer l'article 43 *a*, à part de l'article 38, en déclarant que ce texte crée un régime spécial, lorsqu'il y a accord entre les syndicats patronaux et ouvriers d'une profession et d'une région déterminée. Alors que l'article 38 accorde un droit individuel, le régime institué par l'artcle 43 *a* dépend d'une question de majorité. En effet, le texte dit « accord entre les syndicats patronaux et ouvriers » ; c'est la majorité des patrons et des ouvriers dans les syndicats professionnels de la région qui est envisagée; c'est celle qui impose sa volonté. Et en ce qui concerne les syndicats patronaux, nombre de pharmaciens peuvent ne pas en faire partie.

On se rend compte par les observations qu'on vient de faire que la thèse du jugement de Charenton a pour effet de faire respecter le droit individuel que les pharmaciens tiennent de la loi elle-même et que celle du jugement de Paris a pour effet de le supprimer. Il semble difficile d'admettre cette dernière thèse; sans doute, on obvie à ses inconvénients en désignant une pharmacie de service le dimanche. Mais c'est là un fait qui ne saurait porter atteinte à un droit. Nous ferons connaître ultérieurement, quand elles seront rendues, les décisions des juridictions supérieures.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

Un Médecin philosophe : Charles Bouchard. Son œuvre et son temps (1837-1875), par le docteur Paul LE GENDRE, médecin honoraire des hôpitaux de Paris, membre de l'Académie de médecine. In-8 de VII-256 pages avec portrait. — Prix : 30 francs. — Paris, Masson et Cie.

BIBLIOGRAPHIE

Recherches et études sur le mal de Pott, par A. ALBANESE.

L'auteur a réuni en un volume les articles suivants publiés antérieurement dans des Revues :

— Sur la résistance mécanique du rachis.

— Sur les altérations squelettiques du rachis dans l'évolution physiopathologique de la spondylite tuberculeuse.

— Morphologie de la gibbosité par destruction des corps vertébraux en rapport au siège et à l'extension de la destruction de ceux-ci.

— Les interventions ankylosantes dans le traitement de la spondylite tuberculeuse.

Les deux premiers de ces articles ont déjà été analysés (voir *Gaz. des hôpit.*, 8 et 10 janv. 1924, n° 3, p. 49). Voici les deux derniers :

Morphologie de la gibbosité par obstruction des corps vertébraux en rapport avec le siège et l'étendue de cette destruction. (*Recherches expérimentales.*) (A. ALBANESE. *Archivio di ortopedia*, vol. XXXIX, fasc. 3, 17 fig., p. 513-603.)

Les auteurs ont étudié sur le squelette directement ou par la radiographie les gibbosités expérimentales produites par l'ablation plus ou moins étendue de corps vertébraux aux différentes hauteurs du rachis. Leurs conclusions confirment celles de l'étude de Ménard et Guibal (*Revue d'orthop.*, 1900).

Ils montrent que pour une destruction somatique déterminée le degré de gibbosité est très variable selon la région : minime au cou, moyenne aux lombes, elle atteint son maximum au dos.

La constitution de la gibbosité varie aussi selon la partie du corps vertébrale détruit : si la destruction porte au-dessous du pédoncule, c'est l'apophyse épineuse de la vertèbre lésée qui est proéminente; si c'est la partie supérieure de la vertèbre qui est détruite c'est au contraire l'apophyse de la vertèbre sus-jacente qui fait saillie.

La cyphose s'accentue progressivement, en rapport à l'étendue de la perte de substance du corps vertébral, quel que soit le niveau du rachis.

Les ligaments interépineux forment une résistance notable à la production de la gibbosité.

Dans la gibbosité expérimentale, on observe un diastasis articulaire, allant progressivement jusqu'à la luxation ; ce sont les articulations sus-jacentes qui sont intéressées dans la destruction sus-pédonculaire, et les articulations sous-jacentes dans les destructions sous-pédonculaires.

Les interventions ankylosantes dans le traitement de la tuberculose vertébrale. (A. ALBANESE (de Rome). *Arch. ital. di chir.*, juin 1924, t. IX, fasc. 4, p. 345-392, 2 fig.)

L'auteur a étudié expérimentalement chez le chien l'opération d'Albee pure, puis une opération (Della Vedova) consistant à dénuder les faces latérales des apophyses épineuses et à y appliquer des greffons de Delagenière. Cette dernière méthode a montré toujours la formation d'un solide bloc osseux par prolifération régulière du transplant, tandis que le greffon d'Albee se résorbe en grande partie sur certains animaux, l'auteur a ensuite détruit les corps vertébraux au niveau de la synostose postérieure, et il a constaté que la greffe seule est insuffisante à suppléer la colonne somatique, mais elle favorise l'ankylose des arcs et des apophyses articulaires qui se produit tardivement chez la plupart des pottiques.

M. LANCE.

Les Mouvements antipéristaltiques normaux et pathologiques de l'intestin, par le docteur BLAMOUTIER (Thèse). — Paris, Baillière et fils.

Les Syndromes endocriniens, par R. PORAK. Un volume de 401 pages avec figures. — Paris, Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Un concours pour une place d'ophtalmologiste des hôpitaux s'ouvrira le 4 juin 1925.

S'inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 heures, du lundi 4 mai 1925 au samedi 16 mai inclusivement.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à une place d'accoucheur des hôpitaux de Paris sera ouvert le lundi 8 juin 1925, à 9 heures, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront concourir seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, de 14 à 17 heures, du lundi 11 mai au samedi 23 mai 1925 inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Alger. — Un congé d'un an, sans traitement, du 1er novembre 1924 au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande, à M. Battez, agrégé.

M. Vincent, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

M. Chabrol, préparateur, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, avec effet du 1er novembre 1924, des fonctions de chef de travaux de physiologie.

— Bordeaux. — M. Golse, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours complémentaire de chimie minérale, en remplacement de M. Rangier, démissionnaire.

M. Delaunay, agrégé de physiologie, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

— Lille. — M. Verdun, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

— Montpellier. — M. Riche, agrégé de chirurgie, est maintenu en exercice jusqu'à l'âge de la retraite.

— Nancy. — M. Bouin, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé professeur honoraire de cette dernière Faculté.

M. Ancel, professeur à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, ancien professeur à la Faculté de médecine de Nancy, est nommé professeur honoraire de cette dernière Faculté.

Sont maintenus en exercice jusqu'à l'âge de la retraite les agrégés dont les noms suivent :

MM. Parisot et Perrin (médecine générale).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Amiens. — M. Caraven, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale, est chargé, du 1er novembre 1924 au 1er avril 1925 (durée du congé accordé à M. Fournier), d'un cours de clinique obstétricale.

M. Bacuvier, professeur au lycée d'Amiens, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours de physique (P. C. N.), en remplacement de M. Pierrat, appelé à d'autres fonctions.

M. Pierrat, professeur au lycée d'Amiens, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours de physique, en remplacement de M. Pointelin, admis à la retraite.

— Caen. — M. Vigot, suppléant des chaires de pathologie et de clinique internes, est chargé provisoirement, à partir du 1er novembre 1924, du cours de clinique médicale, en remplacement de M. Léger, en congé.

— Dijon. — M. Barbier, professeur suppléant, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, à dater du 1er novembre 1924, d'un cours de pathologie médicale et médecine opératoire, en remplacement de M. Broussolle, admis à la retraite.

M. Voisenet, chargé de cours, est maintenu, pour l'année scolaire 1924-1925, dans les fonctions de suppléant de pharmacie et matière médicale.

— Limoges. — M. Cumta, agrégé des sciences naturelles,

est institué, pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. Delotte est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur (promotion des maires) :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Peschaud (de Lachapelle-d'Alagnou), Fabre (de Degagnac), Guitton (de Vouillé).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés membres de la Commission d'orientation professionnelle :

M. le docteur Pottevin, vice-président; MM. les docteurs G. Paul-Boncour, René Clogne, Faillie, Paoli, Thiercelin, Weill-Hallé.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. Paul Strauss est nommé président d'honneur de la Commission d'étude clinique du cancer.

L'INQUISITION FISCALE ET LE SECRET PROFESSIONNEL. — Au cours de la discussion de la loi des finances à la Chambre, la question du secret professionnel vient de se poser d'une façon nouvelle quoique très indirecte. Il n'est plus question de demander au médecin de le violer, ce sera le client qui sera appelé à déclarer qu'il a remis telle ou telle somme à son médecin.

Dans la séance du matin du 21 février un député a demandé si par exemple, le trésorier d'une société de secours mutuels devra déclarer les honoraires payés au médecin et au pharmacien,

« Oui, a répondu M. Vincent Auriol, président de la Commission.

M. Borduge, directeur des contributions directes, commissaire du gouvernement. — Le gouvernement a voulu instituer un commencement de contrôle sur les bénéfices des professions non commerciales.

M. Join Lambert. — Je comprends bien le but que vous vous proposez, mais l'arme que demande l'administration sera tout à fait inefficace. En effet, les sociétés indiqueront bien les honoraires versés aux médecins, mais comme les particuliers ne seront pas tenus d'en faire autant, le contrôle sera tout à fait inexistant. Au surplus, vous imposerez une comptabilité énorme aux sociétés : donc, des frais considérables.

M. Chevrier. — Il est bien entendu, en ce qui concerne les accidents du travail, que ce seront les compagnies d'assurances qui déclareront les honoraires versés aux médecins ?

Le commissaire du gouvernement. — C'est entendu.

Le contrôle que nous vous proposons n'est pas complètement efficace, *mais il ne constitue qu'un commencement*, et les fissures seront bouchées les années qui suivront. »

LE VESTIAIRE DES HÔPITAUX DE PARIS. — L'œuvre si importante du « Vestiaire des hôpitaux de Paris » a pour but de donner des vêtements aux malades (hommes, femmes et enfants) qui sortent des hôpitaux, leur permettant ainsi de trouver plus facilement du travail ou une situation convenable; elle étend aussi ses bienfaits aux femmes qui viennent d'accoucher et complète la layette du nouveau-né.

Cette œuvre compte parmi ses principales ressources un *Bal* qui est donné tous les deux ans à son bénéfice.

Cette fête, toujours très brillante, aura lieu cette année le *samedi 21 mars1925*, à 10 heures, en l'Hôtel « Fondation Salomon de Rothschild », 11, rue Berryer (VIIIe).

Le prix du billet est de 30 francs.

On peut se procurer des billets ou des carnets de dix billets chez : Mmes Pierre Duval, 119, rue de Lille (VIIe); Guillain, 215 bis, boulevard Saint-Germain (VIIe); Panas, 90, avenue Malakoff (XVIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Antenor Fabre (de Poussan), le professeur Audrain (de Caen), Joseph Pravaz (de Châteauneuf, Cher), Socquet, médecin légiste à Paris; Spezzafumo (de Tunis), et de M. Félix Alcan, éditeur.

CHRONIQUE

LES VACCINATIONS ANTITYPHIQUES DANS LA MARINE. — Sur une question de M. Archimbaud, député, le ministre de la Marine vient de faire connaître (*J. O.*, 18 fév. 1925) l'état actuel des vaccinations antityphiques dans la marine :

« 1° La morbidité des affections typhoïdes, dans la marine, qui était de 3,9 p. 1.000 en 1915, s'est abaissée successivement les années suivantes à 3,3; 2,2; 1,7; 1,2; 1,2; 1,8; 1,2, pendant que la mortalité passait respectivement de 0,35 à 0,12; 0,14; 0,11; 0,07; 0,3; 0,2; 0,9. A noter que, de 1809 à 1912, la morbidité moyenne atteignait 6,15 p. 1.000 et la mortalité 0,77. Il est à retenir que, tant en France qu'aux colonies, les marins séjournent fréquemment dans les centres endémiques. Les effets de la vaccination préventive ne doivent donc pas être comparés à ceux constatés dans l'armée métropolitaine, mais à ceux que donnerait une statistique de morbidité et de mortalité des soldats en service dans les ports militaires, aux colonies ou dans les pays de protectorat; 2° les progrès réalisés sur les premières méthodes de vaccination antityphoïdique ont porté surtout sur le fait que les vaccinations se font actuellement en une seule injection hypodermique (lipo-vaccin Le Moignic) au lieu de quatre ou trois (Chantemesse). Le vaccin à l'éther, qui demandait primitivement quatre injections, a été ramené d'abord à deux, puis à une injection. Les réactions observées aujourd'hui, dans la marine, avec le vaccin le plus employé (lipo-vaccin) ne sont pas à retenir; 3° les différents vaccins autorisés dans la marine sont les suivants : *a.* vaccin à l'éther du médecin inspecteur général Vincent, autorisé par décret du 12 juin 1913, pour ce qui concerne le bacille typhique, et utilisé ultérieurement après l'adjonction des paratyphiques. Ce vaccin est préparé par le laboratoire de vaccination de l'armée; *b.* lipo-vaccin T. A. B. Le Moignic, autorisé par décret du 10 juin 1918 et préparé par le laboratoire des lipo-vaccins; *c.* vaccin T. A. B. chauffé de Widal, préparé par l'Institut Pasteur et autorisé par décret du 24 décembre 1920. A titre d'essais très limités : entéro-vaccins, préparés par des laboratoires privés (lumière, biothérapie), pour les cas où les autres vaccins seraient contre-indiqués (circulaire du ministère de la Marine du 4 mai 1923). Le libre choix du vaccin est laissé aux médecins-majors des bâtiments et services; 4° le contrôle de la vaccination est assuré par les états périodiques fournis par tous les bâtiments et services à la direction centrale du Service de santé et aussi par les renseignements portés sur les livrets médicaux des équipages; 5° il n'a pas été signalé, depuis 1915, au ministère de la Marine, de cas mortel à la suite des opérations de vaccination; 6° il n'a pas été signalé au département, qui a attiré l'attention du personnel médical sur ce point que la vaccination antityphoïdique ait eu une répercussion sur l'évolution de la tuberculose; 7° le département n'ayant pas eu connaissance d'accidents graves, au cours de la vaccination, n'a pas eu à envisager de mesures spéciales pour dissiper l'appréhension du personnel. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Vendredi 27 février. — Jury : MM. Legueu, président; Sebileau, Ménétrier et Lhermitte. — M. GUILBAUT. Etude clinique et thérapeutique de l'ulcère de l'estomac. — M. CAPITAINE (P.). Un grand médecin du XVIe siècle : Jean Fernel. — M. VILLIÈRE (R.). Un hôpital d'autrefois « Les enfants Rouges ». — M. LANOS. Etude du nystagmus calorique.

OSTÉOARTHROPATHIE TABÉTIQUE LOMBAIRE LATENTE

AVEC LÉGÈRE EXCITATION DU FAISCEAU PYRAMIDAL

PAR MM.

H. ROGER et BASSÈRE

Professeur Externe

à la Clinique neurologique de Marseille.

L'un de nous a eu son attention attirée sur les ostéoarthropathies tabétiques de la colonne vertébrale et, dans une série de publications avec Darcourt, avec Aymès et Conil, avec Aymès et Piéri, avec Montoliu (1), etc., en a fait connaître une série de faits cliniques. Dans un travail d'ensemble récent sur le rachis tabétique (2), il en réunissait sept observations personnelles. Les rapprochant de la soixantaine de cas déjà publiés, il insistait sur sa fréquence relative et en décrivait quatre types anatomo-cliniques : forme classique avec mélange d'ostéophytes exubérants et de tassement osseux, forme lombarthrique, forme spondylosique et forme ostéomalacique.

C'est une *forme latente* que nous publions aujourd'hui et que, malgré notre orientation personnelle, nous aurions laissé passer inaperçue si une radiographie faite fortuitement dans un tout autre but ne nous l'avait révélée (3).

Tabes à prédominance sensitive avec crises de topoalgies paroxystiques continues de la région scapulaire droite et douleurs fulgurantes des membres inférieurs. Epreuve du lipiodol sous-arachnoïdienne négative. Révélation par la radiographie lombaire d'une ostéoarthropathie vertébrale tabétique insoupçonnée. Arthropathie tabétique ancienne du cou-de-pied gauche.
— HISTOIRE DE LA MALADIE. — Ben... (Pierre), quarante-quatre ans, journalier, se plaint depuis l'âge de vingt-sept ans d'une algie scapulaire droite inférieure, survenant sans raison appréciable, par crises très violentes durant sept-huit jours, empêchant souvent le malade de se déplacer, de dormir et disparaissant brusquement pour revenir deux ou trois mois après. Parfois l'algie se localise sur la ligne médiane. Les crises douloureuses ont tendance à se rapprocher.

En dehors de ces douleurs paroxystiques, le malade présente à diverses reprises des algies vives dans les membres inférieurs; il accuse une légère difficulté à marcher la nuit (légère titubation).

Le malade a été réformé en 1916 pour tabes.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A quinze ans, étant en Corse, paludisme. Une écorchure suspecte de la verge à vingt-trois ans. Bronchite à poussées successives depuis une dizaine d'années. Grippe avec fièvre et phénomènes pulmonaires en 1920. Marié, quatre enfants en bonne santé. Un enfant mort par accident.

Le 10 janvier 1921 au cours du travail, à la suite d'un effort pour pousser une brouette, il sent un craquement dans le cou-de-pied gauche et tombe. Cette articulation présente un gonflement persistant, un peu de rougeur et de chaleur pendant quelques jours. La marche est légèrement douloureuse.

Une radiographie, faite quinze jours après par le docteur Perrin, ne montre pas de fracture : de profil, productions osseuses ostéophytiques à contours flous et déchiquetés des os du tarse; — de face, les mêmes productions apparaissent sur le bord externe.

Lors d'un PREMIER SÉJOUR à la Clinique Neurologique en mai et juin 1922 nous notons :

Du côté des membres inférieurs : une hypotonie marquée, des troubles de la sensibilité profonde à la pression forte du tendon d'Achille, du tibia, à la compression des testicules avec intégrité de la sensibilité tactile, — l'abolition des réflexes rotuliens et achilléens, un réflexe plantaire se faisant par intermittence en extension, — l'absence d'incoordination et de troubles sphinctériens.

Du côté des membres supérieurs : sensibilité normale, réflexes normaux, pas de dysmétrie mais un peu d'adiadococinésie à droite.

Du côté de la face : pupilles légèrement inégales OG > OD, avec déformation ovalaire de la pupille gauche, réflexes pupillaires paresseux à la lumière surtout à droite, pas de diplopie, pas de vertiges. Réflexe oculo-cardiaque inversé (64 pulsations avant compression, 70 pendant la compression).

Du côté du rachis : pas de lésion appréciable par l'examen direct.

Le liquide céphalo-rachidien examiné à deux reprises en avril et en mai montre une tension normale (16 au début à l'appareil de Claude et 8 après soustraction de 10 centimètres cubes de liquide), l'absence de lymphocytose (3 leucocytes et 0,8 lymphocytes lors de deux ponctions) et d'hyperalbuminose (0,25 à 0,30). Réaction de Bordet-Wassermann négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Une radio du cou-de-pied gauche qui présente un léger épaississement depuis l'arthrite par effort, survenue l'année précédente, montre de face un aspect flou du scaphoïde et des articulations du cunéiforme et du cuboïde. La portion externe du scaphoïde paraît absente, alors que la partie interne présente des proliférations à contours irréguliers. En vue latérale interne, productions ostéophytiques de la partie supérieure du scaphoïde, destruction et décalcification de la partie postérieure du premier cunéiforme et prolifération osseuse à bords dentelés de la partie antéro-supérieure de l'astragale.

En présence de ce tableau clinique on conclut à un *tabes à prédominance sensitive avec crises paroxystiques de topoalgie dorsale.*

Le malade est soumis à un traitement mixte par le cyanure de mercure et le novarsenobenzol, puis à un traitement par le bismuth.

Pendant la première année, les crises paroxystiques d'algies dorsales paraissent s'atténuer et diminuer nettement de fréquence (deux crises en un an). Mais ultérieurement elles reprennent leur intensité et leur fréquence, se localisant au côté droit au voisinage des vertèbres D4-D6 sans que les radiographies, il est vrai peu nettes, de cette région ne montrent de lésions appréciables.

Le malade accuse également des douleurs fulgurantes vives, surtout localisées au niveau des membres inférieurs en particulier à la face interne des cuisses, à la crête iliaque avec parfois irradiation à la face interne du mollet. Ces douleurs évoluent par crises d'une durée de douze à quatorze heures, n'empêchant pas le travail. La pression des masses musculaires au cours des crises serait particulièrement douloureuse.

Devant la persistance et l'intensité des douleurs dorsales qui gênent la profession du malade et ont déterminé un certain amaigrissement, nous l'avons décidé à entrer à nouveau dans notre service, en mai 1924, pour une observation plus complète.

EXAMEN. — Nous retrouvons les mêmes troubles de la sensibilité profonde, la même abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, la même inégalité et parésie pupillaires, auxquels s'ajoutent un peu de dysmétrie, un signe de Romberg.

Nous notons à droite un réflexe plantaire nettement en extension et à gauche des mouvements variables du gros orteil avec prédominance en extension.

L'examen du *rachis*, ni à la région dorsale au voisinage de la topoalgie, ni à la région lombaire, ne montre d'altérations bien appréciables.

Pour essayer d'éclaircir la cause de ces algies dorsales si violentes chez ce tabétique, nous décidons de faire une *injection sous-arachnoïdienne de lipiodol* par voie atloïdo-occipi-

---

(1) ROGER et DARCOURT. *Marseille méd.*, 1er juin 1923. — ROGER, AYMÈS et CONIL. *Marseille méd.*, 1er mai 1922. — ROGER, AYMÈS et PIÉRI, *Progrès méd.*, 13 oct. 1923. — MONTOLIU. *Th. de Montpellier*, 1923.

(2) ROGER. *Paris méd.*, 24 nov. 1923.

(3) Le malade et ses radiographies ont été présentés au *Comité médical des Bouches-du-Rhône* le 23 mai 1924.

tale (1); après issue de II à III gouttes de liquide céphalo-rachidien, 1 centimètre cube de lipiodol est injecté suivant la technique classique. Une réaction fébrile légère à 38°5 avec algie des membres inférieurs suit cette injection.

Les *radiographies* en série ne montrent pas d'arrêt du lipiodol qui se trouve collecté en entier dans le cul-de-sac terminal, mais révèlent une volumineuse *arthropathie vertébrale lombaire* jusque-là insoupçonnée.

De face : fusion à peu près complète de L2, L3, L4 qui ne forment qu'un large bloc, au milieu duquel on aperçoit cependant l'architecture des corps vertébraux élargis transversalement (celui de L3 un peu tassé dans sa moitié droite) et leurs interlignes, en partie conservés, en partie masqués par des néoformations osseuses. Ce qui prédomine, ce sont de volumineux ostéophytes qui réunissent les bords des faces supérieure et inférieure de ces vertèbres, surtout à droite où ils sont particulièrement exubérants; on en trouve également entre L1, L2.

De profil : on aperçoit encore mieux le léger tassement de L3 assez net par rapport aux vertèbres sus et sous-jacentes, la conservation de l'interligne entre les divers corps, un volumineux ostéophyte réunissant le bord antérieur de L2 à L1 et l'aspect en diabolo de la face antérieure de L1.

En outre les radiographies du rachis dorsal montrent cette ostéophytose en bec de perroquet remontant, en s'atténuant, jusqu'à D10



En outre, il existe des anomalies d'opacité du reste du rachis dorsal, qui se répétant sur trois clichés différents, doivent être prises en considération ; d'une part aspect anormalement clair des corps de C7 à D2 avec bords inférieurs déchiquetés, d'autre part opacité presque continue de D3, D9, avec interligne peu apparent.

A remarquer en outre un déjètement latéral de l'aorte, sans doute augmentée de volume.

Un examen plus détaillé du tronc et des membres inférieurs est fait après cette découverte radiographique.

Le rachis lombaire ne présente pas de déformation, mais n'a pas dans le décubitus ventral son ensellure habituelle. Il est souple; toutefois l'épreuve du renversement du tronc en arrière montre une légère immobilisation de L2, L4, avec hypertonie des masses musculaires. L'hyperextension des membres inférieurs sur le tronc dans le décubitus ventral ne réveille pas de douleur lombaire, mais fait apparaître des contractions fasciculaires des fesses et de la face postérieure de la cuisse, que par ailleurs la percussion des masses musculaires au marteau n'arrive pas à réveiller.

La mobilisation latérale, la pression profonde, le martèlement des apophyses épineuses ne sont pas douloureuses.

La sensibilité superficielle n'est pas atteinte.

La motilité active des membres inférieurs paraît normale, mais l'épreuve gynécologique et la flexion combinée de la cuisse et du tronc montrent un léger déficit à droite. La recherche du réflexe plantaire détermine à droite une extension nette et constante du gros orteil, sans réaction du tenseur du fascia lata, à gauche une extension intermittente du gros orteil avec réaction vive du tenseur du fascia lata.

Le réflexe cutané fessier, aboli à droite, détermine une réponse contralatérale; le gauche est normal sans réflexe contralatéral.

Les crémastériens, superficiels et profonds, sont abolis, mais déterminent la contraction des muscles abdominaux inférieurs surtout à gauche.

Les réflexes abdominaux, supérieurs et moyens, sont abolis, les inférieurs conservés.

Le réflexe mediopubien détermine une contraction vive des muscles grands droits de l'abdomen avec réaction des adducteurs très légère à droite, absente à gauche.

La mensuration ne montre pas d'atrophie unilatérale.

L'hypotonie est peu marquée.

Ainsi donc, ce tabétique, qui, outre une arthropathie ancienne du cou-de-pied survenue après effort, offre une douleur dorsale à type de topoalgie paroxystique continue, n'a, à ce niveau, ni altération grossière de son rachis, ni lésion méningée décelable par l'épreuve lipiodolée sous-arachnoïdienne de Sicard.

Les radiographies faites à l'occasion de cette épreuve décèlent, par contre, une lésion lombaire de L2-L3-L4 du type des ostéoarthropathies tabétiques, jusque-là latente, le malade n'attirant nullement l'attention sur cette région.

Une étude plus minutieuse du rachis, entreprise après cette révélation radiographique, permet alors de constater de petits signes de contracture localisée à ces vertèbres, que masquaient la souplesse et l'indolence de l'ensemble du rachis.

Un examen plus détaillé des membres inférieurs retrouve un très léger déficit pyramidal droit et quelques symptômes en rapport avec une légère excitation pyramidale : Babinski constant à droite, intermittent à gauche, réflexe médiopubien avec réponse des adducteurs droits, sans contraction des adducteurs gauches.

Pareille association de troubles tabétiques et d'excitation pyramidale (qui explique le peu d'hypotonie des membres inférieurs) pourrait sans doute être attribuée à une sclérose syphilitique diffuse des cordons postérieurs et antérieurs, tabes combiné. Mais, quoique la voie sous-arachnoïdienne soit assez libre pour laisser passer le lipiodol (1), il paraît plus logique d'expliquer cette excitation pyramidale, tout comme les contractions fasciculaires des fessiers apparaissant lors des mouvements du rachis, par une légère irritation des cordons antérolatéraux sous l'influence de l'arthropathie ostéophytique tabétique. Barré n'a-t-il pas décrit pareille excitation pyramidale dans les arthrites vertébrales rhumatismales chroniques (*La Médecine*, fév. 1924)?

Bien plus, étudiant à la lumière de ces faits, avec plus de soins, la série de radiographies dorsales, correspondant à la topoalgie paroxystique continue, nous croyons y retrouver quelques minimes altérations osseuses (modification de l'opacité des corps ou des disques) qui, quoique d'interprétation délicate, ne sont vraisemblablement pas sans jouer un certain rôle dans la production de cette algie.

(1) Une partie de cette observation a été reproduite dans la thèse de MOURREN sur le lipiodol intrarachidien. Montpellier, 1924.

(1) LAPLANE (*Th. de Paris*, 1924) a retrouvé même perméabilité sous-arachnoïdienne au lipiodol dans les arthropathies tabétiques. Nous-même avons trouvé dans un autre cas la voie sous-arachnoïdienne libre et la voie épidurale bloquée.

COMMENT AGISSENT LES RADIATIONS

Par le docteur FOVEAU DE COURMELLES.

L'année 1925 a mal débuté pour les amis des radiations X ou radium : ce sont les morts du prof. J. Bergonié, et de MM. Demenitroux et Demalander, chimistes des sels radifères, pour sa première semaine.

« Comment agissent les radiations, » où, « comment elles nous tuent », reste un problème à éclaircir. On entend sans cesse répéter les mots : « imprudence, absence de précautions, ignorance même des dangers ». Cela est faux. On connut dès juillet 1896, les accidents des rayons X, dont je fis le mot *radiopathie*, avec A. Soret, du Havre, qui devait plus tard en être lui-même la victime. Il y a des questions de sensibilité spéciale, idiosyncrasie, *radio-anaphylaxie* (1), des tempéraments prédisposés.

Ce que l'on peut dire, c'est que les deux modes d'action des radiations les plus apparents, sont les destructions locales qui ont nécessité tant d'amputations chez les radiologues, ou la diminution, par destruction également, des globules sanguins, de l'hémoglobine.

La loi de Bergonié-Tribondeau, base de la *radiothérapie* (due à Despeignes de Lyon dès juillet 1896, et que je baptisai bientôt) se retrouve en *radiumthérapie* : ce sont les cellules jeunes qui sont d'abord atteintes : le sang en perpétuelle formation doit donc être vraisemblablement atteint le premier; certaines glandes, notre épiderme en incessante desquammation et formation, sont dans le même cas. Cependant il semble, vu les accidents constatés jusqu'ici, que les rayons X tuent surtout par destruction commençant à la peau et s'étendant peu à peu, et que les sels radifères agissent surtout sur nos globules (cas de Mottram, de Pinch, de Larkins, de Londres).

Les précautions à prendre sont de se tenir le plus loin possible des appareils. La radiologie comprenant trois opérations : radioscopie, radiographie, radiothérapie, la première seule reste dangereuse car en regardant à l'écran, on absorbe, on reçoit une partie des radiations, « on opère soi-même, » et il faudrait être recouvert d'un costume isolant de scaphandrier, donc incapable de se mouvoir ou à peu près en l'obscurité nécessaire, pour être sûr de ne recevoir aucune radiation. En radiographie et radiothérapie, on peut commander à distance le fonctionnement et les dangers sont très réduits. Dans le maniement du radium et autres corps radioactifs, c'est la mise en place des tubes, l'émanation qui agissent sur l'opérateur.

*
* *

La longueur d'onde des radiations de plus en plus petite avec leur pouvoir de pénétration, n'est pas seule à envisager, comme on paraît le croire communément. Ce n'est pas la seule qualité, même physique des rayonnements. M. M. de Broglie, de l'Institut, qui montra que les rayons X sont des ultra-ultraviolets, et que j'ai interrogé à ce sujet, m'a montré que certains rayons X se chevauchaient, comme longueur d'onde, avec certains ultra-violets, et cependant ceux-ci ne pénètrent pas, mais sont microbicides superficiellement, alors que ces rayons X de même longueur d'onde ne le sont pas, et quoique très mous, ont un certain pouvoir de pénétration.

La déviation des rayons lumineux, leur polarisation, dans les substances pénétrées, varient avec celles-ci, avec la pigmentation de la peau. Les substances minérales même polarisent différemment la lumière, même pour des corps semblables : c'est ce que Pasteur avait constaté chez certains cristaux d'acide tartrique et qui le conduisirent à ses merveilleuses découvertes biologiques.

On comprend par suite les effets différents des radiations sur les êtres vivants, selon la coloration des épidermes : naturelle (blanche, noire ou jaune), ou artificielle, par badigeonnage avec substances sensibles aux lumières, voire ingestion ou injection de telles substances (quinine, éosine).

On créa ainsi toute une série de modalités, une gamme d'actions des rayons ultra-violets, X, ou radifères. Mais des radiations de plus grande longueur d'onde agissent sur les organismes, et là encore, nous voyons des ondes hertziennes chevaucher des radiations lumineuses (du rouge et de l'infra-rouge) (1). La d'Arsonvalisation est un mode d'action des ondes de haute fréquence qui diminue la tension artérielle (au moins momentanément). Des ondes de deux mètres ont pu mortifier sur des cellules cancéreuses injectées à des pélargoniums, une partie de celles-ci qui y proliféraient, comme l'auraient fait sans doute les rayons X.

La radio-chimie est aussi un élément important. Les rayons X à haute dose détruisent l'adrénaline, rendent toxique l'albumine, ralentissent les ferments, la catalase hépatique.

*
* *

L'action indéniable des saisons, du jour et de la nuit, sur la maladie, la souffrance, la mort, prend une part dans l'abondance plus ou moins grande des radiations dans l'atmosphère, selon les moments et les températures.

La grande lumière empêche ou diminue le rachitisme. L'abondance des rayons ultra-violets favorise l'incorporation du calcaire aux os. Que d'enfants arriérés dans la marche ont été guéris un peu partout, dans nos hôpitaux parisiens, chez les physiothérapeutes, par les irradiations, par les lampes à vapeur de mercure, et ce, rapidement, par quelques séances.

Les rayons *abiotiques*, comme les appelait Dastre, ne constituent pas tous les rayons ultraviolets, mais seulement les extrêmes, à partir de 3000 Angströms (l'Angström ou Å, représentant 10^{-8} cm., comme longueur d'onde); au-dessus, ou plutôt à une plus grande longueur d'onde, les rayons sont *biotiques*, et la preuve, évidente du reste, en est dans l'action tonifiante et recalcifiante de ces rayons dans le rachitisme; ce sont, dans l'*héliothérapie artificielle*, comme je l'ai appelée (*Th. de Paris* de L. G. Dufestel), les plus nombreux, car, les plus agissant; c'est qu'en effet nous ne séparons pas facilement les radiations d'un même corps émetteur, qu'il y a tou-

(1) FOVEAU DE COURMELLES. La Radio-Anaphylaxie, *Gazette des Hôpitaux*, 29 juillet 1922; *Paris Médical*, 30 sept. 1922; Le *Sud Médical*; 15 décembre 1922 et 15 mai 1924; 1 broch. 50 p. Maloine édit. Paris.

(1) Le professeur Pech a montré récemment l'antagonisme de l'infra-rouge et de l'ultra-violet. En 1903, je signalai déjà cet antagonisme dans *l'Electrothérapie dentaire*.

jours un mélange, une gamme, ce qui en complique l'étude.

Les lumières sont en général analgésiques, et cependant, en certains cas, elles provoquent, elles préparent, de la sensibilité cutanée (V. Malmström, de Fahlun, Suède) : une place irradiée aux ultraviolets, devenant plus apte, en certains cas, à percevoir la pression, la brûlure... Ceci est plutôt rare, puisque une caractéristique des brûlures lumineuses est d'être plutôt lentes (les rayons X et le radium plus lents que les ultraviolets), lentes à se produire, lentes à guérir... quand elles guérissent.

Les hautes doses en radiothérapie que j'ai toujours combattues (dangers de brûlures, de choc, de floculation, de mort), le sont maintenant également dans leur pays d'origine [Holznecht] (1).

Le radium a amélioré, pour guérir même les radiodermites. Bergonié l'a publié. On le republie en ce moment. Questions de doses sans doute? La vaccination radio-anaphylactique deviendra peut-être possible? Bordier (de Lyon), a publié son auto-observation d'épithélioma rœentgénien guéri par la diathermie.

Les modifications physico-chimiques des cellules sanguines ou autres semblent la dominante des actions radiantes et l'on ne peut encore vraiment s'en protéger. Voilà le fait réel et décevant!

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1925)

Sur la pathogénie et les conditions d'entretien de la colibacillurie. — M. H. VINCENT. Dans une précédente note (*Gaz. des hôpit.*, 1925, p. 213), l'auteur a montré que l'élimination urinaire du *B. coli communis* reconnaît une origine sanguine. Elle succède à une septicémie tantôt bruyante, tantôt latente, laissant après elle une infection rénale et vésicale avec ou sans pyurie. La colibacillose urinaire peut persister parfois pendant de très nombreuses années.

M. Vincent a étudié la pathogénie de cette complication infectieuse.

Ses expériences lui ont montré que chez les animaux immunisés activement contre le *B. coli communis* l'anticorps spécifique ne subit dans l'urine qu'un court passage pendant lequel il n'existe qu'en proportion minime. On s'explique, dès lors, pourquoi le bacille peut persister dans l'urine qui lui sert de milieu nutritif et pourquoi la vaccinothérapie ne donne pas le plus souvent, chez les malades atteints de colibacillose urinaire ancienne, de résultat appréciable. Elle n'amène ainsi que l'a constaté M. Vincent, par la numération des bacilles, qu'une diminution fugace et nullement constante du nombre des colibacilles dans l'urine. Lorsqu'elle se produit, cette diminution passagère répond peut-être à la courte phase signalée ci-dessus, pendant laquelle des traces de sensibilisatrice peuvent être vérifiées dans l'urine.

Les poussées fébriles qu'on observe souvent dans la colibacillurie, notamment à la suite de fatigues, résultent, soit d'une brève infection partie du rein malade et due au *B. coli* déversé dans le sang, soit de la formation d'abcès miliaires. Elles coïncident avec une augmentation du nombre des bacilles dans l'urine suivie, parfois, de leur diminution temporaire.

Les étapes de la coagulation vitale. — M. Jules AMAR.

La respiration des tissus dans l'avitaminose et l'inanition. — M. Jean ROCHE.

(1) FOVEAU DE COURMELLES. *Soc. de pathol. comparée*, 11 avril, 13 juin et 4 nov. 1922, 12 juin et 9 oct. 1923, 24 oct. 1924, et 13 janv. 1925.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 FÉVRIER 1925)

Fibro-kystes, fractures itératives. — M. DUGUET communique l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'un traumatisme au niveau du tibia droit, fut atteint d'une tuméfaction allongée au niveau même du traumatisme, puis d'une fracture spontanée qui fut consolidée. Trois mois après, à l'occasion d'un simple faux-pas, nouvelle fracture laissant un cal volumineux, indolore. Wassermann négatif. Il restait une zone compacte, verticale. Cal pas solide. M. Duguet intervient alors. Il trouve une cavité centrale contenant une masse rouge. Il fait un évidement, suture les parties terminales. Il se produit une ostéite. Nouvelle intervention. Greffe ostéo-périostique. Bon résultat depuis cinq mois.

M. MOUCHET fait ressortir l'intérêt de cette communication et rappelle avoir observé un certain nombre de ces fractures itératives.

M. DUJARIER fait observer que dans ces cas l'intervention immédiate s'impose. Il faut recourir d'emblée à la greffe osseuse.

Plaies cérébrales. — M. DE MARTEL fait un rapport sur un travail important de M. Béraud relatif au traitement chirurgical des plaies cérébrales.

Il est d'usage, dans ces cas, de pratiquer une incision crurale et, après nettoyage de la plaie, ablation des corps étrangers, de traiter ensuite cette plaie sans fermeture. M. Béraud a traité les cas qui se sont présentés à son observation par fermeture sans drainage. M. de Martel, contrairement à la règle qui veut qu'on ne ferme jamais ces plaies, les a, comme M. Béraud, traitées par fermeture, mais avec drainage. Cette technique a donné à M. Béraud de bons résultats, puisqu'au lieu de 50 p. 100 de mortalité, qui est le pourcentage classique, il n'a eu que 25 p. 100 de mortalité. Au point de vue des accidents éloignés, sur 47 cas, il a eu 4 morts éloignées accidentelles.

Voici la technique opératoire de M. Béraud. Il taille un grand lambeau, examine les parois osseuses, fait un soigneux nettoyage après avoir enlevé les corps étrangers, débris osseux ou projectiles, puis fait une suture complète sans drainage.

M. de Martel trouve cela un peu excessif. Quant à lui, il a toujours drainé. Il reconnaît cependant que la fermeture totale rend les soins consécutifs plus faciles. M. Béraud est d'avis d'intervenir, autant que possible, immédiatement après la blessure. M. de Martel préfère attendre quelques jours. M. Béraud reconnaît lui-même qu'une statistique de 47 cas est insuffisante. Les résultats qu'il a obtenus n'en plaident pas moins en faveur de sa méthode.

Chirurgie du pancréas. — M. Louis BAZY fait un rapport sur une observation de M. Sikora (de Tulle). Il s'agit d'un malade qui portait une volumineuse tumeur intraabdominale que M. Sikora reconnut pour un hématome enkysté du pancréas. Arrivé sur la poche, il l'incisa et en évacua un liquide mélangé de sang et de pus. La poche put être enlevée. Mais il resta une fistule pancréatique. Traitement consécutif antidiabétique. Guérison.

Dans un second cas, d'origine traumatique (accident d'automobile), M. Sikora suivit la même conduite. Fistule pancréatique. Guérison dix mois après.

M. Louis Bazy rapproche de ces faits un cas qui lui est personnel. Grosse tumeur qu'il vide d'abord par ponction. Il constate que la poche adhère au pancréas par une bande étroite. Au moment où il va chercher à libérer cette adhérence se produit une énorme hémorragie qu'il ne put arrêter qu'en suturant et en marsupialisant la poche. Mais le malade pâlit et, malgré des injections de caféine et d'éther, succombe.

Arthroplastie. — M. LENORMAND analyse une observation de M. Brocq. Il s'agit d'une femme de trente-deux ans qui, à la suite d'une grippe, fut atteinte de localisations articulaires. Survint une arthrite suppurée d'un genou. Elle entre dans le service de M. Lejars où on pratique une arthrotomie. On retire du pus à streptocoques. Il en résulte une ankylose.

Cinq mois après, M. Brocq pratique une arthroplastie. Les

condyles fémoraux sont soudés. M. Brocq résèque toutes les brides fibreuses, résèque les ligaments croisés, enveloppe l'extrémité inférieure du fémur d'un lambeau aponévrotique. Il referme. Extension continue pendant huit jours. Mobilisation prudente dès le dixième jour. Exagération de la flexion sous anesthésie.

M. Brocq a revu la malade deux ans après. L'extension est complète. La flexion à 35 degrés. Très peu de mouvements de latéralité. Marche facile. Ascension des escaliers facile. Descente moins aisée. En somme, bon résultat.

M. Lenormand rappelle un cas analogue dans lequel l'arthroplastie lui a donné aussi un bon résultat. Ces observations prouvent que l'arthroplastie devrait être utilisée plus souvent dans le traitement des ankyloses du genou.

M. Sorel a pratiqué la même opération il y a huit jours. Il en fera connaître le résultat. Il insiste sur la nécessité de sectionner les ligaments croisés.

M. Tuffier fait observer qu'il faut distinguer les ankyloses fibreuses des ankyloses osseuses. L'arthroplastie et souvent les moyens médicaux peuvent donner de bons résultats dans l'ankylose fibreuse. Il n'en est pas de même pour l'ankylose osseuse.

M. Mauclaire a eu à traiter une malade qui présentait une ankylose osseuse d'un côté et une ankylose fibreuse de l'autre côté. Il fera connaître les résultats de son intervention.

Ostéosynthèse. — M. Thiéry résume la discussion.

Les opinions les plus opposées s'y sont produites, et entre l'enthousiasme exagéré de M. Alglave et les réserves de M. Thiéry il y a loin. Mais si M. Thiéry n'a pas convaincu MM. Alglave et Dujarier, ces derniers n'ont pas davantage convaincu M. Thiéry. Chacun reste donc sur ses positions. Dans cette nouvelle intervention, M. Thiéry se montre encore plus sévère pour l'ostéosynthèse qu'il ne l'a été en ouvrant ce débat. Il continue à soutenir que bien des succès qui ont été obtenus après l'ostéosynthèse l'eussent été tout aussi bien par les moyens habituels. On a donc abusé de l'ostéosynthèse.

M. Thiéry continue à se déclarer partisan de ce qu'il a appelé lui-même l'ostéodèse. Il apporte de nouveaux faits dans lesquels l'ostéosynthèse a eu des résultats déplorables, amputation de cuisse dans un cas, accidents graves dans d'autres cas.

Tout compte fait, M. Thiéry estime que l'ostéosynthèse donne plus d'insuccès que de succès, et il ne conclut pas autrement. C'est donc là une nouvelle condamnation de l'ostéosynthèse.

Au moment même où M. le Président déclare la discussion close, de vives protestations s'élèvent de la part de MM. Mathieu, Dujarier, Alglave, Auvray et d'autres. On peut en conclure que la discussion ne tardera pas à s'ouvrir de nouveau.

Traitement chirurgical du cancer du côlon. — M. Pauchet fait sur ce sujet une importante communication dont M. Hartmann est nommé rapporteur.

— Parmi les présentations, citons un enfant de sept ans traité par M. Mathieu d'un **genu valgum** par double ostéotomie cunéiforme du fémur et du tibia.

M. Lapointe présente un jeune homme qu'il a traité d'une **luxation totale du coude** par une ostéotomie transolécranienne. Bon résultat anatomique et fonctionnel.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 FÉVRIER 1925)

Foyer de ramollissement limité du noyau lenticulaire et du noyau caudé. Aucun syndrome strié. — M. Clovis Vincent. MM. Sicard, Haguenau et Coste ont présenté, le 8 janvier dernier, dans cette Société, quatre cas de torticolis spasmodique dit mental, qu'ils attribuaient à une lésion des corps striés. M. Cl. Vincent remarquait, à ce sujet, qu'il est loin d'être démontré qu'une lésion limitée des corps striés puisse provoquer les troubles qu'on lui attribue généralement. Il apporte aujourd'hui une observation qui montre qu'un foyer de ramollissement portant sur la tête du noyau caudé et sur le putamen ne provoque ni raideur, ni spasme, ni mouvement choréo-athétosique.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, atteinte de rétrécissement mitral. Au cours d'une première crise de défaillance cardiaque, ictus suivi de troubles pseudo-bulbaires et d'hémiplégie droite incomplète. Dès le premier jour, à cause de la netteté des troubles pseudo-bulbaires, on porte le diagnostic de lésion bilatérale du cerveau. Puis se produit une amélioration telle qu'on pourrait presque parler de guérison, si l'examen ne décelait des troubles de l'attention, une légère contracture des membres supérieurs et inférieurs avec exagération des réflexes tendineux, des troubles de la déglutition et de la succion. Pas de raideur, pas de spasme, pas de tremblement, pas de contracture intentionnelle. Enfin survient une crise d'asystolie mortelle.

A la vérification, il n'y a pas de lésion de l'écorce cérébrale; un foyer ischémique siège dans chacun des corps striés, le droit et le gauche. Le gauche intéresse la partie moyenne du putamen dans toute sa hauteur. A sa partie supérieure, il sectionne un certain nombre de fibres de la couronne rayonnante. Le droit intéresse la partie supérieure de la tête du noyau caudé, et le putamen dans toute son étendue. Les dégénérescences secondaires consécutives à ces foyers sont : une dégénérescence secondaire partielle des deux faisceaux géniculés, plus prononcée à droite; une dégénérescence incomplète du faisceau pyramidal croisé droit. Le faisceau pyramidal croisé gauche, les deux faisceaux pyramidaux directs sont intacts.

On peut donc bien dire que, chez une femme jeune encore, qui n'a pas été perdue de vue depuis l'ictus jusqu'à sa mort, qui a été observée d'une façon particulière en ce qui concerne le syndrome dit strié (film cinématographique), une lésion en foyer portant sur la tête du noyau caudé et sur le putamen n'a été suivie d'aucun des signes que l'on tend à considérer comme caractéristiques de ce syndrome.

M. Foix a observé récemment un fait analogue. Il se demande, comme M. Cl. Vincent, si, même dans la maladie de Wilson, les symptômes ne sont pas réalisés par d'autres lésions que par celles du corps strié.

M. Lhermitte rappelle que, d'ailleurs, les lésions de la maladie de Wilson et de la chorée chronique débordent largement les noyaux striés.

Traitement de la rigidité parkinsonnienne par la stramoine. — M. Juster présente une parkinsonnienne postencéphalitique, dont la rigidité musculaire a considérablement diminué, et dont les mouvements automatiques ont réapparu à la suite d'un traitement par la poudre de feuilles de stamoine (2 grammes par jour en pilules de 0gr20). Cette dose, atteinte progressivement, n'a eu comme inconvénient qu'une forte mydriase. Un autre parkinsonnien a vu également sa rigidité diminuer avec la dose de 0gr50 par jour. L'alcaloïde de la stramoine est la daturine, très voisine de l'atropine et de l'hyosciamine.

Paraspasme facial bilatéral. — MM. Sicard et Haguenau attirent l'attention, après Meige, qui avait décrit le « spasme médian facial », sur des cas rares d'agitation musculaire spéciale, survenant chez des sujets d'âge mur, débutant par une tendance à l'occlusion palpébrale bilatérale, intermittente, et s'étendant ensuite aux muscles faciaux moyens et inférieurs. L'évolution est chronique. La face grimace sans cesse, et cette grimace n'appartient ni au spasme, ni aux tics, ni à la chorée, ni à l'athétose, ni à la clonie encéphalitique. On pourrait donner à ces dyskinésies non classées le nom de « paraspasmes ». Leur étiologie est inconnue. Les tentatives thérapeutiques (alcoolisation du nerf facial et même section du nerf) n'apportent de répit que très momentanément. Peut-être faut-il invoquer, dans la genèse de ces troubles, une motricité du nerf sympathique, puisque, la section du nerf facial n'entrave que temporairement le mouvement convulsif. Des lunettes qui font pression sur la paupière supérieure ont amélioré considérablement l'état de la malade.

Modalités de résorption du lipiodol épidural et sous-arachnoïdien. — MM. Sicard et Forestier ont contrôlé, cliniquement et radiologiquement, les modalités évolutives de la résorption du lipiodol injecté dans les espaces épidural et

sous-arachnoïdien plusieurs années auparavant. Ils ont constaté sa tolérance parfaite : dans aucun cas le lipiodol n'a provoqué de troubles. Les figures radiologiques montrent la résorption lente et progressive des injections épidurales et de la plupart des injections sous-arachnoïdiennes.

Vertèbre opaque cancéreuse. Histologie. — MM. Sicard, Haguenau et Coste ont eu l'occasion de pratiquer pour la première fois l'examen microscopique et histologique d'une vertèbre qui s'était montrée très anormalement opaque à l'examen radiographique, chez une paraplégique opérée pour cancer du sein quelques mois auparavant. Dans ce cas d'une extrême rareté (cas où l'ostéoporose vertébrale est la règle au cours des atteintes rachidiennes néoplasiques), il s'agissait bien cependant d'infiltration cancéreuse par propagation au corps de la vertèbre, mais la cause de cette hypercalcification localisée nous échappe.

Tumeur ponto-cérébelleuse. Exérèse chirurgicale. — MM. Babinski et de Martel. L'opération, faite en position assise à l'anesthésie locale, en un temps, a parfaitement réussi. La tumeur a été enlevée par morcellement et en entier, sauf la coque. Sept semaines après, la malade, qui est présentée, accuse une amélioration très nette de la céphalée et des troubles de la parole.

M. Barré relate un cas de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux opérée avec succès en deux temps par M. Stolz (de Strasbourg).

Paralysie labio-glosso-laryngée à début brusque, symptomatique d'une sclérose latérale amyotrophique. — MM. G. Guillain, Alajouanine et Baruk présentent une malade de soixante-cinq ans, atteinte de paralysie glosso-labio-laryngée (dysphonie considérable, troubles de la déglutition, paralysie avec atrophie de la langue, paralysie des masticateurs, du facial inférieur, des trapèzes), qui s'est installée il y a six mois, un matin, de façon soudaine, précédée seulement, pendant quelques jours, d'un peu de bredouillement. On pourrait penser à un ramollissement bulbaire, devant ce mode de début, s'il n'existait déjà de la réaction de dégénérescence dans les petits muscles des mains, qui sont à peine modifiés objectivement. Il s'agit donc d'une paralysie bulbaire symptomatique d'une sclérose latérale amyotrophique dont les auteurs soulignent le début anormal par sa brusquerie.

Cyphose cervicale traumatique avec intégrité de la moelle et des racines. — MM. J. Forestier et Decourt présentent une malade de trente-neuf ans qui porte une déformation cyphotique du cou très accentuée, survenue à la suite d'un traumatisme indirect subi, à l'âge de onze ans, sur la région dorsale. Cette déformation, qui entraîne une modification complète de la statique vertébrale, n'a provoqué aucun trouble médullaire ni radiculaire. La radiographie de profil montre une soudure totale de trois corps vertébraux (C3, 4 et 5) qui sont les plus diminués de hauteur en avant. Les arcs postérieurs et les épines sont aussi soudés entre eux. L'atlas paraît subluxé en avant et son arc postérieur a contracté une néo-articulation avec l'écaille de l'occipital.

Il est vraisemblable qu'il s'agit d'une consolidation anormale d'une fracture indirecte des corps des trois vertèbres soudées.

Paraplégie en flexion. — MM. Thomas et J. Jumentié. Cette paraplégie, d'origine indéterminée, s'est développée progressivement à la suite d'un épisode fébrile et délirant.

Syndrome thalamique par tumeur de la couche optique. — MM. P. Sainton, G. Roussy et P. Luton. Il s'agit d'un syndrome thalamique pur, survenu sans ictus, caractérisé par des troubles sensitifs, hémialgie droite à type de brûlure, sensation de froid, troubles de la sensibilité superficielle, localisation défectueuse des sensations, thermoanesthésie marquée, troubles de la baresthésie et de la sensibilité profonde, abolition du sens musculaire et du sens stéréognostique, troubles de l'identification primaire et secondaire, diminution de la sensibilité au diapason. Les troubles moteurs consistent en une hémiparésie droite légère, mais surtout en syntonies d'automatisme et en asynergie. Les troubles thermiques et vaso-moteurs sont très marqués (hypothermie de 5 dixièmes de degré à droite, diminution de l'indice oscillométrique). A l'épreuve de la pilocarpine, il y a retard de la sudation, mais sécrétion plus abondante à droite. Il faut noter un certain degré d'exophtalmie qui s'associe aux troubles sympathiques observés.

La maladie évolua en un an et demi. L'évolution fut progressive. Vers la fin survinrent une paralysie faciale à type périphérique, une anesthésie totale du trijumeau droit, enfin une kératite ulcéreuse. Le malade succomba dans la cachexie.

A l'autopsie on trouva une tumeur du thalamus gauche au niveau des noyaux internes et externes. Cette tumeur s'étend vers la région sous-optique. Elle comble le troisième ventricule et s'étend du côté opposé. A l'examen histologique, épithélioma du type choroïdien.

Tumeurs cérébrales. Procédé de localisation. — M. de Martel décrit une technique qui lui permet, après injection de bleu de méthylène dans un ventricule latéral, de rechercher la présence du bleu, soit dans l'autre ventricule, soit dans les espaces sous-arachnoïdiens rachidiens, ce qui peut fournir une notion précieuse pour la localisation de certaines tumeurs.

Thorax à ailerons. — M. Meige étudie le thorax à ailerons (éversion des derniers cartilages costaux) dans les cas pathologiques, chez les athlètes (course, lancement du disque ou du javelot) et dans les œuvres d'art de Phidias et de son époque.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 14 février 1925)

M. Henneguy, président, souhaite la bienvenue à M. Nattan-Larrier, nommé au cours de la dernière séance.

Dangers de la splénectomie dans la leucémie myélogène. — Au sujet d'un travail paru dans le dernier numéro des Bulletins de la Société, M. Joly insiste avec raison sur les dangers que fait courir au malade une splénectomie qui n'a pas été précédée d'un examen de sang. Agir ainsi, c'est commettre une faute grave et qui engage la responsabilité du médecin, car on sait qu'en cas de leucémie, l'opération est fatalement suivie de mort rapide.

Sur la réduction des sels d'or par la myéline et son utilisation en histologie. — M. Maurice Renaud montre que la myélide fixe et réduit les sels d'or avec une grande intensité.

Cette propriété de l'or est à rapprocher de celle de l'acide osmique, mais s'en distingue par le fait que l'or ne colore pas les graisses et les corps granuleux alors que l'acide osmique colore les graisses plus fortement que la myéline.

Cette affinité de la myéline pour l'or est telle qu'elle permet l'imprégnation élective des fibres à myéline. Sur des coupes de tissu nerveux faites à congélation après fixation au formol, baignées pendant un quart d'heure dans une solution de chlorure d'or à 1 p. 1000 et remises dans l'eau distillée, on voit les fibres à myéline se foncer peu à peu pour acquérir en quelques heures une teinte qui va du violet pourpre au marron foncé. Montées au baume après éclaircissement au xylol, elles montrent d'excellentes colorations électives des faisceaux myéliniques.

Transmission de l'immunité antidiphtérique du cobaye femelle à sa descendance. — M. Chr. Zœller ayant vacciné par l'anatoxine diphtérique des femelles de cobaye étudie à divers stades la transmission à leurs petits de l'immunité antidiphtérique : au moment de l'allaitement; au moment de la grossesse; et enfin par vaccination avant la grossesse.

La transmission de l'immunité ne se fait jamais par l'allaitement, que la nourrice soit vaccinée avant l'allaitement ou au cours de cette période.

Les femelles vaccinées au cours de la grossesse transmettent à leur descendance une immunité qui ne persiste pas au delà du deuxième mois.

Les cobayes nés de femelles vaccinées avant la grossesse sont parfois encore immunisés au deuxième mois; au quatrième mois toute protection semble avoir disparu.

L'auteur recherche si à côté de cette immunité passive intense mais fugace il n'existe pas, transmise de la mère au

petit, un rudiment d'immunité active capable de s'exalter expérimentalement au cours des générations successives.

S'il est des infections vis-à-vis desquelles nous avons réalisé actuellement l'immunisation au cours de la vie d'un individu, il en est d'autres pour lesquelles il faut peut-être rechercher une immunisation artificielle progressive par exaltation d'une génération à la suivante. De même qu'un hygiéniste raisonne par rapport à une collectivité éparse en un lieu donné, de même le biologiste a le droit d'envisager une collectivité éparse dans le temps.

Des variations de l'hydrophilie musculaire en fonction des variations de l'acidité ionique. — MM. P.-L. Violle et L. Lescœur. Les variations de l'acidité ionique qui déterminent le maximum d'hydratation du tissu musculaire envisagé sont des variations très faibles, voisines de pH 7.

C'est à la détermination des petites variations voisines de ce pH qu'il faudra s'attacher si l'on veut expliquer par le déséquilibre acide-base la pathogénie de certains œdèmes.

Essais de vaccination cutanée contre le bacille de Bang. — M. H. Viòlle. Le B. abortus de Bang, si voisin de la fièvre méditerranéenne par ses caractères morphologiques et culturaux est pathogène pour le cobaye en friction cutanée (microbes incorporés à de l'axonge). La vaccination s'obtient aisément par la même méthode avec des bacilles tués.

Il est probable que dans la nature, la contamination peut se faire par les téguments.

On peut avoir, nous semble-t-il, dans la vaccination des téguments par friction microbienne une méthode intéressante.

M. Kritch (présenté par M. Champy). **Utilisation des milieux spécifiques pour la recherche des microbes pathogènes (typhus exanthématique).**

Les cultures cumulatives. Premier exemple : Les altéro-toxines. L'altéro-toxine diphtéro-pyocyanique. — M. Chr. Zoeller s'est proposé d'étudier ce que devient un produit biologique défini lorsqu'on l'utilise comme milieu de culture pour un germe donné. Dans certains cas la culture microbienne respecte les propriétés du produit initial. On obtient un produit secondaire qui cumule les propriétés premières et des propriétés nouvelles : altéro-toxine ou altéro-sérum selon que le produit initial est une toxine ou un sérum.

L'auteur donne comme premier exemple la culture du bacille pyocyanique dans le milieu « toxine diphtérique ». L'altéro-toxine diphtéro-pyocyanique inoculée à quatre cobayes diversement préparés agit différemment sur chacun d'eux. Elle tue d'infection pyocyanique un cobaye qui a reçu 5 centimètres cubes de sérum antidiphtérique; elle tue avec des lésions de diphtérie expérimentale un cobaye vacciné contre le bacille pyocyanique, avec des lésions mixtes un cobaye neuf. Enfin, un cobaye, à la fois protégé contre le bacille pyocyanique par la vaccination et contre la toxine diphtérique par le sérum, survit après avoir présenté parfois de l'œdème local.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 11 FÉVRIER 1925)

La vaccinothérapie de la myocardite rhumatismale par le vaccin de Bertrand. — M. R. Lautier (de Nice) présente ses expérimentations cliniques paraissant démontrer que le cœur est particulièrement sensible à la vaccinothérapie antirhumatismale, celle-ci paraissant supérieure à la médication tonicardiaque et donnants des résultats même à la période d'asystolie irréductible, réfractaire à la digitale et à ses succédanés.

Trois observations intéressantes viennent illustrer la communication de l'auteur.

Pour l'application de ce traitement voici quelques règles :

a. Suppression tant externe qu'interne de médication salicylée (sorte d'incompatibilité).

b. Eviter les progressions trop rapides dans les doses. Au début : 25 millions de bacilles d'Achalme; 2° piqûre (quarante-huit heures après la première), 50 millions ; 3° piqûre (trois jours après la deuxième), 75 millions et ainsi de suite ; chaque fois, espacer d'un jour de plus et augmenter de 25 millions ; en cas d'excitation, éréthisme, etc., revenir à une dose moindre.

c. Il faut, après traitement, surveiller le malade (injecter une à quatre fois par an une dose d'entretien de 25 millions.

d. Aucune incompatibilité entre le vaccin et la série des médications digitaliques.

Effet favorable du drainage médical des voies biliaires dans certaines céphalées à caractère migraineux. — MM. M. Chiray et F. Triboulet ont observé la disparition d'états migraineux à la suite de tubage duodénal fait, soit dans un but diagnostique, soit dans un but thérapeutique. Les céphalées à caractères migraineux sont celles d'intensité et de localisation variables, avec troubles vaso-moteurs de la face, sensation spéciale de torpeur et de lassitude et accompagnés de troubles digestifs à peu près constants (état saburral très accentué, pesanteur dans l'hypocondre droit, constipation avec matières décolorées par intermittences, nausées et vomissements bilieux amenant l'amélioration passagère de la migraine.

Le novarsénobenzol dans le traitement local des rectocolites ulcéreuses. — M. Gaston Durand, après avoir rappelé l'augmentation incontestable de fréquence des rectocolites ulcéreuses et leur ténacité, signale tout d'abord l'intérêt de l'endoscopie et ensuite les bienfaits du pansement au novarsénobenzol tel qu'il le pratique.

Le dosage de la suggestibilité. Préface de la thérapeutique. — M. G. Leven, dans une étude très instructive, rappelle l'action de l'auto-suggestion chez le malade et l'importance de ne point l'oublier pour le médecin. Il montre combien le thérapeute doit être circonspect, d'une part avant de prescrire et d'autre part avant de rapporter à telle ou telle médication les heureux effets constatés.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR UN NOUVEAU MODE D'ANESTHÉSIE PAR VOIE INTRAVEINEUSE EN OBSTÉTRIQUE ET EN CHIRURGIE : INDICATIONS, TECHNIQUE, RÉSULTATS (1).

Par R. Perlis.

Poursuivant les recherches excessivement intéressantes, commencées par D. Bardet (*Bull. gén. thérap.*, avril 1921), continuées par Cerné (*Th. de Paris*, 1923) et surtout en collaboration avec L. Cleisz (*Bull. Soc. obst. et gyn.*, 10 déc. 1923), en se servant du somnifène par voie endoveineuse pour obtenir l'accouchement indolore, recherches dont les résultats d'ailleurs ont été confirmés par les communications de P. Delmas, de Rouville, Riss, Dujol, Madon, Roume, Clément, etc. (*Bull. Soc. obst. et gyn.*, 1924, nos 4 et 5) R. Perlis, dans le service de P. Fredet, à l'hôpital de la Pitié, a cherché à utiliser ce même procédé pour obtenir l'anesthésie générale et il semble bien que son but ait été atteint (*Bull. de la Soc. nat. de chir.*, Paris, 25 juin 1924). Le travail actuel est une parfaite mise au point de la question.

On peut, en effet, avec le somnifène, en obstétrique, obtenir l'anesthésie, mais conserver les réflexes, afin de permettre à un acte physiologique de s'accomplir normalement en supprimant seulement la douleur ; et en chirurgie, ce médicament permet également d'obtenir l'anesthésie générale chirurgicale complète, en supprimant complètement les réflexes et la défense musculaire.

En obstétrique, aussi bien qu'en chirurgie, il ne paraît pas exister de contre-indications à l'emploi du somnifène ; d'après les recherches faites très minutieusement dans le service de P. Fredet, ce produit semble dépourvu de toxicité. Il peut être utilisé aussi bien chez les primipares que chez les multipares : il s'agit d'attendre que le travail soit nettement commencé; celui-ci se poursuit normalement; le temps de dilatation est nettement diminué, la période d'expulsion est le plus souvent accélérée ; et on n'a jamais constaté d'effet nocif,

(1) *Presse méd.*, Paris, 1924, n° 65, p. 675.

ni sur la mère, ni pour l'enfant. Les femmes qui ont accouché au somnifène se déclarent absolument enchantées et résolues à ne jamais accoucher autrement.

La technique est simple : il s'agit d'injecter lentement (2 ou 3 minutes), dans une veine du pli du coude, une dose variant de 6 à 9 centimètres cubes (selon le poids et l'état général de la parturiente), jusqu'à ce que le sommeil soit obtenu : ce sommeil dure de trois à cinq heures. Parfois au moment de l'expulsion et de la délivrance, la femme reprend une demi-conscience, mais elle se rendort tranquillement dès que tout est terminé : il est facile de la tirer de ce sommeil, ou plutôt de cette somnolence qui dure de douze à vingt-quatre heures, période pendant laquelle il est nécessaire de l'inciter à boire, à manger, à uriner, ce qu'elle fait alors très volontiers.

Pour obtenir l'anesthésie chirurgicale, la technique est la même ; toutefois il importe de pratiquer une demi-heure avant environ une injection de scopolamine-morphine, de morphine seule ou de pantopon. L'injection endoveineuse de somnifène est toujours pratiquée identiquement, c'est-à-dire très lentement jusqu'à l'obtention du sommeil (2 à 3 minutes) les doses varient de 5 à 10 centimètres cubes selon le poids, l'âge et l'état général du sujet ; l'anesthésie dure trois heures au minimum, ce qui permet de faire sans se hâter les interventions les plus longues ; l'opération terminée, les malades dorment également de douze à vingt-quatre heures, d'un sommeil tranquille dont on doit les tirer pour les faire boire, manger, uriner, etc.

Quelques remarques s'imposent tout de suite :

C'est que l'injection endoveineuse de somnifène « Roche » permet au chirurgien d'opérer sans aide, le cas échéant ; d'autre part, toute vapeur toxique ou inflammable est, de cette manière, supprimée ; comme le malade ne vomit jamais, on peut, en lui donnant, lorsque c'est possible, à boire et à manger, obvier aux inconvénients de la soif ou de l'acidose du jeûne ; de plus, il semble bien, d'après toutes ces recherches, qu'il n'y ait point à craindre de syncope, ni d'action nocive sur les poumons, le foie et les reins ; bref il apparaît que ce nouveau mode d'anesthésie, inoffensif, de technique facile, d'efficacité certaine, très bien accepté et même réclamé par les malades, aussi bien que par les parturientes, marque un progrès sensible sur les procédés d'anesthésie utilisés jusqu'ici et mérite d'être encore plus largement expérimenté.

LIVRES NOUVEAUX

Pratique de l'alimentation et de l'hygiène du nourrisson (1), par Mme GREYFIÉ de BELLECOMBE.

La mortalité infantile, encore élevée en France et qui contribue si fortement à notre dépopulation, a inspiré un grand nombre de publications destinées, en vulgarisant les règles de la diététique et de l'hygiène des nourrissons, à enrayer cette mortalité. En voici une nouvelle, due à la plume d'une femme instruite. Très méthodique, très complète, très claire, on ne peut reprocher à cette « Pratique » que ses dimensions et son prix qui la rendent peu accessible à ce public auquel précisément elle semblerait réservée. Peut-être même est-elle trop complète, à certains points de vue, car on y trouve une foule de détails sur la récolte et la conservation du lait qui, sans être complètement inutiles, compliquent ce livre dont la première qualité doit être la simplicité. Mais il ne convient pas de décourager les bonnes volontés et l'effort de Mme Greyfié de Bellecombe doit être loué comme il le mérite.

J. L.

Traitement chirurgical de la dilatation bronchique, par P. GUIBAL (de Béziers), ex-interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant de la Société de chirurgie. Un

(1) in-8 — Paris, A. Maloine.

volume de 176 pages avec 31 figures et schémas. Collection de médecine et de chirurgie pratiques. — Prix : 10 francs. — Paris, Masson et Cie.

QUESTION D'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES DES PARAPLÉGIES DE L'ADULTE

Paralysie des membres inférieurs, ce syndrome relève de causes variables, mais qui presque toutes agissent par l'interruption des voies nerveuses motrices qui vont des centres corticaux aux muscles des membres inférieurs (exception faite des paraplégies par atrophie musculaire, qui se voient quelquefois aussi chez l'adulte).

Nous n'envisagerons ici, en effet, que les paraplégies qui débutent à l'âge adulte, laissant celles qui, apparues dans l'enfance, peuvent persister tardivement, ou celles qui surviennent chez les vieillards.

Ce syndrome se présente sous deux types :

Paraplégie flasque,
Paraplégie spasmodique.

I. **Paraplégie flasque**. — *Motilité* souvent complètement abolie, ne permettant ni la marche, ni la station debout; parfois simplement diminuée lorsque la paralysie n'atteint que quelques groupes musculaires : marche en steppant.

Tonicité musculaire diminuée.

Réflexes tendineux : diminués ou abolis.

Cutanés : peuvent être conservés. Le réflexe cutané plantaire se fait suivant les cas en flexion ou extension.

Troubles sensitifs généralement peu marqués.

Troubles sphinctériens : consistent surtout dans l'incontinence.

II. **Paraplégie spasmodique**. — La paralysie s'accompagne de contracture à des degrés divers.

Suivant que la contracture se fait en flexion ou en extension on a deux types :

1. **Paraplégie avec contracture en extension.** — Variété habituelle. Attitude spéciale des membres inférieurs en extension avec rotation en dedans des jambes, adduction des cuisses et pieds en varus équin.

Motricité : en général seulement diminuée, avec démarche spasmodique, démarche de gallinacé, ou démarche sautillante.

Réflexes tendineux vifs exagérés, avec trépidation épileptoïde du pied et clonus de la rotule.

Réflexes cutanés variables; le réflexe cutané plantaire se fait en *extension* (signe de Babinski).

Les troubles sensitifs et sphinctériens sont modérés.

2. **Paraplégie avec contracture en flexion**. — Motricité plus profondément troublée, abolie souvent totalement.

Réflexes tendineux : variables, exagérés, normaux ou diminués.

Réflexes cutanés : souvent diminués.

Mais surtout *exagération constante des réflexes de défense ou d'automatisme médullaire* (forme cutanéo-réflexe de Babinski, qui l'oppose à la forme précédente ou tendinéo-réflexe) dont le plus connu est le phénomène des raccourcisseurs : triple flexion du pied, de la jambe et de la cuisse, provoquée par une excitation périphérique variée, en particulier la flexion forcée des orteils.

Les *troubles sensitifs* sont variables, de même que les *troubles sphinctériens*.

FORMES CLINIQUES : Variétés anatomo-cliniques et étiologiques

Les voies nerveuses motrices des membres inférieurs comprennent deux séries de neurones : centraux (faisceau pyramidal) ou périphériques (racines antérieures et nerfs périphériques) dont l'atteinte peut donner lieu à une paraplégie de type spécial.

A. **Paraplégies par altérations des neurones périphériques.** — Ce sont toujours des *paraplégies flasques* qui s'accompagnent d'ATROPHIE MUSCULAIRE et de TROUBLES DES RÉACTIONS ÉLECTRIQUES des nerfs et des muscles atteints.

Les troubles sensitifs sont inconstants, affectent une topographie radiculaire ou périphérique.

Au point de vue anatomo-clinique et étiologique, trois grands groupes suivant le point du neurone périphérique où siège la lésion :

a. *Lésion médullaire* : frappant les cornes antérieures de la moelle.

Poliomyélite antérieure, aiguë ou chronique.

b. *Lésions des racines ou des nerfs périphériques* : radiculites et surtout névrites périphériques.

c. Par analogie on décrit ici les *affections musculaires primitives* qui réalisent un syndrome voisin avec des caractères spéciaux.

a. **Lésions musculaires primitives : myopathies atrophiques.** — C'est surtout la *myopathie primitive progressive* qui débute dans l'adolescence et atteint son complet développement à l'âge adulte.

Lorsqu'elle porte sur les membres inférieurs elle réalise une paraplégie. C'est alors, soit le type pseudo-hypertrophique de Duchenne, soit le type simple de Leyden-Mœbius : atrophie musculaire localisée de préférence au début à la racine des membres, à disposition symétrique, masquée dans la forme pseudo-hypertrophique par une adipose excessive au niveau des jumeaux et du soléaire.

La paralysie est fonction de l'atrophie musculaire et va par conséquent en s'accentuant lentement; les réflexes tendineux sont affaiblis mais persistent longtemps (les réactions électriques sont diminuées quantitativement, mais il n'y a pas de réaction de dégénérescence).

Le diagnostic sera complété par l'attitude spéciale : ensellure lombaire exagérée, ventre proéminent, saillie des fesses, et par la difficulté qu'éprouve le malade à se relever lorsqu'il est assis sur le sol (manœuvre de grimper après ses jambes).

b. **Paraplégies névritiques.** — Les névrites périphériques donnent en général des paralysies incomplètes localisées à certains groupes musculaires, en particulier groupe des extenseurs de la jambe et des longs péroniers latéraux, ainsi que le quadriceps crural.

D'où la chute du pied, l'affaissement de la voûte plantaire et la démarche spéciale ou steppage.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

Les troubles sensitifs sont fréquents. Ce sont surtout des troubles subjectifs : douleurs plus ou moins vives à formes de crampes, d'élancements. Objectivement on détermine souvent de la douleur à la pression des masses musculaires ou des troncs nerveux. Parfois il existe des zones d'hypoesthésie, plus rarement d'anesthésie.

L'atrophie musculaire est précoce; les troubles vasomoteurs sont fréquents (cyanose, refroidissement, œdème).

Les troubles des réactions électriques sont plus ou moins marqués et peuvent aller jusqu'à la réaction de dégénérescence complète.

Mais le pronostic de ces polynévrites est en général bénin, et la guérison succède le plus souvent à la suppression de la cause.

L'origine de ces névrites peut être, soit toxique, surtout, soit infectieuse. Parmi les intoxications la première place revient à l'*alcoolisme* dont on recherchera les stigmates; plus rarement il s'agira d'arsénicisme, de saturnisme ou d'intoxication par l'oxyde de carbone. Quant aux infections, elles sont toutes capables de laisser à leur suite une névrite, mais on sait la fréquence de l'origine diphtérique de cette affection qui, bien que plus commune dans l'enfance, peut aussi se voir chez l'adulte.

Il faut rapprocher des polynévrites la *paralysie ascendante aiguë de Landry* qui, débutant par une paraplégie flasque, s'étend progressivement et rapidement déterminant bientôt une paralysie des quatre membres, du tronc, du cou, et enfin amenant la mort par des troubles bulbaires. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . **50** fr.
Prix du Numero : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Liste des candidats :

1. MM. Jacquet (P.), Weill (S.-A.), Ravina, Leblanc, Binet, Boulin, Nathan, Cathala, Moreau, Chevalley,

11. Carrié, Bénard, Hutinel, Deschamps, Chevallier, Mouzon, Levesque, Jacob, Léchelle, Schulmann,

21. Debray, Bith, Nigaud, Clément, Gaultier, Lévy (P.-P.), Janet, Salmon, Pruvost (P.), de Gennes.

31. Mouquin, Alajouanine, Gutmann, Bloch, Jacquelin, Pichon, Hagueneau, Plichet, Tzanck, Bordet.

41. Blum, Marquézy, Léon-Kindberg, Durand (H.), Libert, Pignot, Parat.

Composition écrite. — Séance du 22 février. — Questions données : « Œdème aigu du poumon. — Amibiase hépatique. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Après concours, ont été nommés :

Médecin adjoint des hôpitaux, M. le docteur Jean Tapie ; chirurgien adjoint des hôpitaux, M. le docteur Bernardbeig.

— SAINT-GERMAIN-EN-LAYE. — Le concours de l'internat a eu lieu le 19 février. Le jury était composé de MM. Grandhomme, Venot, Lamare, Bruel, Larget, Jarry.

Epreuve écrite. — Questions données : « Nerf sciatique poplité externe, anatomie et physiologie. — Signes, diagnostic et traitement de la fracture bimalléolaire dite de Dupuytren. — Signes et diagnostic de la maladie de Basedow. »

Ont obtenu : MM. Jeanne et Fesquet, 26 ; Le Cacheux, 20,5 ; Stankowitch, 13 ; Bonnier et Thouluc, 12 ; Fourrey, 7.

Epreuve orale. — Questions données : « Signes, diagnostic et traitement du croup. — Rupture traumatique de l'urètre. — Eclampsie puerpérale. »

Ont obtenu : MM. Jeanne, 15 ; Fesquet, 14,5 ; Le Cacheux, 12 ; Bonnier, 9 ; Thouluc, 5 ; Stankowtich et Fourrey, 4.

Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Jeanne, 41 ; Fesquet, 40,5 ; Le Cacheux, 32,5.

Interne provisoire : M. Bonnier, 21.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — Un concours pour la nomination de trois aides de clinique titulaires et de huit aides de clinique provisoires à la Clinique nationale ophtalmologique des Quinze-Vingts sera ouvert le lundi 30 mars 1925, à 8 heures et demie du matin, dans la salle des opérations de la Clinique, rue de Charenton, n° 28.

MM. les candidats seront admis à se faire inscrire à la Direction de l'hospice national des Quinze-Vingts, rue de Charenton, n° 28, de 10 heures à midi, jusqu'au vendredi 20 mars 1925, à midi.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — LIMOGES. — Un concours s'ouvrira le 25 mai 1925, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires d'anatomie, de physiologie et d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— MARSEILLE. — M. Arnoux, licencié ès sciences, est chargé des fonctions de chef de travaux physiques et chimiques.

— NANTES. — MM. Leduc et Rouxeau, anciens professeurs, sont nommés professeurs honoraires.

— REIMS. — M. le docteur André Jacquinet est institué, pour une durée de neuf ans, à partir du 1er décembre 1924, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. le docteur Lefèvre est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er décembre 1924, chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— RENNES. — Un concours s'ouvrira le 16 juin 1925, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de clinique obstétricale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Rennes.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— M. le docteur Hardouin, professeur suppléant de chirurgie et accouchements, est nommé, à compter du 1er décembre 1924, professeur de clinique, en remplacement de M. Véron, décédé.

— ROUEN. — M. Halipré, professeur d'histologie, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1er décembre 1924.

M. le docteur Née est nommé, à compter du 1er décembre 1924, professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Devé, appelé à d'autres fonctions.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. Cornu, médecin chef de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie).

CONGRÈS MÉDICAL DES PAYS LATINS (Paris 1926). — Le Comité d'organisation a constitué ainsi le bureau du Congrès :

Président : M. le professeur Charles Richet ;

Vice-présidents : MM. les professeur. J.-L. Faure, Gley, Hartmann, Roger, Widal.

Le secrétaire général est M. le Dr Chiray, assisté de M. le Dr Mathé, comme secrétaire général adjoint.

A ce Congrès doit être créée, à la demande des médecins italiens, la Société latine de médecine et de chirurgie.

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS vient de tenir, à la Faculté de Médecine de Paris, son Assemblée Générale ordinaire. Plusieurs questions d'ordre journalistique et professionnel ont été discutées. En particulier, l'Association a décidé de s'associer aux efforts actuellement tentés par l'ensemble des Sociétés de Presse en vue d'améliorer la situation des journalistes professionnels.

Cette Assemblée générale a renouvelé statutairement une partie de son Conseil, qui se trouve ainsi composé pour l'année 1925, Président : M. Darras; Viee-Présidents : MM. Léon Mabille et Jules Tusseau ; Secrétaire Général : M. Alb. Garrigues; Secrétaire adjoint : M. Molinery; Trésorier : M. Viel ; Membres du Conseil : MM. Camescasse. Vitoux, Monteux et O'Followel ; Conseil de Famille : MM. Laumonier, Colin et Cornet.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort du doeteur Jacques-Eugène Cestan, chevalier de la Légion d'honneur, décédé à Gaillac dans sa 95e année. Le docteur Cestan était le père de notre très regretté ami, le professeur Etienne Cestan (de Toulouse), et de notre cher collaborateur et ami, le professeur Raymond Cestan (de Toulouse), à qui nous adressons l'expression très émue de notre bien affectueuse sympathie; — et celle du docteur Goy, sénateur de la Haute-Savoie, décédé à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE PROPÉDEUTIQUE. — Fondation de la Ville de Paris. Hôpital de la Charité. Professeur : M. Emile Sergent.) — *Cours théorique et pratique de radiodiagnostic médical*, du lundi 2 mars au samedi 7 mars 1925 inclus, par MM. Sergent, Ribadeau-Dumas, Lian, F. Bordet, Cottenot, Darcissac, G. Durand et P. Pruvost.

Ce cours comprendra des leçons théoriques et des travaux pratiques qui auront lieu tous les matins et tous les après-midis.

Les exercices pratiques seront réservés aux élèves qui auront versé un droit d'inscription fixé à 150 francs.

Les bulletins de versement sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet nº .), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE (20, passage Dauphine, Paris). — Conférences sur « Tuberculose et cavité buccale », par le docteur Rousseau-Decelle, ancien interne des hôpitaux, professeur de pathologie buccale.

6 mars, 17 h. 30 : La bouche, porte d'entrée de la tuberculose.

13 et 20 mars, 17 h. 30 : La tuberculose bucco-pharyngée.

27 mars, 17 h. 30 : La tuberculose des maxillaires.

3 avril, 17 h. 30 : Les dents chez les tuberculeux.

Cours public et gratuit ouvert aux étudiants, aux docteurs en médecine et aux chirurgiens dentistes.

André BROCA

Au moment de la célébration du centenaire de l'illustre Broca, l'un de ses deux fils, le chirurgien Auguste Broca était enlevé en quelques heures. Peu de semaines se sont écoulées et voici que le second fils du grand Broca disparaît à son tour subitement à l'âge de 62 ans.

Elie-André Broca, ancien élève de l'Ecole Polytechnique, fut d'abord officier d'artillerie. Il quitta l'armée pour faire ses études de médecine et devint en 1888 préparateur de physique à la Faculté de médecine et bientôt répétiteur à l'Ecole Polytechnique.

Agrégé de physique en 1898 il succéda à Gariel en 1920 dans la chaire de physique de la Faculté. En 1921 il était élu membre titulaire de l'Académie de médecine.

On doit à André Broca de nombreux travaux consacrés à l'optique, à l'acoustique et aux radiations. Il a publié aussi un *Précis de physique médicale*.

C'est avec une profonde tristesse que nous saluons la mémoire de cet homme dont la vie entière fut consacrée au travail.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 2 AU 7 MARS 1925)

THESES

Jeudi 5 mars. — Jury : MM. Marfan, président ; Nobécourt, Lereboullet et Villaret. — Mme GENIN. Etude de l'atrophie alimentaire du nourrisson. — M. VUILLECARD (G.). Premières phases cliniques de la péritonite tuberculeuse. — M. STAFLER (J.). L'anémie splénomégalique chez le nourrisson. — M. TRIFONOFF (J.). Le purpura de la première enfance. — M. MARCHAND. L'anatoxi-réaction de Zoeller dans la diphtérie.

Jury : MM. Teissier, président; Jeanselme, Bezançon et Brumpt. — M. ALLAIRE. Etude des hémorragies de la rétine. — M. BOULAY. Les arthropathies tabétiques suppurées. — M. SCHECHTER (M.). Les chancres syphilitiques du pied. — M. CUGNAT (M.). Diagnostic des dysenteries.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Duval, président ; Robin, Coquot et Moussu. — M. AMERT. Les injections intraveineuses de chlorure de baryum des équidés. — M. BERNARD. Des accidents chez les ruminants par déglutition de corps étrangers.

Samedi 7 mars. — Jury : MM. Achard, président; Lejars. Sicard et Schwartz. — M. BOUILLAT (J.). Sur deux cas de polyurie. — M. KRIVINE. Les fractures fermées de la région condylienne. — M. MARTIN (A.). Le traitement du goitre syphilitique.

RENSEIGNEMENTS

Mme DUPUY, 2, rue Radiguet, à Montrouge, demande place secrétaire sténo-dactylographe ou travaux de copies à faire chez elle. Excellentes références.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

RÉPARTITION DES CHEFS DE SERVICE
DES CHEFS DE CLINIQUE ET DE LABORATOIRE
DES INTERNES ET EXTERNES

POUR L'ANNÉE 1925-1926

A. Hôtel-Dieu. — 1. Médecin : M. le prof. Gilbert; chef de clinique : M. Blum; chefs de clinique adjoints; MM. Tzanck, Fatou; chefs de labor. : MM. Deval, Bénard (H.), Tissier; internes : MM. Surmont, Bouttier; externes : Mlle Péchenard, MM. Béal, Pépin-Lehalleur, de Langenhagen, Houlnick, Stankowitch, Mesplomb, Lavoipierre, Schapiro, Chauveau, Marcus, Joly (M.).

2. Médecin : M. Roger; internes : MM. Callegari, Marie; externes : MM. Heim, Medioni, Mlle de Mayo, MM. Gloppe, Ehrenberg, N...

3. Médecin : M. Caussade; interne : M. Lacapère; externes : MM. Retat, Gervaise, Hébert-Suffrin, Duprez, Coupeau.

4. Médecin : M. Sainton; interne : M. Froyez; externes : Mlle Oppenot, MM. Prat-Flottes, Ferrand, Peynet.

5. Médecin : M. Parmentier; interne : M. Bourgeois; externes : MM. Castellant, Ollivier (Henri), Ho-Dac-Di, Jesover, Falleix, Mlle Kouindjy.

6. Chirurgien : M. le prof. Hartmann; assistant : M. Ockinczyc; chef de clinique : M. Boppe; chefs de clinique adjoints : MM. Dubois, Brouet; chef de labor. : M. Renaud (Mce); internes : MM. Meillère, Leydet, Garnier (Ch.), Bouillie; externes : MM. Aubert, Masson, Le Moniet, Lévi-Klotz-Leroy (Rob.), Dansaert, Patte, Megnin, Paul, Sacuto.

7. Chirurgien : M. Alglave; internes : Mlle Vasseur, M. Ravier; externes : Mlle Chevillon, MM. Gorecki, Fromont, Mlle Gillard, MM. Lazerme, Fichet.

8. *Ophtalmologie.* — M. le prof. F. Terrien; assistant : M. Cousin; suppléant : M. Chapuis; chef de clinique : M. Prélat : chef de clinique adjoint : M. Gautrand, chef de labor. d'oto-rhino-laryngologie; M. Hautant; internes : MM. Veil, Prosper, Kalt (Mcel); externes : MM. Michaud (Paul), Bernard (René), Josset, Mlle Stoeber, MM. Moussette, Noirot, Morchain.

9. Accoucheur : M. Macé; assistant : M. Chirié; interne : M. Chazel; externes : M. Chauvineau, Mlle Mustacesco, MM. Poret, Avril, Maire-Améro, Dubos.

10. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Chiray; suppléant : M. Maréchal; interne prov. : M. Gerson; externes : MM. Folliasson, Bordier, Azalbert, Guisoni.

11. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Houdard; suppléant : M. Wolfromm; externes : MM. Darfeuille, Verny, Darré.

12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lagarenne; adjoint : M. Lucy; assistant : M. N...; hydrothérapie et thermothérapie; chefs de labor. : MM. Dausset; adjoint : M. Gérard.

B. Hôpital de la Pitié. — 1. Médecin : M. le prof. Vaquez; chef de clinique : M. Mouquin; chef de clinique adjoint : M. Tisné; chefs de labor. : MM. Bordet, Géraudel; interne : M. Destouches; interne prov. : M. Willemin; externes : MM. Hermann (P.-M.), Kaufmann, Fort (Ray.), Lacoste, Gardette, Brion.

2. Médecin : M. Lion; interne : M. Lenormant; externes : MM. Courtois, Sustendal, Prévost (And.), Fouquet, Mlle Huguet, M. Cantacuzène.

3. Médecin : M. Thiroloix; interne : M. Moussoir; externes : MM. Cannac, Mamou, Mlle Blanchy, MM, Preux, Gadaud, Bosquet.

4. Médecin : M. Enriquez; interne : M. Dauptain; externes : MM. Jahiel, Caillaud, Lefrançois, Cazes, Macasdor, Nataf, Grancher, Fellous.

5. Médecin : M. Marcel Labbé; interne : M. Azerad; externes : MM. Maillet, Mlles Ulmann, Hirsch, Bourdin, Cabanel, Fradiss.

6. Médecin : M. Laignel-Lavastine; interne : M. Valence; externes : MM. Prugniaud, Descomps, Mlle Sélikovitch, M. Ogliastri, Mlle Mouneyrat, MM. Brissaud, Rogès, Camus (Jean), Liquier.

7. Chirurgien : M. Thiéry; internes : MM. N..., Grognot, Gouvenot; interne prov. : M. Vanier; externes : MM. Zaliouck, Lebovits, Mlle Menneret, MM. Darnis, Cohen, Rouzaud, Buy, Perrault.

8. Chirurgien : M. Mauclaire; internes : MM. Lévy (Jean), Jubé, Pétrignani; interne prov. : M. Pinoche; externes : MM. Mérigot, Vandenbossche, Mariau, Roy, Anglade, Casalis, Mlles Berger, Jacob, M. Métais.

9. Chirurgien : M. Fredet; internes : MM. Bayle, Dessaint, Arviset; externes : MM. Ranglaret, Marceau, Lemoine, Delorme, Fabre (Alb.), Salomon (Jean), Marie (R.), Lecomte (G.).

10. Accoucheur : M, le prof. Jeannin; chef de clinique : M. Pareux; chefs de clinique adjoints : M. Grenaudier; chef de labor. : M. Minvielle; interne : M. Desoubry : externes : Mlles Gautheron, Desbrousses.

11. *Consultation (Médecine.)* — Assistant : M. Faroy; suppléant : M. Deron; interne prov. : M. Breuillé; externes : MM. Gallais (Pierre), Sébileau, Chevalier (Louis).

12. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Kuss; suppléant : M. Kuss (Marcel); externes : MM. Salvan, Fesquet, Battesti.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Hautant; suppléant : M. Leroux : assistant de la consultation : M. Cuvillier; externes : MM. Mariani, Andrieu, Glaive.

14. *Consultation. (Ophtalmologie.)* — Ophtalmologiste : M. Monthus; suppléant : M. Weissmann-Netter; externes : Mlle Trousson, M. Ortega.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Delherm; adjoints : MM. de Brancas, Thoyer-Rozat; externe : M. Amiot.

C. Hôpital de la Charité. — 1. Médecin : M. le prof. Sergent; chef de clinique : M. Bordet; chef de clinique adjoint : M. Mignot; chef de labor. de la Faculté : M. Cottenot; chef de labor. : M. Durand; interne : M. Kourilsky; externes : MM. Marion (André), Bompard (Bertr.), Odinet, Fourneau-Delille, Monnerot-Dumaine.

2. Médecin : M. Weill-Hallé : interne : M. Giroire; externes; MM. Courtois (Adolphe), Fortier, Sallard, Mlle Lambergack, M. Loubry.

3. Médecin : M. Babonneix; interne : M. Pollet; externes : M. Hervaux, Mlle Paturel, MM. Husseinstein, Moutard.

4. Médecin : M. Courcoux; interne : M. Biderman; externes : MM. Ombrédanne, Lemaire (Edouard), Beaux, Even.

5. Médecin : M. Léri; interne : M. Layani; externes : MM. Hambourg, Decourt, Pottier, Damon.

6. Chirurgien : M. Baumgartner; internes : MM. Denoy, Pérard, Burgeat; externes : MM. Marcotte, Pouey, Petit (Pierre), Amid, Mlle Lassery, MM. Lebis, Joseph.

7. Chirurgien : M. Descomps; internes : MM. Chevereau (A.), Péribère, Lapeyre; externes : MM. N..., Bolgert, Saraudy, Dessirier, Guilloux, Mlle Le Diouron, M. Motz.

8. Accoucheur : M. Levant; interne : M. Vanbockstaël; externes : MM. Fortin (André), Fortin (René), Mlle Vidal, M. Fourniat.

9. *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. Touraine; suppléant : M. Mangin-Bocquet; interne prov. : M. Laval; externes : MM. Voillemin (Jean), Wolff (André), Barbara.

10. *Chirurgie.* — Assistant : M. Denicker; suppléant : M. René Bloch; externes : MM. Deslandres, Burnouf.

11. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Turchini; adjoint : M. Lomon; assistants : MM. Cagninacci; externe : M. Fidon.

D. Hôpital Saint-Antoine. — 1. Médecin : M. le prof. Chauffard; chef de clinique : M. Debray; chefs de clinique adjoints : MM. Clément, Ravina; chefs de labor. MM. Grigaut, Ronnaux, Brel; interne : MM. Cayla, Jonesco; externes : MM. Troncin, Bourgeois, Matifat, Lair, Dausse.

2. Service de tuberculeux : MM. Cofino, Calmels.

3. Médecin : M. le Noir; interne : M. Bourdillon; externes : M. Demailly, Mlle Courtine, MM. Alanilarde, Willemin (Jean), Thomopoulos, Loevenbruck.

4. Médecin : M. Ramond; interne : M. Darquier; interne provisoire : M. Corman; externes : MM. Lapiné (Eug.), Guillon, Vannier (Edouard), Ab-der-Alden, Leproust, Paschetta.

5. Médecin : M. Bensaude; interne : M. Boltanski; externes :

MM. Grenaud, Monod (Olier), Lévy (André), Mayrargues, Bothézat.

6. Médecin : M. Goyon; interne : M. Mornet; externes : Mme Cao-Si-Tan, Mlles Urçat, Frontard, M. Maricot.

7. Médecin : M. Comte; interne : Mlle Cros; externes : MM. Champenois, Arnaud (Maurice), Minot, Vassitch.

8. Médecin : M. Pagniez; interne : M. Escalier; externes : MM. Saingery, Thomas, Gilbrin, Houzeau, Sassier.

9. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Grisot; assistant : M. Leroux; assistant de la consultation : M. Feldstein; internes : MM. Huet (Pierre), Carrega; externes : MM. Nicolle, Tilman, Blondeau, Morigny, Benech.

10. Chirurgien : M. le prof. Lejars; chef de clinique : M. Séjournet; chef de labor. : M. Giet; internes : MM. Breton, Gautier, Lieutaud : externes : MM. Hyronimus, Lepage (François), Lebel, Devaux (Jean), Martin (Horace), Farah.

11. Chirurgien : M. Lapointe; internes : MM. Lepaumier, Bartet, Dumas; externes : MM. Rivierez, Couderc, Collin, Comar, Dumon, Huret, Bonnet.

12. Accoucheur : M. Lévy-Solal; assistant : M. N..., internes : M. Ravina; externes : MM. Leconte (Maurice), Gérodias, Zitzermann, Weil (Adrien).

13 *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. Bénard; suppléant : M. Jacquelin; interne prov. : M. Beaugeard; externes : MM. Davioud, Breton (René), Moutarde.

14. Chirurgien assistant : M. Bazy; suppléant M. Millet; externes : MM. Lataix, Richier, Gay (Georges), Levêque (Paul).

15. *Consulations d'ophtalmologie.*— Ophtamologiste : M. Magitot; suppléant; M. Neda; externes : Mlle Grand, M. N...

16 *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Salomon; adjoint : M. Aimé.

17. *Radiothérapie.* — Préparateurs : MM. Groust, Bisson, Gibert.

18. *Service temporaire de médecine.* — Médecin : M. Brodin; interne provisoire : M. Baron; externes : MM. Jean, Aman, Bas, David (Jean).

E. Hôpital Necker. — 1. Médecin : M. Brouardel; interne : M. Lotte; externes : MM. Gaucher, Laflotte, Bailby, Fournié (Roger), Roulin.

2. Médecin : M. Sicard; interne : M. Chauveau; externes : MM. Gasne, Rollet, Meyer, Brisard, Cuvillier (J.).

3. Médecin : M. Hallé; interne : M. Durand (Paul); externes : MM. Rudaux, Dulac, Lelièvre, Monnier.

4. Médecin : M. Ribierre; interne : M. Jacquet; externes : MM. Picot (Jean), Le Becq, Priollet, Cord.

5. Chirurgien : M. le prof. Legueu; chef de clinique : M. Garcin; chefs de labor. : MM. Chabanier, Verliac, Foy; internes : MM. Leflaive, Dossot, Oberthur; externes : MM. Turpault, Motz (Georges), Segond, Grintzesco, Barbeillon, Rochard, Asthiany, Magloire, Sterianos, Moussa.

6. Chirurgien : M. Robineau; internes : MM. Laffitte, Pichat, Lallemant; externes : MM. Duvernoy, Joly, Ribadeau-Dumas, Vaissie, Thiboumery, de Palma, Fischbacher.

7. Chirurgien : M. Schwartz; internes : M. Krief, Mlle Fontaine; externes : MM. Funck, Mevel, Sourdille, Baussan, Royer de Véricourt.

8. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Duvoir; suppléant : M. Jacquelin (André); interne prov. : M. Puech; externes : MM. Deliencourt, Peytavin.

9. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Sauvé; suppléant : M. Reinhold; externes : MM. Kintgen, Chartier.

10. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Guibert; adjoint : M. Petit; assistant : M. Moutard.

F. Hôpital Cochin. — 1. Médecin : M. le prof. Widal; chefs de clinique : MM. Moreau, Hutinel, Boulin; chefs de labor. : MM. Joltrain, Laudat, Raulot-Lapointe, May; internes : MM. Lévy (M.-M.), Martin (René), Bohn; externes : MM. Degos, Marie (Julien), Stéhelin, Uhry, Mlle Weiss, Mme Maunoury, MM. Massot, Jonard, Benassy, Mlle Weill (Suz.), MM. Marion (Henri), Lièvre, Gavois, Gouyen, Mlles Corbillon, Rappoport.

2. Médecin : M. Fournier; internes : MM. Lonjumeau, Guérin; externes : MM. Lagasquie, Landel, Tournant (Constant), Durand (Marcel).

3. *Service du dispensaire.* — Assistant : M. Baumgartner; interne : M. Maximin; externes : MM. Thiolat, Aujay, Séguinot, Auclair.

4. *Service temporaire de tuberculeux.* — Assistant prov. : M. David; interne prov. : M. von der Horst; externes : MM. Collart, de Soria.

5. Médecin : M. Pissavy; interne : M. Delafontaine; externes : MM. Bonnard, Coumetou, Battesti (Antoine), Benzaguen, Mlle Lebois, M. Daniel (André).

6. Médecin : M. Darré; assistant : M. Barthélemy; interne : M. Benda; externes : MM. Katz (Salomon), Guérin (Mce), Mme Bohn-Nageotte, MM. Bocquentin, Fenal, Mlle Landowsky.

7. Chirurgien : M. le prof. Delbet; chef de clinique : M. Monod; chef de clinique adjoint : M. Lascombe-Godard (fais. fonct.); chef de labor. : N. Herrenschmidt; internes : MM. Duruy, Barragué, Ganem; externes : MM. Landrieu, Arsonneau, Gordon, Laurent, Mlles Menier, Sylvestre, MM. Pierron, Coulogner.

8. Chirurgien : M. Mocquot; internes : MM. Cahen, Blum (Gaston); externes : Mlles Desgruelles, Oumansky, Frey, Téry, M. Bachelier.

9. Chirurgien : M. Launay; internes : MM. Mounier, de Vadder; externes : Mlle Versini, MM. Maès, Palmer, Bernard (Camille), Louvet (Louis), Martin (René).

10. Chirurgien : M. Chevassu; assistant : M. Nora; internes : MM. Petit, Breger; externes : MM. Cauchy, Lardennois, Bessot, Amiard, Boyer (Ant.), Muffang, Roeder, Savigny.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Vallery-Radot (Pasteur); suppléant : M. Blamoutier; interne prov. : M. Bidoire; externes : Mlles Bizou, Dobkevitch.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Basset; suppléant : M. Guelfucci; externes : MM. Chassigneux, Mougeot, Nitzberg, Lapeyre.

13. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cantonnet; suppléant : M. Joltrois; externes : MM. Cadilhac, Agostini.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Ménard; assistants : MM. Saïdmann, Foubert; externe : M. Lignères.

G. Hôpital Beaujon. — 1. Médecin : M. le prof. Achard; chef de clinique : M. Thiers; chef de clinique adjoint : M. Bloch; internes : MM. Bariéty, Morlaas; externes : MM. Blin (Jean), Arnaudet, Lebenthal, Mlle Bardy, MM. Boquel, Bureau (Yves).

2. Médecin : M. Carnot; interne : M. Terris; externes : MM. Lereboullet, Donady, Alépée, Mlle Vannier (Lucienne), MM. Cachera, Delaporte.

3. Médecin : M. Laffitte; interne : M. Jany; externes : MM. Mimin, Hesse (Didier), Vernholes, Guérin (P.-F.), Rosier.

4. Médecin : M. Villaret; assistant pour le centre de triage de tuberculeux : M. Godlewski; interne : M. Besançon; externes : MM. Contiadès, Ray, Fauvert, Tubiana.

5. Chirurgien : M. Souligoux; assistant : M. Gernez; internes : MM. Ferey, Pascal; externes : MM. Devaux (L.), Vial (Marcel), Poinceau, Soleil, Léculier, Pruneau.

6. Chirurgie (chroniques). — Interne : M. Chaperon; externe : M. Pigache.

7. Chirurgien : M. Michon; internes : MM. Tierny, Berthon; externes : MM. Lacaze, Aidan, Guillemin, Dufour (A.), Laussel, Trial, Huet (Jean).

8. Chirurgien : M. Savariaud; internes : MM. Armingeat, Harburger, Grinda; externes : M. Perrin (René), Mlle Petitbon, MM. Lévy (Emm.), Bernal, Colombu, Rubat de Mérac.

9. Ophtalmologiste : M. N...; assistant : M. Goulfier; suppléants : MM. Dognon, Barny de Romanet; interne : Mlle Ostwalt; externes : MM. Guyot, N....

10. Accoucheur : M. Funck; assistant : M. N...; interne : M. Drouineau; externes : Mlle Oguse, MM. Jeantet, Gorostidi, Deruas.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Weissenbach; suppléant : M. Gy; interne prov. : M. Casaubon; externes : MM. Calbet, Martin, Fleury, Vendel.

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Mondor; externes : MM. Mayer, Diriart, Langue.

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Baldenweck;

suppléant : M. N...; externes : MM. Mounier, Magnien, Fréchin.

14. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Desternes; assistants : MM. David de Prades, Mignon; adjoints : MM. Guilbert, Vignal, Gauillard (ext. fais. fonct.).

H. LARIBOISIÈRE. — 1. Médecin : M. de Massary; interne : M. Pierrot; externes : MM. Rouquès, Redaud, Duhamel, Mlle Leconte, MM. Thierry (Jean), Fournié (François), Bertrand (Jean), Arrondel.

2. Médecin : M. Gandy; interne : M. Haye; externes : M. Colin (Mcel), Baron (Fçois), Vachey (Pierre), Baillet, Goidin, Milhiet, Gourdon (René).

3. Médecin : M. Garnier; interne : M. George Paul, externes : MM. Sorton, Mlles Pithon, Morin, MM. Jaïs, Chatellier, Le Guet.

4. *Service de tuberculeux* — Externes : Rousseau (Pierre), Hamelin.

5. Médecin : M. Clerc; interne : M. Levy (Rob.), externes : MM. Bruchon, Falaise, Zadoc-Kahn, Naggiar, Pompanon, Farret.

6. Médecin : M. Macaigne; interne : M. Baize; externes : MM. Van der Elst, Malpart, Salmon (Rob.), Mlle Odru, MM. Tillé, Lafond (P.V.) Wester.

7. Chirurgien : M. Marion; assisant : M. Richard; internes : MM. Bouchard, Laquière; externes : MM. Revel, Moreau, Constantoulakis, Baron (P.N.) Grenierboley, Ichiel, Schoengrun, Picarda, Lionnet, Toubiana.

8. Chirurgien : M. Cunéo; interne lauréat : M. Welti; interne : MM. Raiga, Robin, Couturier; externes : MM. Messimy, Chomet, Zucmann, Nicolas, Benaërts, Hepp, Vaudour.

9. *Chirurgie chronique.* — Interne : M. Leibovici; externes : MM. Fabre, Baudelot.

10. Chirurgien : M. Wiart; internes : MM. Suzor, Duval, Delagenière; externes : MM. Le Loup, Hamon, Porin, Delange, Durel (Mce), Franco.

11. Chirurgien : M. Labey; internes : MM. Py, Séguy, Barbaro; externes : MM. Dupuy-Dutemps, Cautru, Martin (Jean), Gandy, Antonelli, Durel (Pierre).

12. Chirurgien : M. le prof. Sébileau; assistant : M. N... chef de clinique M. Truffert; chefs de clinique adjoints : MM. Chatellier, Cornet; chefs de labor. M. Cléret; internes : MM. Valat, Hudelo; externes : MM. Pillière de Tanouan, Richard, Henne, Masquet, Mlle Forthomme, M. Capandji.

13. *Ophtalmologiste.* — M. Morax; assistant : M. Merigot de Treigny; interne : MM. Dolfus, Renard; externes : MM. Depouilly, Autier (Pierre), Artigues, Camps, Puccinelli.

14. Accoucheur : M. Devraigne ; interne : M. de Perretti della Rocca; externes : Mlle Papaïoannou, MM. Ghouila-Houri, Lefèvre (P.Ch.D.), Grasset (Jacques).

15. *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. Chabrol, suppléant : M. Lesage; interne provisoire : M. Delage; externes : MM. Maire, Roger, Guiheneuc, Carle, Thiebaut.

16. *(Chirurgie.)* — Assistant : M. Toupet; suppléant : M. Brétégnier; externes : MM. Wauthier, Idoux, Mlle Guéry.

17. *Electro-Radiologie.* — Chef de labor. : M. Haret; adjoint : M. Dariaux; assistants : MM. Truchot, Cassan, M. N...; externes : MM. Lifschitz, Azam, Cottet.

I. TENON. — 1. Médecin : M. Michel; interne M. Wahl (Job); externes : MM. David (Jean), Duncombe, Fournier, Duval (André).

2. Médecin : M. Loeper; interne : M. Decourt; externes : MM. Le Baron, Brunet (E.-J.), Gabriel, Frémont, Tortal, Hébert (Jean).

3. Médecin : M. Rathery; interne : M. Trocmé; interne provisoire : M. Sigwald; externes : MM. Derot, Laporte, Cordier (G), Grevin, Mlles Levina, Bondoux; M. Sallet, Mlle Lacan.

4. Médecin : M. Paisseau; interne : M. Hamburger; externes : MM. Seïdmann; Ducas, Schiever, Mlle Skwirsky.

5. Médecin : M. P.-E. Weil; interne : M. Stieffel; externe : MM. Maksud, Sée (G), Aubriet, Weyl (Rob.).

6. Médecin : M. Roidin; interne : Mme Bertrand-Fontaine, externes : Mlle Wolff, MM. Omnès, Benoist (Mcel), Zuber

7. *Service de chroniques.* — Externe : M. Castets.

8. Médecin : M. Vincent; interne : M. Meignard; externes : MM. Masquin, Bardin, Mirault, Vézin, Stuhl.

9. *Service de tuberculeux.* — Médecins : MM. Vincent, Paisseau; externes : MM. Perret, Berdet, David, Grand.

10. Médecin : M. Lian; interne : M. Kaplan; externes : MM. Basset, Prince, Golé, Rault (Fçois), Topart, Mlle Lévy (Fçoise).

11. Chirurgien : M. Riche; internes : MM. Barret, Maziol, Barthes; externes : M. Rauch, Mlle de Perretti, MM. Halphen, Puyaubert, Mlle Bescond.

12. Chirurgien : M. Proust; internes : MM. Rémy-Néris, Merle d'Aubigné, Ghouila-Houri (Darius); externes : MM. Adida, Mlle Girardeau, N..., M. Farrel, O'Reilly, Lacaille, Natier.

13. Chirurgien : M. Grégoire; internes : MM. Beclère, Coudert, Banzet : Externes : MM. de Sèze, Guignebert, Arnon, Billet, Le Lourdy.

14. Accoucheur : Metzger; interne : M. Marmasse; externes : MM. Maurellet, Romeyer, Hervier, Poulin (André).

15. *Consultations. (Médecine).* — Assistant : M. Guy Laroche; suppléant : M. Serrand; interne provisoire : M. Bucquoy; externes MM. Sobelmann, Demoly, Michaut (Pierre).

15. Chirurgien : assistant : M. Martin; suppléant : M. Buquet; externes : MM. Tabuteau, Laffaille, Jardet.

16. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Darbois; assistants : MM. Descoust, Dogny; externe : M. N...

J. HÔPITAL LAËNNEC. — 1. Médecin : M. le prof. Léon Bernard; interne : M. Pélissier; externes : MM. Thiercelin, Alivisatos, Tixier, Bogdanovitch, Bodin, Paublan, Tschudnowsky, Vétillard.

2. *Crèche.* — Médecin : M. le prof. Léon Bernard; externes : MM. Hodanger, Lardier.

3. Médecin : M. Rist; interne : M. Triboulet; externes : MM. Hautefeuille, Villechaise, Dany, Allard, Mlle Riom, MM. Le Buanec, Laroche, Blanche (Marcel).

4. *Service de femmes tuberculeuses.* — Médecin : M. Rist; interne : M. Christophe; externes : MM. Turmann, Guran, N..., Mlle Sentis, MM. Amaraggi, Ficonetti.

5. *Dispensaire Léon Bourgeois.* — Assistants du professeur Léon Bernard : MM. Bigart, Baron (Salomon); assistants du docteur Rist : MM. Brissaud, Jacob, Coulaud; externes : MM. Bruneval, Cayet, Breton, Mlles Maire, Ducoste, M. Trocmé.

6. Médecin : M. Claisse; interne : M. Mollaret; externes : MM. Ferrer, Béraudy, Rivoire, Lavialle.

7. Médecin : M. Jousset; interne : M. Delalande; externes : Mlles Gauthier-Villars, Lamy (Marthe), Mme Duclaux, M. Fribourg.

8. Médecin : M. Grenet; interne : M. Isaac (Georges); externes : MM. Laffitte (Abel), Bernard (Et.), Leroy (René), Frémiot.

9. Médecin : M. Louis Ramond; interne : M. Lamy; externes : MM. Périn (Ch.), Quennée, Veslot, Gibert.

10. Chirurgien : M. Auvray; internes : MM. Bordas, Grandperrin, Bouessée; externes : MM. Mirallié, Levassor (Paul), Hennion, Mlle Henry (S.), MM. Boureau, Postel, Tacquet.

11. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Ameuille; suppléant : M. Coulaud; interne prov. : M. Méry; externe : M. Boulanger (André).

12. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Cadenat; suppléant : M. Gresset; externes : MM. Hortopan, Bertrand (Pierre).

13. *Oto-rhino-laryngologie.* — Médecin : M. Bourgeois, internes : MM. Baranger, Lévy (Marcel); externes : MM. Bertrand (Joseph), Piton, Mlle Vignaux, M. Costes.

14. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Rochon-Duvignaud; assistant : M. Besnard; adjoint : M. N...; interne : M. Favory; externes : MM. Marc, Duffet, Delattre.

15. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Maingot; adjoint : M. Lignac; assistants : MM. Gally, Portret; externe : M. Moret.

K. HÔPITAL BICHAT. — 1. Médecin : M. Bruhl; interne : M. Ferru; externes : Mlle Goldspiegel, MM. Lagarrigue, Cantin, Ardoin (Gustave).

2. Médecin : M. Lemierre; interne : M. Lambling; externes : MM. Parmentier, Soria, Delbreil, Rudolph, Moatti, Gomet.

3. Chirurgien : M. Baudet; internes : MM. Machavoine, Engelhard, Mérat; externes : MM. Gay (Pierre), Bouvier, Sanz, Enriquez, Brohier, Beaume, Jouanneau, Champeval.

4. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Stevenin; suppléant : M. Deschamps; interne prov. : M. Cossa; externes : MM. Boyer (Paul), Périgord.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Picot; suppléant : M. Masmonteil; externes : MM. Dessus, Vienne.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Beaujard; assistant : M. Le Goff.

L. Hôpital Broussais. — 1. Médecin : M. Laubry; internes : MM. Marchal (lauréat), Thomas; externes : MM. Couperat, Leconte, Debon, Tchou, Eliaschef.

2. *Service de tuberculeux.* — Interne prov. : Mlle Zimmer; externes : MM. Audouin, Perles.

3. Médecin : M. Dufour; interne : M. Duhamel; externes : MM. Busson, Fayot (Rob.), Querneau, Mlle Pau, M. Vermorel.

4. *Service de tuberculeux.* — Médecin : M. Dufour; interne prov. : M. Hurez; externes : MM. Chureau, Chiffre.

5. Chirurgien : M. Chevrier; internes : MM. Vadon, Lemoyne; externes : M. Spatzierer, Mlles Gobert, Champagne, Hallard, MM. Brisset, Carlotti.

6. *Consultation.* (*Médecine.*) — Assistant : M. Heuyer; suppléant : M. Piédelièvre; externes : MM. Havret, Pissavy.

7. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Berger; suppléant : M. Gerber; externes : MM. Queinnec (Jean), Imbert.

8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bonniot; suppléant : M. Ledoux-Lebard; assistant : M. Blot.

M. Hôpital Boucicaut. — 1. Médecin : M. le prof. Bezançon; internes : MM. Barreau, Duchon; externes : MM. Ragu, Muller, Gorodiche, Grollet, Quivy, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Chadourne, Reitlinger.

2. Chirurgien : M. Dujarier; interne : MM. Ibos, Tambareau; externes : MM. Nedelec, Poileux, Hoang, Abrahamian, Bergenstein, Moyse (Pierre), Deléage, Brety.

3. Accoucheur : M. Le Lorier; interne : M. Digonnet; externes : MM. Moullart, Barardier, Lecoconnier, Desgrez.

4. *Consultation. (Médecine.)* Assistant : M. Pinard; suppléant : M. Azoulay; interne prov. : Mlle Leblond; externes : MM. Bourdillon, Crouzat.

5. (*Chirurgie.*) — Assistant : M. Capette; suppléant : M. Tournier; externes : MM. Bouvet, Moraux, Grasset (J.), Mugnier (Y.).

6. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Moulonguet; suppléant : M. Durand; externe MM. Tarterat, Guéret.

7. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Aubourg; adjoint : M. Lebon; assistants : MM. Tribout, Quivy.

N. Hôpital Saint-Louis. — 1. Médecin : M. le prof. Jeanselme; assistant : M. N...; chef de clinique : M. Schulmann; chef de clinique adjoint : M. Fouet, chefs de labor. : MM. N..., Pomaret, Bloch (Marcel); interne : MM. Marceron, Huet; externes : MM. Canonne, Lévy (Pierre), Milner, Capert, Bachelin, Berny, Mlle Cordier, M. Mathieu (Marcel).

2. Médecin : M. Hudelo assistant : M. Rabut; internes : MM. Chabrun, Lejard; externes : MM. Jacquet, Vernotte, Vincent, Paris (Pierre), Illaire, Canal, Camail, Favre.

3. Médecin : M. Milian; assistant : M. Sauphar : internes : MM. Rimé, Lafourcade-Cortina; externes : Mlle Maas, MM. Glotz, Thévenard, Mme Trivas, MM. Eliet, Loup, Padovani, Mlle Dartin.

4. Médecin : M. Ravaut; assistant : M. Ferrand; internes : MM. Huguenin, Ducourtioux; externes : Mlle Bucsan, MM. Bouisset, Goguel (H.), Dauphin, Quereilhac, Pauchet, M. Faraut.

5. Médecin : M. Lortat-Jacob; assistant : M. Legrain; internes : MM. Le Basle, Schmite; externes : MM. Dufieux, Vasseur, Alibert, Garnier, Gallet, Robin (Mce), Boulland, Degrais.

6. Médecin : M. Louste; assistant : M. Thibaut; internes : MM. Leclerc, Marolle; externes : MM. Quezua, Queinnec (René), Cahen (Rob.), Touchaud, Marty (Jean), Mlle Rosenbaum, MM. Teurnier, Lacroix.

7. Médecin : M. Aubertin; interne : M. Widiez; externes : MM. Hénault, Cheynet, Delvaille, Abd-el-Nour, Mme Dubouchet.

8. Chirurgien : M. Chifoliau; internes : MM. Maleysson, Buisson, Furnery; externes : MM. Bermann, Chaignon, Blanchard, Mercier, Reberol, Reyt, Viollet, Pichon.

9. Chirurgien : M. Lenormant : internes : MM. Chabrut, Iselin, Ménégaux; externes : MM. Audemar, Boquien, Ardin, Beuzart, Lacan, Marat, Guibé, Roquegeoffre.

10. Chirurgien : M. Lecène; internes : MM. Bernard, Roy, Marchaut (P.), Lemonnier; externes : M. Mouchet, Mlle Labatt de Lambert, MM. Sicard (And.), Dreyfus (P.), Lelièvre (And.), Garnier (And.), Derausart, Couvelaire.

11. *Consultation. (Chirurgie.)* — Assistant : M. Moure; suppléant : M. Senèque; externes : MM. Roussel, Durand (André), Baillis (Jean).

12. *Annexe Grancher.* — Médecin : M. Renault (J.); internes : Mlle Harmelin, M. Corby; externes : Mlle Lecoq, M. Caplain, Mme Drieu-Jérance, M. Garrigoux, Mlle Lechopier, MM. Lejeune, Noury, Salle (And.).

13. Chirurgien : M. Mouchet; internes : MM. Mer, Jondeau, Tailhefer; externes : MM. Fleury (Rob.), Bernard (Paul), Forest, Mialaret, Moline, Mlle Moutet, M. Hage.

14. *Maternité.* — Accoucheur : M. Cathala; interne : Mlle Bach; externes : MM. Samitca, Petit (Marcel), Houlnick, (Am.), Vayron de la Moureyre.

15. *Oto-rhino-laryngologie.* — M. Lemaître; assistant : M. Giraudeau; suppléant : M. Apart; internes : MM. Aubry, Maduro ; externes : MM. Peroz, Hamelin (R.), Lenègre, Thourin, Boutot, Camus (Pierre), Lacaisse.

16. *Ophtalmologie.* — Ophtalmologiste : M. Dupuy-Dutemps; assistant : M. Charpentier; interne : Mlle Braun; externes : MM. Magnès (Roger), Carvailho.

17. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Belot; adjoint : M. Gastaud; assistants : MM. N...; externes : MM. Kimpel, Baclesse.

O. — Hôpital de Vaugirard (*Fondation franco-brésilienne, clinique de thérapeutique chirurgicale de la Faculté de médecine*). — 1. Chirurgien : M. le prof. Pierre Duval; chef de clinique : M. Richard; chef de clinique adjoint : M. Oberlin; chef de labor. : M. Moutier; attaché médical : M. Girault; internes : MM. Fèvre, Redon, Ameline; externes : MM. Maire (J.), Montant, Maison, Chennevière, Merle, Cornier, Fort (Roger), Lefranc, Mme Le Maure, M. Sergent.

2. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Béclère (H.), assistant : M. Porcher.

P. Hôpital Ambroise Paré. — 1. Médecin : M. Herscher; interne : M. Heraux; externes : MM. Mantion, Louvel, Cros, Mlle Lebourbier, M. Petit (René).

2. Médecin : M. Trémolières; interne : M. Olivier; externes : MM. Clément (And.), Drouhard, Mlle Pauc, MM. Demoulin, Dragomiresco.

3. *Consultation. (Médecine générale.)* — Assistant : M. Weil (M. P.); suppléant : M. Lyon-Caen; interne prov. : M. Levassor; externes : MM. Vidal-Naquet, Anchel.

4. *Médecine infantile.* — Assistant : M. Huber; suppléant : M. N...; interne prov. : M. Bagot; externes : Mlle Henry, M. Chabaud.

5. *Chirurgie générale.* — Assistant : M. Guimbellot; suppléant : M. Papillon; externes : MM. Brault (Roger), Menillet, Dhaussy.

Q. Hôpital Broca. — 1. Médecin : M. Faure-Beaulieu; assistant : M. Meyer; chef de labor. : M. Martineau; interne : M. David; externes : MM. Clitandre, Corbin, Larroumets, Mlle Bastien, MM. Louvel, Sicard (Rob.), Marco.

2. Médecin : M. Laederich; assistant : M. Rousseau (P.); interne : M. Weill (L.-R.); externes : MM. Jeanne, Madji, Billiard (Jean-Bernard), Mme Violet, MM. Brico, Girard (J.).

3. Chirurgien : M. le prof. J.-L. Faure; chef de clinique : M. Michon; chef de clinique adjoint : M. Leroy; chefs de labor. : MM. Champy, Douay; internes : MM. Lacomme, Derocque, Blondin, externes : M. Poyet, Mlle Lemaire, M. Baratoux, Mlle Iliesco, M. Kreyts, Mlle Gricouroff, Mme Ducourtioux.

4. *Consultation de blennorragie.* — Externes : MM. Pradier, Soleillant.

5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lehmann; adjoint : M. Dimier.

R. Maison municipale de santé. — 1. Médecin : M. Courtois-Suffit, interne : M. Garnier; externes : Mlle Roudinesco, MM. Paumelle, Delmas, Séjournet, Servif.

2. Médecin : M. Rivet; interne : Mlle Vogt; externes : Mlles Cuenin, Magrah, M. Delafarge.
3. Chirurgien : M. Cauchoix; internes : MM. Jacquemaire. Vuillième; externes : MM. Cailleux, Luthereau, Jame, Bonnabon, Hirsch, Louvet, Rivère.
4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bouchacourt; adjoint : M. Charlier.

S. HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — 1. Médecin : M. le prof. Nobécourt; chef de clinique : M. Janet; chef de clinique adjoint : M. Pichon; chef de labor. : M. Bidot; chef de labor. de la diphtérie : M. Marie; interne : M. Lévy (M.-M.); externes : Mme Hesse, MM. Danhier, Liège, Mlle Houzeau, MM. Desoille, Vidlocher.
2. Médecin : M. Méry; interne : Mlle Petot; externes : MM. Néron, Choffé, Mlle Laurent, M. Goldberg, Mlle Lecocq.
3. Médecin : M. Aviragnet; interne : M. Longchampt; externes : Mlles Maldan, Ronget, MM. Lacombe, Desormeaux, Vernier (Pierre).
4. Médecin : M. Apert; interne : M. Lerond; externes ; M. Chavanon, Mme Clitandre, MM. Georges, Foubert, Gaulier.
5. Médecin : M. Lereboullet; interne : M. Gournay; externes : MM. Grippon, Videt, Pouillot, Cohen-Deloro, Chartel, Vieillard-Baron.
6. *Crèche.* — Médecin : M. Méry; interne prov. : M. Servel; externes : MM. Bernheim, Minet.
7. *Service de la sélection.* — Médecin : M. Aviragnet; interne prov. : M. Guérin (Ph.).
8. Chirurgien : M. le prof. agrégé Mathieu; chef de clinique : M. Wilmoth; chef de labor. : Mme Houdré; internes : Mlle Hébert, M. Corteaud; externes : M. Picot, Mlles Benoist, Chocquart, L'Hoir, M. Vialle, Mlles Zucmann, Roux, Polowski.
9. Chirurgien : M. Ombrédanne; internes : MM. Ebrard, Olry; interne prov. : M. Bureau; externes : M. Muzard, Mlle Baudry, MM. Bufnoir, Rochette, Roseau, Levaxelaire, Bruneton, Mlle Boegner.
10. *Service ophtalmologique.* — Ophtalmologiste : M. Poulard; assistant : M. Lavat; interne : M. Parfoury; externes : MM. Touchard, Mlles Langlais, Leparquier, M. Potiquet.
11. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Le Mée; suppléant : M. Doumange; externes : MM. Carpentier. Bettinger.
12. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Duhem; assistant : M. Chaperon; externes : MM.
13. *Enfants malades douteux.* — Interne prov. : M. Renard.
14. *Rougeole.* — Interne prov. : M. Merklen; externes : MM. Petit, Sénoze.

T. HÔPITAL TROUSSEAU. — 1. Médecin : M. Lesné; interne : Mlle Dreyfus-Sée; externes : Mlle Fayot, MM. Andler, Josse, Mlles Dreyfus, Boyer, Legrand.
2. Médecin : M. Papillon; interne : M. Lemariey; externes : Mlle Henry, MM. Asselin de Villiencourt, Janvier, Langumier, Bérard, Couturat.
3. *Service de la diphtérie.* — Médecin : M. Lesné; interne : M. Laporte.
4. *Contagieux.* — Médecin : M. Papillon; interne : M. Roullet.
5. Chirurgien : M. Bréchot; internes : MM. Fredet, Frantz, Dupuy; externes : Mlles Munier, Espinosa, MM. Delaffond, Fraenkel, Mlle Chuit, MM. Schatz, Thoizon, Lapiné (J.), Penteuil.
6. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Lemaire; suppléant : M. Chené; interne prov. : M. Cournand; externes : Mlle Palisse, MM. Parisot, Maçon, Auclair.
7. *Consultation d'oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Rouget; suppléant : M. Cretet; externes : MM. Lucchetti, Signeux.
8. *Consultation d'ophtalmologie.* — Assistant : M. Cerise; suppléant : M. N...; externes : M. Regnault, Mlle Rékis.
9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Mahar; assistant : M. Colanéri.

U. HÔPITAL DES ENFANTS-ASSISTÉS. — 1. Médecin : M. le prof. Marfan; chef de clinique : M. Vallery-Radot (Pierre); chefs de clinique adjoints : MM. Florand, Lestocquoy; chefs de labor. : M. Dorlencourt, Mlle Spanich; internes : M. Louet, Mlle Odier; externes : Mlle Peillon, M. Mégret, Mlle Lamy (Marcelle), M. Parlier, Mme July, Mlle Latil.
2. Chirurgien : M. Veau; internes : MM. Huard, Alary; externes : MM. Menguy, Delthil, Mlles Chemin, de Montauzon, M. Labesse.
3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Barret; assistant : M. Chauffour.

V. HÔPITAL ANDRAL. — 1. Médecin : M. Halbron; interne : Mlle Waynbaum; externes : MM. Thionville, Gibert (H.-P.), Mlle Wertheimer, M. Milleret.
2. Médecin : M. Israëls de Jong; interne : Mlle Wolff; externes : MM. Laborde (Jean), Bureau, Chassagnac, Mlle Scherer.
3. *Consultation de médecine.* — Assistant : M. Leconte; suppléant : M. Baudouin; interne prov. : M. Rossert; externes : MM. Aupérin, Hayon.

W. BICÊTRE. — 1. Médecin : M. Harvier; internes : MM. Rachet, Blum, (Jean); externes : M. Dunbach, Mlle Brosse, MM. Lortat-Jacob, Plessier.
2. *Sanatorium Clémenceau.* — Médecin : M. Monier-Vinard; interne : M. Mabille; externes : MM. Alavoine, Jourdan, Griveaud, Verboud, Chapon.
3. Médecin : M. Fiessinger; interne : M. Lemaire; externes : MM. Kyriaco, Blanquine, Henri (G.), Lançon, Sourice.
4. Chirurgien : M. Desmarest; internes : MM. Codet, Martin (J.); externes : MM. Lecourt, Perrachon, Aubin, Hesse, Lardat.
5. *Service des aliénés.* — Médecin : M. Roubinowitch; interne : M. Lichtwiz.
6. Médecin : M. Riche; interne : M. Verger.
7. Médecin : M. Maillard; interne : M. Bompard.
8. *Fondation Vallée.* — Médecin : M. Roubinowitch; interne : M. Nativelle.
9. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Keller; adjoint : M. Guénaux.
10. *Service temporaire.* — Médecin : M. Harvier; interne : provisoire : M. Meurisse; externes : MM. Verger, Hiély,

X. SALPÊTRIÈRE. — 1. Médecin : M. le prof. Guillain; chef de clinique : M. Lechelle; chefs de clinique adjoints : MM. Alajouanine, Marquézy; chefs de labor. : MM. Bertrand, Mlle Lévy (Gab.), internes : MM. Thévenard, Garcin, Péron, externes : MM. Lang, Merger, Thoyer, Guyat, J. Brandy (J.)
2. Médecin : M. Souques; internes : MM. Castéran, Baruk; externes : MM. Racine, Poirson, Seviez, Berton, Mlle Heimann, M. Horovitz.
3. Médecin : M. Crouzon; interne : M. Kensinger; externes : MM. Duminil, Friedmann, Mousset, Gallot, Demirleau, Clément, Salmon (Jean), Mlle Moreaux.
4. Chirurgien : M. le prof. Gosset; chef de clinique : M. Charrier; chefs de clinique adjoints : MM. Petit-Dutaillis, Soupault; attaché médical : M. Gutmann; chefs de labor. : MM. Magron, Rouché; internes : MM. Meyer, May, Lubin, Seillé; externes : MM. Bourguignon, Richard, Longuet, Beaufils, Moricard, Bergouignan, Mlle Wesbecher, MM. Bachmann, Terrenoire, Mlle Bertazzi.
5. *Infirmerie du personnel.* — Médecin : M. Crouzon; interne : M. Blondel.
6. Médecin : M. Nageotte; interne : M. Dereux.
7. Médecin : M. Turpas; interne : M. Bourgeois; (Pierre)
8. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Bourguignon; adjoint : M. Thibonneau; externe : M. Hervy.
9. *Service temporaire.* — 1. Médecin : M. Flandin; interne provisoire : M. Filliol; externes : MM. Soulié, Terrade, Beysserias, Jaudel, Cabrol.

Y. HÔPITAL BRETONNEAU. — 1. Médecin : M. Guinon; interne : M. Coffin; externes : M. Bosnières, Mlle Pichat, M. Desprairies, Mlle Lévy (Simone), MM. Pellé, Meeus.
2. Médecin : M. Guillemot; interne : M. Mayer; externe : Mlle Saint-Laurent, MM. Breton, Trubert, Litchenberger, Cohen-Solal, Elboz.
3. Chirurgien : M. Mathieu; internes : M. Moruzi, Mlle Guérin, M. Michel-Béchet; externes : Mlle Develay, MM. Feuillastre, Schalck, Graffin, Alvarès de Azevedo, Hermann, Roussier.
4. *Consultation. (Médecine).* — Assistant : M. Milhit; suppléant : M. Cojan; interne prov. : M. Lemierre; externes : MM. Appert, Hirschberg, Mlle Bégand.

5. *Oto-rhino-laryngologie.* — Assistant : M. Halphen; suppléant : M. Buneau; externes : MM. Vilinski, Chenilleau.
6. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lobligeois; adjoint : M. Chaperon; assistant : M. Torchaussé.

Z. Hospice des Incurables (Ivry). — 1. Médecin : M. Foix; interne : M. Bascouret; externes : MM. Baldy, Rouart, Abonneau, Moysse (P.).
2. *Chroniques et admission.* — Externes : MM. Schwob, Arnaud.
3. Médecin : M. Tixier; internes : MM. Kanouy, Castéran; externes : MM. Raymond, Sautet, Nouail, Philippon, Buisson, Mlle Chrétien.
4. Chirurgien : M. Roux-Berger; internes : MM. Berson, Chevereau (Jean); externes : MM. Briau, Maruani, Pau.
5. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Postel; assistant : M. Delapchier.

Aa. Hôpital de la Maternité. — 1. Accoucheur : M. le prof. Rudaux; adjoint : M. le prof. Lemeland; internes : MM. Samsoën, Risacher.
2. Médecin : M. Ribadeau-Dumas; interne : Mlle Tisserand; externes : Mlle Nicolle, MM. Loeb, Mazet, Mlle Lequin.
3. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Lévy-Lebhar.

Ab. Hôpital Hérold. — 1. Médecin : M. Armand-Delille; interne : Mlle Linossier; externes : MM. Leclainche, Lecacheux, Brunel, Viet-Villeneuve, Pannier, Boiffin.
2. Médecin : M. Lesage; interne : M. Leloup; externes : MM. Aupérin, Quilliot, Lefèvre (P.-M.), Lyonnet, Mlle Salmon, M. Prat.
3. *Consultation. (Médecine.)* — Assistant : M. Richet; interne prov. : M. Salavert; externe : M. Parent.
4. *Electro-radiologie.* — Chef de labor. : M. Laquerrière; assistant : M.

Ac. Hôpital Claude-Bernard. — 1. Médecin : M. le prof. Teissier; chef de clinique : M. Cathala; chefs de clinique adjoints : MM. Rivalier, Joannon; chef de labor. : M. Reilly; internes : MM. Thurel, Luton, Renault (Paul); externes : MM. Hébert (R.), Rabetrano, Gaston (René), Gaston (Alain), Delahaye, Gaudin, Brongniart, Mahieu, Lévy-Missin, Lecadre.

Ad. Hôpital de la Clinique d'accouchements Tarnier. — 1. Accoucheur : M. le prof. Brindeau; chef de clinique : M. Lantuéjoul; chefs de clinique adjoints : MM. Réglade, Cerné; chefs de labor. : MM. Clogne, Cartier; interne : M. Vergez-Honta; externes : Mlle Letailleur, MM. Courland, Jullien, Bourdin, Gauthier.

Ae. Clinique Baudelocque. — 1. Accoucheur : M. le prof. Couvelaire; chef de clinique : M. N...; chef de clinique adjoint : M. Portes; chefs de labor. : MM. Powilewicz, Detelin; interne : M. Sureau; externes : Mlle Abricossoff, MM. Holodenko, Huguenin, Limal, Migault, Moret.

Af. Hospice des Ménages (Issy). — 1. Médecin : M. Abrami; interne : M. Theillier; interne prov. : M. Ripert; externe : MM. Guérin (Henri).
2. Chirurgien : M. Lardennois; internes : MM. Sauvage, Baranger (J.), Galtier; externes : MM. Segrestaa, Bonnet, Guillain, Attal, Douvry, Le Rochais, Mlle Parent.

Ag. Hospice Alquier-Debrousse. — 1. *(Vieillards.)* — Médecin : M. Sézary; interne : M. Godel.
2. *(Tuberculeux.)* — Médecin : M. Sézary; interne : M. Vibert; externes : MM. Stérin, Fourcade, Lançon (J.), Calamy, de Ginestet.

Ah. Bastion 29. — 1. Médecin : M. Auclair; interne : M. Michaut; interne prov. : M. Tournilhac; externes : MM. Bruder, Chabrol. Vernier, Dubois, Barthélemy, Chapot, Aymard. Piollet.

Ai. Institution Sainte-Périne et maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — 1. Médecin : M. Brulé; interne : MM. N..., Roy.

Aj. Maison de retraite de La Rochefoucauld. — 1. *(Vieillards.)* Médecin : M. Baudouin; interne : M. Celice; externe : M. Ardouin.
2. *(Tuberculeux.)* Interne : M. Seligmann; externes : MM. Zagdoun, Mourrut, Boidot, Asselin.

Ak. Hôpital de Berck-sur-Mer. — 1. Chirurgien : M. Sorrel; assistants : MM. Andrieu, Bouquier, Delahaye; chef de labor. d'électro-radiologie : M. Parin; chef de labor. de bactériologie : M. Mozer; internes : MM. Saint-Pierre, Georges, Mlle Sayag, MM. Mauric, Dromer.
2. Annexe de Rouville. Internes : de la Brunière, Hadgigeorgin, M, N...

Al. Brévannes. — 1. Médecin : M. René Marie; assistant : M. Clément; interne : non encore désigné : internes (concours spécial) : M. Auger.
2. Médecin : M. Lévy-Valensi; interne : M. Lechaux; internes (concours spécial) : MM. Perret, Loireau, Dublineau, Miniot, Triau.
3. Médecin : M. Renaud; assistants : M. N...; interne non encore désigné; internes (concours spécial) : MM. Berson, Delvaille.

Am. Asile Sainte-Anne. — 1. Médecin : M. le prof. Claude; chefs de clinique : MM. Targowla, Codet; chefs de clinique adjoints : Mlle Badonel, M. Robin.

An. Sanatorium d'Angicourt. — 1. Médecin : M. Buc; assistant : M. Reumaux.

Ao. Sanatorium d'Hendaye. — 1. Médecin : M. Morancé; interne : MM.

Ap. Galignani et Belœuil. — 1. Médecin : M. Jumentié; assistant : M. Tourlet.

Aq. La Reconnaissance. Fondation Brézin. — 1. Médecin : M. Mutel.

Ar. Hospices Saint-Michel et Lenoir-Jousseran. — 1. Médecin : M. Lafosse; adjoint : M. Lasnier.

As. Sanatorium San Salvadour. — 1. Médecin : M. Fohanno; externe : M. Hirschberg.

INDEX ALPHABÉTIQUE

1° chefs de service (médecins, chirurgiens, accoucheurs et assistants; consultations); 2° chefs de clinique (médecine, chirurgie, accouchements); 3° chefs de laboratoire; 4° internes titulaires; 5° internes provisoires; 6° externes.

N. B. — *Chaque nom de cet Index est suivi d'une lettre et d'un chiffre. La lettre correspond à celle qui est placée devant chaque hôpital dans le classement ci-dessus. Le chiffre correspond au service.*

Exemple : M. Coffin, Y-1 = Y. Hôpital Bretonneau, 1. Service de M. Guinon.

MÉDECINS

assistants et attachés médicaux.

Laignel-Lavastine, B-6.
Laroche (Guy), I-15.
Lasnier, Ar-1.
Laubry, L-1.
Leconte, V-3,
Legrain, N-5.
Lemaire, T-6.
Lemierre, K-2.
Le Noir, D-3.
Lereboullet, S-5.
Léri, C-5.
Lesage, Ab-2.
Lesné, T-1 et T-3.
Lévy-Valensi, Al-2.
Lian, I-10.
Lion, B-2.
Lœper, I-2.
Lortat-Jacob, N-5.
Louste, N-6.
Macaigne, H-6.
Maillard, W-7.
Marfan, U-1.
Marie (R.), Al-1.
Massary (de), H-1.
Méry, S-2 et S-6.
Meyer, Q-1.
Michel, I-1.
Milhit, Y-4.
Milian, N-3.
Monier-Vinard, W-2.
Morancé, Ao-1.
Mutel, Aq-1.
Nageotte, X-6.
Nobécourt, S-1.
Pagniez, D-8.
Paisseau, I-4 et I-9.
Papillon, T-2 et T-4.
Parmentier, A-5.
Pinard, M-4.
Pissavy, F-5.
Rabut, N-2.
Ramond (Félix), D-4.
Ramond, J-9.
Rathery, I-3.
Ravaut, N-4.
Renaud, Al-3.
Renault (J.), N-12.
Reumaux, An-1.
Ribadeau-Dumas, Aa-2.
Ribierre, E-4.
Riche (A.), W-6.
Richet, Ab-3.
Rist, J-3, J-4 et J-5.
Rivet, R-2.
Roger, A-2.
Roubinovitch, W-5 et W-8.
Rousseau (P.), Q-2.
Sainton, A-4.
Salomon, J-5.
Sauphar, N-3.
Sergent, C-1.
Sézary, Ag-1 et Ag-2.
Sicard, E-2.
Souques, X-2.
Stévenin, K-4.
Teissier, Ac-1.
Thibaut, N-6.
Thiroloix, B-3.
Tixier, Z-3.
Touraine, C-9.
Tourlet, Ap-1.
Trémolières, P-2.
Vallery-Radot (Pasteur), F-11.
Vaquez, B-1.
Villaret, G-4.
Vincent, I-8 et I-9.
Vurpas, X-7.
Weil (P.-E.), I-5.
Weill (M.-P.), P-3.
Weill-Hallé, C-2.
Weissenbach, G-11.
Widal, F-1.

CHIRURGIENS

assistants

et attachés médicaux.

Alglave, A-7.
Andrieu, Ak-1.
Auvray, J-10.
Barny, G-9.
Basset, F-12.
Baudet, K-3.
Baumgartner, C-6 et F-3.
Bazy, D-14.
Bouquier, Ak-1.
Bréchot, T-5.
Cadenat, J-12.
Capette, M-5.
Cauchoix, R-3.
Chevassu, F-10.
Chevrier, L-5.
Chifoliau, N-8.
Cousin, A-8.
Cunéo, H-8.
Delahaye, Ak-1.
Delbet, F-7.
Deniker, E-10
Descomps, C-7.
Desmarest, W-4.
Dognon, G-9.
Dujarier, M-2.
Duval (Pierre), O-1.
Faure, Q-3.
Fredet, B-9.
Gernez, G-5.
Girault, O-1.
Gosset, X-4.
Goulfier, G-9.
Grégoire, I-13.
Guimbellot, P-5.
Gutmann, X-4.
Hartmann, A-6.
Houdard, A-11.
Labey, H-11.
Lapointe, D-11.
Lardennois, Af-2.
Launay, F-9.
Lecène, N-10.
Legueu, E-5.
Lejars, D-10.
Lenormant, N-9.
Marion, H-7.
Martin, I-16.
Mathieu, S-8.
Mauclaire, B-8.
Michon, G-7.
Mocquot, F-8.
Mondor, G-12.
Mouchet, N-13.
Mora, F-10.
Moure, N-11.
Okinczyc, A-6.
Ombrédanne, S-9.
Picot, K-5.
Proust, I-12.
Richard, H-7.
Riche (Paul), I-11.
Robineau, E-6.
Roux-Berger, Z-4.
Sauvé, E-9.
Savariaud, G-8.
Schwartz, E-7.
Sebileau, H-12.
Sorrel, Ak-1.
Souligoux, G-5.
Thiéry, B-7.
Toupet, H-16.
Tournier, M-5.
Veau, U-2.
Wiart, H-10.

ACCOUCHEURS

et assistants.

Brindeau, Ad-1.
Cathala, N-14.
Chirié, A-9.
Couvelaire, Ae-1.
Devraigne, H-14.
Funck-Brentano, G-10.
Jeannin, B-10.
Le Lorier, M-3.
Lemeland, Aa-1.
Levant, C-8.
Lévy-Solal, D-12.
Macé, A-9.
Metzger, I-14.
Rudaux, Aa-1.

OPHTALMOLOGISTES

et assistants.

Besnard, J-14.
Cantonnet, F-13.
Cerise, T-8.
Chapuis, A-8.
Charpentier, N-16.
Cousin, A-8.
Dupuy-Dutemps, N-16.
Joltrois, F-13.
Lavat, S-10.
Magitot, B-15.
Mérigot de Treigny, H-13.
Monthus, B-14.
Moreau, H-13.
Neda, D-15.
Poulard, S-10.
Rochon-Duvigneaud, J-14.
Terrien, A-1.
Weissmann-Netter, B-14.

OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTES

assistants

et suppléants.

Apard, N-15.
Baldenweck, G-13.
Bourgeois, J-13.
Buneau, Y-5.
Doumenge, S-11.
Durand, M-6.
Feldstein, D-9.
Giraudeau, N-15.
Grivot, D-9.
Halphen, Y-5.
Hautant, A-8 et B-13.
Lemaître, N-15.
Le Mée, S-11.
Leroux, D-9.
Leroux, B-13.
Moulonguet, M-6.
Rouget, T-7.

ÉLECTRO-RADIOLOGIE ET AGENTS PHYSIQUES

Aimé, D-16.
Aubourg, M-6.
Barret, U-3.
Beaujard, K-6.
Béclère, O-2.
Belot, N-17.
Bisson, D-17.
Blot, L-8.
Bonniot, L-8.
Bouchacourt, R-4.
Bourguignon, X-8.
Brancas (de), D-15.
Cagninacci, C-11.
Cassan, H-17.
Chaperon, Y-6 et S-12.
Charlier, R-4.
Chaufour, U-3.
Colanéri, T-9.
Darbois, I-17.
Dariaux, H-17.
Dausset, A-12.
David de Prades, G-14.
Delapchier, Z-5.
Delherm, B-15.
Descouts, I-17.
Desternes, G-14.
Dimier, Q-5.
Dogny, I-17.
Duhem, S-12.
Foubert, F-14.
Gastaud, N-17.
Gibert, D-17.
Girard, A-12.
Groust, D-17.
Guénaux, W-9.
Guibert, E-10.
Haret, H-17.
Keller, W-9.
Lagarenne, A-12.
Laquerrière, Ab-4.
Lebon, M-6.
Ledoux-Lebard, L-8.
Le Goff, K-6.
Lehmann, Q-5.
Lévy-Lebhar, Aa-3.
Lobligeois, Y-6.
Lomon, C-11.
Lucy, A-12.
Mahar, T-9.
Ménard, F-14.
Mignon, G-14.
Moutard, E-10.
Mozer, Ak-1.
Parin, Ak-1.
Petit, E-10.
Porcher, O-2.
Postel, Z-5.
Quivy, M-6.
Saïdmann, F-14.
Salomon, D-16.
Thibonneau, X-8.
Thoyer-Rozat, B-15.
Torchaussé, Y-6.
Tribout, M-6.
Truchot, H-17.
Turchini, C-11.

SUPPLÉANTS

de consultations.

MÉDECINE

Azoulay, M-4.
Baudouin, V-3.
Blamoutier, F-11.
Chené, T-6.
Cojan, Y-4.
Coulaud, J-11.
Deron, B-11.
Deschamps (Noël), K-4.
Gy, G-11.
Jacquelin (André), E-8.
Jacquelin, D-13.
Lesage, H-15.
Lyon-Caen, P-3.
Mangin-Bocquet, C-9.
Maréchal, A-10.
Piédelièvre, L-6.
Serrand, I-15.

CHIRURGIE

Bloch (René), C-10.
Brétégnier, H-16.
Buquet, I-16.
Gerber, L-7.
Gresset, J-12.
Küss, B-12.
Guelfucci, F-12.
Masmonteil, K-5.
Millet, D-14.
Papillon, P-5.
Sénèque, N-11.
Tourneix, M-5.
Reinhold, E-9.
Wolfromm, A-11.

CHEFS DE CLINIQUE

Blum, A-1.
Boppe, A-6.
Bordet, C-1.
Boulin, F-1.
Cathala, Ac-1.
Charrier, X-4.
Codet, Am-1.
Debray, D-1.
Garcin, E-5.
Hutinel, F-1.
Janet, S-1.
Lantuéjoul, Ad-1.
Léchelle, X-1.
Michon, Q-3.
Monod, F-7.
Moreau, F-1.
Mouquin, B-1.
Prélat, A-8.
Richard, O-1.
Schulmann, N-1.
Séjournet, D-10.
Targowla, Am-1.
Thiers, G-1.
Vallery-Radot (Pierre), U-1.
Wilmoth, S-8.

Adjoints.

Alajouanine, X-1.
Badonel (Mlle), Am-1.
Bloch, G-1.
Brouet, A-6.
Cerné, Ad-1.
Clément, D-1.
Dubois, A-6.
Fatou, A-1.
Florand, U-1.
Fouet, N-1.
Gautrand, A-8.
Godard (fais. fonct.), F-7.
Grenaudier, B-10.
Joannon, Ac-1.
Lascombe, F-7.
Leroy, Q-3.
Lestocquoy, U-1.
Marquezy, X-1.
Mignot, C-1.
Oberlin, O-1.
Pareux, B-10.
Petit-Dutaillis, X-4.
Pichon, S-1.
Portes, Ae-1.
Ravina, D-1.
Réglade, Ad-1.
Rivalier, Ac-7.
Robin, Am-1.
Soupault, X-4.
Tisné, B-1.
Tzanck, A-1.

CHEFS DE LABORATOIRE

adjoints

Bénard (H.), A-1.
Bertrand, X-1.
Bidot, S-1.
Bloch (M.), N-1.
Bordet, B-1.
Brel, D-1.
Cartier, Ad-1.
Chabanier, E-5.
Champy, Q-3.
Clogne, Ad-1.
Cottenot, C-1.
Dételin, Ae-1.
Deval, A-1.
Dorlencourt, U-1.
Douai, Q-3.
Durand, C-1.
Foy, E-5.
Géraudel, B-1.
Giet, D-10.
Grigaud, D-1.
Houdré (Mme), S-8.
Joltrain, F-1.
Laudat, F-1.
Lévy (Mlle G.), X-1.
Magron, X-4.
Marie, S-1.
Martineau, Q-1.
May, F-1.
Minvielle, B-10.
Moutier, O-1.
Pomaret, N-1.
Powilewicz, Ae-1.
Raulot-Lapointe, F-1.
Reilly, Ac-1.
Renaud, A-6.
Ronnaux, D-1.
Rouché, X-4.
Spanich (Mlle), U-1.
Tissier, A-1.
Verliac, E-5.

INTERNES

(Un certain nombre d'internes titulaires occupent des places de provisoire et réciproquement.)

Alary, U-2.
Ameline, O-1.
Amid, C-6.
Armingeat, G-8.
Arviset, B-9.
Aubry, N-15.
Azerad, B-5.
Bach (Mlle), N-14.
Bachelier, F-8.
Baize, H-6.
Banzet, I-13.
Baranger (J.), Af-2.
Baranger, J-13.
Barbaro, H-11.
Bariéty, G-1.
Barragué, F-7.
Barreau, M-1.
Barret, I-11.
Bartet, D-11.
Barthes, I-11.
Baruk, X-2.
Bascouret, Z-1.
Bayle, B-9.
Béclère, I-13.
Benda, F-6.
Bernard (R.), N-10.
Berson, Z-4.
Berthon, G-7.
Bertrand-Fontaine (Mme), I-6.
Besançon, G-4.

Biderman, C-4.
Blondel, X-5.
Blondin Q-3.
Blum (G.), F-8.
Bohn, F-1.
Boltanski, D-5.
Bompard, W-7.
Bordas, J-10.
Bouchard, H-7.
Bouessée, J-10.
Bouillie, A-6.
Bourdillon, D-3.
Bourgeois (P.), X-7.
Bourgeois, A-5.
Bouttier, A-1.
Breger, F-10.
Breton, D-10.
Braun (Mlle), N-16.
Brunière (de la), Ak-2.
Buisson, N-8.
Burgeat, C-6.
Cahen, F-8.
Callégari, A-2.
Carrega, D-9.
Carteaud, S-8.
Castéran, X-2 et Z-3.
Cayla, D-1.
Célice, Ag-1.
Chabrun, N-2.
Chabrut, N-9.
Chaperon, G-6.
Chauveau, E-2.
Chazel, A-9.
Chevereau (J.), Z-4.
Chevereau, C-7.
Christophe, J-4.
Codet, W-4.
Coffin, Y-1.
Corby, N-12.
Coudert, I-13.
Couturier, H-8.
Cros (Mlle), D-7.
Darquier, D-4.
Dauptain, B-4.
David, Q-1.
Decourt, I-2.
Delafontaine, F-5.
Delagenière, H-10.
Delalande, J-7.
Denoy, C-6.
Dereux, X-6.
Derocque, Q-3.
Desoubry, B-10.
Dessaint, B-9.
Destouches, B-1.
Digonnet, M-3.
Dolfus, H-13.
Dossot, E-5.
Dreyfus-Sée (Mlle), T-1.
Domer, Ak-1.
Drouineau, G-10.
Dublineau, Al-2.
Duchon, M-1.
Ducourtioux, N-4.
Duhamel, L-3.
Dumas, D-11.
Dupuy, T-5.
Durand (P.), E-3.
Duruy, F-7.
Duval, H-10.
Ebrard, S-9.
Engelhard, K-3.
Escalier, D-8.
Favory, J-14.
Ferey, G-5.
Ferru, K-1.
Fèvre, O-1.
Filliol, X-9.
Fontaine (Mlle), E-7.
Frantz, T-5.
Fredet, T-5.
Frey, F-8.
Froyez, A-4.
Fumery, N-8.

…er, Af-2.
…n, F-7.
…, X-1.
…r A-6.
…er, R-1.
…autier, D-10.
George (P.), H-3.
Georges, Ak-1.
Ghouila-Houri, (Darius), I-12.
Giroire, C-2.
Godel, Ag-1.
Gournay, S-5.
Gouvenot, B-7.
Grandperrin, J-10.
Grinda, G-8.
Grognot, B-7.
Guérin, F-2.
Guérin (Mlle), Y-3.
Hadgigeorgiu, Ak-2.
Hamburger, I-4.
Harburger, G-8.
Harmelin (Mlle), N-12.
Haye, H-2.
Hébert (Mlle), S-8.
Heraux, P-1.
Huard, U-2.
Hudelo, H-12.
Huet, N-1.
Huet (Pierre), D-9.
Huguenin, N-4.
Ibos, M-2.
Isaac (Georges), J-8.
Iselin, N-9.
Jacquemaire, R-3.
Jacquet, N-4.
Jany, G-3.
Jondeau, N-13.
Jonesco, D-1.
Joseph, C-6.
Jubé, B-8.
Kalt, A-8.
Kanony, Z-3.
Kaplan, I-10.
Kensinger, X-3.
Kourilsky, C-1.
Krief, E-7.
Lacapère, A-3.
Lacomme, Q-3.
Laffitte, E-6.
Lafourcade-Cortina, N-3.
Lallemant, E-6.
Lambling, K-2.
Lamy, J-9.
Lapeyre, C-7.
Laporte, T-3.
Laquière, H-7.
Lassery (Mlle), C-6.
Layani, C-5.
Lebis, C-6.
Lechaux, Al-2.
Leclerc, N-6.
Leflaive, E-5.
Leibovici, H-9.
Lejard, N-2.
Leloup, Ab-2.
Lemaire, W-3.
Lemariey, T-2.
Lemonnier, N-10.
Lemoyne, L-5.
Lenormant, B-2.
Lepaumier, D-11.
Le Rasle, N-5.
Lerond, S-4.
Levy (J.), B-8.
Lévy (Marcel), J-13.
Lévy (M.M.), S-1.
Lévy (M.M.), F-1.
Leydet, A-6.
Lévy (R.), H-5.
Lichtwig, W-5.
Lieutaud, D-10.
Linossier (Mlle), Ab-1.

Loireau, Al-2.
Longchampt, S-3.
Lonjumeau, F-2.
Lotte, E-1.
Louet, U-1
Lubin, X-4.
Luton, Ac-1.
Mabille, W-2.
Machavoine, K-3.
Maduro, N-15.
Maleysson, N-8.
Marassi, N-6.
Marceron, N-1.
Marchal, L-1.
Marchand, N-10.
Marie, A-2.
Marmasse, I-14.
Martin (J.), W-4.
Martin (R.), F-1.
Mauric, Ak-1.
Maximin, F-3.
Mayer, Y-2.
Maziol, I-11.
Meignant, I-8.
Meillère, A-6.
Ménégaux, N-9.
Mer, N-13.
Mérat, K-3.
Merle d'Aubigné, I-12.
Meyer-May, X-4.
Michaut, Ah-1.
Michel-Béchet, Y-3.
Miniot, Al-2.
Mollaret, J-6.
Morlaas, G-1.
Mornet. D-6.
Moruzi, Y-3.
Mounier, F-9.
Moussoir, B-3.
Nativelle, W-8.
Oberthür, E-5.
Odier (Mlle), U-1.
Olivier, P-2.
Olry, S-9.
Ostwalt (Mlle), G-9.
Parfonry, S-10.
Pascal, G-5.
Pellissier, J-1.
Pérard, C-6.
Péribère, C-7.
Péron, X-1.
Perret, Al-2.
Perretti della Rocca (de), H-14.
Petit, F-10.
Petot (Mlle), S-2.
Petrignani, B-8.
Pichot, E-6.
Pierrot, H-1.
Pollet, C-3.
Py, H-11.
Rachet, W-1.
Raiga, H-8.
Ravier, A-7.
Ravina, D-12.
Redon, O-1.
Rémy-Néris, I-12.
Renard, H-13.
Renault (P.), Ac-1.
Rimé, N-3.
Risacher, Aa-1.
Robin, H-8.
Roullet, T-4.
Roy, Ai-1.
Saint-Pierre, Ak-1.
Samsoën, Aa-1.
Sauvage, Af-2.
Sayag (Mlle), Ak-1.
Schmite, N-5.
Seguy, H-11.
Seillé, X-4.
Seligmann, Aj-2.
Stieffel, I-5.
Sureau, Ae-1.
Surmont, A-1.
Suzor, H-10.

Tailhefer, N-13.
Tambareau, M-2.
Terris, G-2.
Téry, F-8.
Theillier, Af-1.
Thévenard, X-1.
Thomas, L-1.
Thurel, Ac-1.
Tierny, G-7.
Tisserand (Mlle), Aa-2
Triau, Al-2.
Triboulet, J-3.
Trocmé, I-3.
Vadder (de), F-9.
Vadon, L-5.
Valat, H-12.
Valence, B-6.
Vanbockstoël, C-8.
Vasseur (Mlle), A-7.
Veil (P.), A-8.
Verger, W-6.
Vergez-Honta, Ad-1.
Vibert, Ag-2.
Vogt (Mlle), R-2.
Vuillième, R-3.
Wahl (Rob.), I-1.
Waynbaum (Mlle), V-1.
Weill, Q-2.
Welti, H-8.
Widiez, N-7.
Wolff (Mlle), V-2.

INTERNES PROVISOIRES

Bagot, P-4.
Baron, D-18.
Beaugeard, D-13.
Bidoire, F-11.
Breuillé, B-11.
Bucquoy, I-15.
Bureau, S-9.
Casaubon, G-10.
Corman, D-3.
Cossa, K-4.
Cournand, T-6.
Delage, H-15.
Gerson, A-10.
Guérin, S-6.
Hurez, L-4.
Laval, C-9.
Leblond (Mlle), M-4.
Lemierre, Y-4.
Levassor, P-3.
Merklen, S-14.
Méry, J-11.
Meurisse, W-10.
Pinoche, B-8.
Puech, E-8.
Renard, S-13.
Ripert, Af-1.
Rossert, V-3.
Salavert, Ab-3.
Servel, S-6.
Tournilhac, Ah-1.
Vanier, B-7.
Von der Horst, F-4.
Villemin, B-1.
Zimmer (Mlle), L-2.

EXTERNES

Abd-el-Nour, N-7.
Ab-der-Alden, D-4.
Abonneau, Z-1.
Abrahamian, M-2.
Abricosoff (Mlle), Ae-1.
Adida, I-12.
Agnès, N-16.
Agostini, F-13.
Aidan, G-7.
Alanilarde, D-3.
Alavoine, W-2.

Alépée, G-2.
Alibert, N-5.
Alivisatos, J-1.
Allard, J-3.
Alvarès de Azevedo, Y-3.
Aman (Jean), D-17.
Amaraggi, J-4.
Anchel, P-3.
Amiard, F-10.
Amiot, B-15.
Andler, T-1.
Andrieu, B-13.
Anglade, B-8.
Antonelli, H-11.
Appert, Y-4.
Ardin, N-9.
Ardoin K-1.
Ardouin. Aj-1.
Armand (Maurice), D-7.
Arnaud, Z-2.
Arnaudet, G-1.
Arnon, I-13.
Arondel, L-1.
Arrighi de Casanova (Mlle), M-1.
Arsonneau, F-7.
Artigues, H-13.
Asselin, Aj-2.
Asselin de Villiencourt, T-2.
Asthiany, E-5.
Attal, Af-2.
Aubert, A-6.
Aubin, W-4.
Aubriet, I-5.
Auclair (Jacques), F-3.
Auclair, T-6.
Audemar, N-9.
Audouin, L-2.
Aujay, F-3.
Aupérin (J.-M.), V-3.
Aupérin, Ab-2.
Autier, (P.) H-13.
Avril, A-9.
Aymard, Ah-1.
Azalbert, A-10.
Azam, H-17.
Bachelier, F-8.
Bachelin, N-1.
Bachmann, X-4.
Baclesse, N-17.
Bachelin, N-1.
Baillet, H-2.
Baillis, N-11.
Bailley, E-1.
Baildy, Z-1.
Baratoux, Q-3.
Barbara, C-9.
Barbeillon, E-5.
Bardin, I-8.
Bardy (Mlle), G-1.
Baron (F.), H-2.
Baron (P.), H-7.
Bas, D-17.
Basset, I-10.
Barthelemy, Ah-1.
Bastien (Mlle), Q-1.
Battesti (Ant.), F-5,
Battesti (P.), B-12.
Baudelot, L-9.
Baudry (Mlle), S-9.
Baussan, E-7.
Béal, A-1.
Beaufils, X-4.
Beaume, K-3.
Beaux, C-4.
Begand (Mlle), Y-4.
Benaërts, H-8.
Bénassy, F-1.
Benech, D-9.
Benoist I-6.
Benoist (Mlle), S-8.
Benzaquen, F-5.

Bérard, T-2.
Béraudy, J-6.
Berardier, M-3.
Berdet, I-9.
Bergensteim, M-2.
Berger (Mlle), B-8.
Bergouignan, X-4.
Bermann, N-8.
Bernal, G-8.
Bernard (Camille), F-9.
Bernard (Et.), J-8.
Bernard (Paul), N-13.
Bernard (René), A-8,
Bernheim, S-6.
Berny, N-1.
Bertazzi (Mlle), X-4.
Berton, X-2.
Bertrand (J.), J-13.
Bertrand (J.), H-1.
Bertrand (P.), J-12.
Bescond (Mlle), I-11.
Bessot, F-10.
Bettinger, S-11.
Beuzart, N-9.
Beysserias, X-9.
Billet, I-13.
Billiard, Q-2.
Bizou (Mlle), F-11
Banchard, N-8.
Blanche, J-3.
Blanchy (Mlle), B-3.
Blanquine, W-3.
Blin (J.), G-1.
Blondeau, D-9.
Bocquentin, F-6.
Bodin, J-1.
Boegner (Mlle), S-9.
Bogdanovitch, J-1.
Bohn-Nageotte (Mme) F-6.
Boidot, Aj-2.
Boiffin, Ab-1.
Bolgert, C-7.
Bompard (B.), C-1.
Bondoux (Mlle). I-3.
Bommahon, R-3.
Bonnard, F-5.
Bonnet (R.-F.), D-11.
Bonnet, Af-2.
Boquel, G-1.
Boquien, N-9.
Bordier, A-10.
Bosnière, J-1.
Bosquet, B-3.
Bothezat, D-5.
Bouisset, N-4.
Boulanger, J-11.
Boulland, N-5.
Bourdillon, M-4.
Bourdin (Mlle), B-5.
Bourdin, Ad-1.
Boureau, J-10.
Bourgois. D-1.
Bourguignon, X-4.
Boutot, N-15.
Bouvet, M-5.
Bouvier, K-3.
Boyer (Mlle), T-1.
Boyer (Ant.), F-10.
Boyer (P.), K-4.
Brandy, X-1.
Bretey, M-2.
Breton, Y-2.
Breton (A.), J-5.
Breton (René), D-13.
Briau, Z-4.
Briault (R.), P-5.
Brico, Q-2.
Brion, B-1.
Brisard, E-2.
Brissaud, B-6.
Brisset, L-5.
Brohier, K-3.
Brongniart, Ac-1.

Leconte (H.-L.), L-1.
Leconte (M.), D-12.
Leconte (Mlle), H-1.
Lecoq (Mlle), S-2.
Lecoq (Mlle Luc.), N-12.
Lecourt, W-4.
Léculier, G-5.
Le Diouron (Mlle), C-7.
Lefèvre (P.), H-14.
Lefèvre (P.-M.), Ab-2.
Lefranc, O-1.
Lefrançois, B-4.
Legrand, T-1.
Le Guet, H-3.
Lejeune, N-12.
Lelièvre (J.-R.), E-3.
Lelièvre (André), N-10.
Le Loup, H-10.
Le Lourdy, I-13.
Lemaire (Edm.), C-4.
Lemaire (Mlle), Q-3.
Le Maux (Mme), O-1.
Lemoine, B-9.
Le Moniet, A-6.
Lenègre-Thourin, N-15.
Lepage (F.), D-10.
Leparquier, S-10.
Leproust, D-4.
Lequin (Mlle), Aa-1.
Lereboullet, G-2.
Le Rochais, Af-2.
Leroy (René), J-8.
Leroy (Rob.), A-6.
Letailleur, Ad-1.
Levassor (Paul), J-10.
Levaxelaire, S-9.
Levêque (Paul), D-14.
Leviez, X-2.
Lévi-Klotz, A-6.
Levina (Mlle), I-3.
Lévy (A.), D-5.
Lévy (Emm.), G-8.
Lévy (P.), N-1.
Lévy (Mlle F.), I-10.
Lévy (Mlle Simone), Y-1.
Lévy-Missin, Ac-1.
L'Hoir, S-8.
Liège, S-1.
Lièvre, F-1.
Lifschitz, H-17.
Lignères, F-14.
Limal, Ae-1.
Lionnet, H-7.
Liquier, B-6.
Litchenberger, Y-2.
Loeb, Aa-1.
Lœvenbruck, D-3.
Longuet, X-4.
Lortat-Jacob, W-1.
Loubry, C-2.
Loup, N-3.
Louvel (R.), P-1.
Louvel (J.-J), Q-1.
Louvet (L.), F-9.
Louvet (E.-A.), R-3.
Lucchetti, T-7.
Luthereau, R-3.
Lyonnet, Ab-2.
Maas (Mlle), N-3.
Macasdar, B-4.
Macon, T-6.
Madji, Q-2.
Maës, F-9.
Magloire, E-5.
Magnien, G-13.
Magrah (Mlle), R-2.
Mahieu, Ac-1.
Maillet, B-5.
Maire (J.), O-1.
Maire (R.), H-15.
Maire (Mlle), J-5.
Maire-Améro, A-9.
Maison, O-1.
Maksud, I-5.
Maldan (Mlle), S-3.
Malpart, H-6.
Mamou, B-3.
Mantion, P-1.
Marceau, B-9.
Marco, Q-1.
Marcotte, C-6.
Marc, J-14.
Marcus, A-1.
Mariani, B-13.
Maricot, D-6.
Marie (J.), F-1.
Marie (R.), B-9.
Mariau, B-8.
Marion (A.), C-1.
Marion (H.), F-1.
Marot, N-9.
Maruani, Z-4.
Martin (H.), D-10.
Martin (J.), H-11.
Martin (René), F-9.
Martin-Fleury, G-11.
Marty (J.), N-6.
Masquet, H-12.
Masquin, I-8.
Masson, A-6.
Massot, F-1.
Mathieu, N-1.
Matifat, D-1.
Maunoury (Mlle), F-1.
Maurellet, I-14.
Mayer, G-12.
Mayo (Mlle de), A-2.
Mayrargues, D-5.
Mazet, Aa-1.
Membrioni, A-2.
Meeus, Y-1.
Megnin, A-6.
Mégret U-1.
Menguy, U-2.
Menier (Mlle), F-7.
Meuillet, P-5.
Menneret (Mlle), B-7.
Mercier, N-8.
Merger, X-1,
Merigot, B-8.
Merle, O-1.
Mesplomb, A-1.
Messimy, H-8.
Métais, B-8.
Mevel, E-7.
Meyer, E-2.
Mézard, S-9.
Mialaret, N-13.
Michaud (P.), A-8.
Michaut (P.), I-15.
Migault, Ae-1.
Milhiet, H-2.
Milleret, V-1.
Milner, N-1.
Mimin, G-3.
Minet, S-6.
Minot, D-7,
Mirallié, J-10.
Mirault, I-8.
Moatti, K-2.
Moline, N-13.
Monnerot-Dumaine, C-1.
Monnier, E-3.
Monod (Ol.), D-5.
Montaut, O-1.
Montauzon (Mlle de), U-2.
Moutet (Mlle), N-13.
Moraux, M-6.
Morchain, A-8.
Moreau, H-7.
Moreaux, X-3.
Moret, Ae-1.
Moret (F.-A), J-15.
Moricard, X-4.
Morigny, D-9.
Morin (Mlle), H-3.
Motz (G.), E-5.
Motz, C-7.
Mouchet, N-10.
Mougeot, F-12.
Moullard, M-3.
Mouneyrat (Mlle), B-6.
Mounier G-13.
Mourrut, Aj-2.
Moussa, C-5.
Moussette, A-8.
Moutard, C-3.
Moutarde, D-13.
Moyse, M-2.
Moyse (P.), Z-1.
Mustacesco (Mlle), A-9.
Muffang, F-10.
Mugnier, M-6.
Muller, M-1.
Munier (Mlle), T-5.
Naggiar, H-5.
Nataf, B-4.
Natier, I-12.
Nédelec, M-2.
Néron, S-2.
Nicolas, H-8.
Nicolle, D-9.
Nitzberg, F-12.
Nicolle (Mlle), Aa-1.
Noirot, A-8.
Nouail, Z-8.
Noury, N-12.
Odinet, C-1.
Odru (Mlle), H-6.
Ogliastri, B-6.
Oguse (Mlle), G-10.
Ollivier (H.), A-5
Ombrédanne, C-4.
Omnès, I-6.
Oppenot (Mlle), A-4.
O Reilly, I-12.
Ortega, B-14.
Oumansky (Mlle), F-8.
Padovani, N-3.
Palisse (Mlle), T-6.
Palma (de), C-6.
Palmer, F-9.
Pannier, Ab-1,
Papaïoannou (Mlle), H-14.
Parent, Ab-3.
Parent (Mlle), Af-2
Paris, N-2.
Parisot, T-6.
Parlier, U-1.
Parmentier, K-2.
Paschetta, D-4.
Patte, A-6.
Paturel (Mlle), C-3.
Pau (Mlle), L-3.
Paublan, J-1.
Pauc (Mlle), P-2.
Pauchet, N-4.
Paul, A-6.
Paumelle, R-1.
Péchenard, (Mlle), A-1.
Peillon (Mlle), U-1.
Pellé, J-1.
Penteuil, T-5,
Pépin-Lehalleur, A-1.
Peretti (Mlle de), I-11.
Périgord, K-4.
Périn (Ch.), J-9.
Perles, L-2.
Péroz, N-15.
Perrachon, W-4,
Perrault, B-7.
Perret, I-9.
Perrin (René), G-8.
Petit (L.A.), S-14.
Petit (Marcel), N-14.
Petit (Pierre), C-6.
Petit (René), P-1.
Petitbon (Mlle), G-8,
Peynet, A-4.
Peytavin, E-8.
Philipon, Z-3.
Picarda, H-7.
Pichon, N-8.
Pichot (Mlle), Y-1.
Picot, S-8.
Picot (Jean), E-4.
Pierron, F-7.
Pigache, G-5.
Pillière de Tanouan, H-12.
Piollet, Ah-1.
Pissavy, L-6.
Pithon (Mlle), H-3.
Piton, J-13.
Plessier, W-1.
Poileux, M-2.
Poinceau, G-5.
Poisson, X-2.
Polonski, S-8.
Pompanon, H-5.
Poret, A-9.
Porin, H-10,
Postel, J-10.
Potiquet, S-10.
Pottier, C-5.
Poney, C-6.
Poulin (André), I-14,
Pouillot, S-5.
Poumeau-Delille, C-1.
Poyet, Q-3.
Pradier, Q-4.
Prat, Ab-2.
Prat-Flottes, A-4.
Preux, B-3.
Prévost (And.), B-2,
Prince, I-10.
Priollet, E-4.
Prugniaud, B-6,
Pruneau, G-5.
Puccinelli, H-13.
Puyaubert, I-11.
Queinnec (J.), L-7.
Queinnec (B.), N-6.
Quénée, J-9.
Quenza, N-6.
Quereilhac, N-4.
Querneau, L-3.
Quilliot, Ab-2.
Quivy, M-1.
Rabetrano, Ac-1.
Racine, X-2.
Ragu, M-1.
Ranglaret, B-9.
Rappoport (Mlle), F-1.
Rauch, I-11.
Rault, I-10.
Ray, G-4.
Raymond, Z-3.
Reberol, N-8.
Redaud, H-1.
Regnault, T-7.
Reitlinger, M-1.
Rékis (Mlle), T-7.
Rétat, A-3.
Revel, H-7.
Reyt, N-8.
Ribadeau-Dumas, E-6.
Richard, X-4.
Richard (J.), H-12.
Richier, D-14.
Riom, J-3.
Rivière, R-3.
Rivierez, D-11.
Rivoire, J-6.
Robin (M.), N-5.
Rochard, E-5.
Rochette, S-9.
Rogès, B-6.
Roeder, F-10.
Rollet, E-2.
Romeyer, I-14.
Ronget (Mlle), S-3.
Roquejeoffre, N-9.
Roseau, S-9.
Rosenbaum (Mlle), N-6.
Rosier, G-3.
Rouart, Z-1.
Rouchaud, N-6.
Roudinesco (Mlle), R-1.
Roulin, E-1.
Rouquès, H-1.
Rousseau (P.), H-4.
Roussel, N-11.
Rousset, X-3.
Roussier, Y-3.
Roux, S-8.
Rouzaud, B-7.
Roy, B-8.
Royer de Véricourt, E-7.
Rubat de Mérac, G-8.
Rudaux, E-3.
Rudolph, K-2.
Sacuto, A-6.
Saingery, D-8.
Saint-Laurent (Mlle), Y-2.
Sallard, C-2.
Salle, N-12.
Sallet, I-3.
Salmon (Mlle), Ab-2.
Salmon (J.), X-3.
Salmon (Rob.), H-6.
Salomon (J.), B-9.
Salvan, B-12.
Samitca, N-14.
Sankovitch, A-1.
Saraudy, C-7.
Sassier, D-8.
Sautet, Z-3.
Savigny, F-10.
Schalck, Y-3.
Schapiro, A-1.
Schatz, T-5.
Scherrer, V-2.
Schiever, I-4.
Schoengrün H-7.
Schwob, Z-2.
Sébileau, B-11.
Sée, I-5.
Segond, E-5.
Segrestaa, Af-2.
Seguinot, F-3.
Seidmann, I-4.
Séjournet, R-1.
Selikovitch (Mlle) B-6.
Sénoze, S-14.
Sentis (Mlle), J-4.
Sergent, O-1.
Servif, R-1.
Sèze (de), I-13.
Sicard (Ant.), N-10.
Sicard (Rob.), Q-1.
Signeux, T-7.
Sobelmann, I-15.
Soleil, G-5.
Soleillant, Q-4.
Soria, K-2.
Soria (de), F-4.
Sorton, H-3.
Soulié, X-9.
Sourdille, E-7.
Sourice, W-3.
Spatzierer, L-5.
Skwirsky (Mlle), I-4.
Stéhelin, F-1.
Sterianos, E-5.
Stérin, Ag-2.
Stoeber (Mlle), A-8.
Sthul, I-8.
Sustendal, B-2.
Sylvestre, F-7.
Tabuteau, I-16.
Tacquet (M.), N-2.
Tacquet (L.-C.), J-10.
Tarterat, M-6.
Tchou, L-1.
Terrade, X-9.
Terrenoire, X-4.
Téry (Mlle), F-8.
Teurnier, N-6.
Thévenard, N-3.
Thiboumery, E-6.
Thiébaut, H-15.
Thiercelin, J-1.
Thierry (Jean), H-1.
Thiolat, F-3.
Thionville, V-1.
Thoizon, T-5.
Thomas, D-8.
Thomopoulos, D-3.
Thoyer, X-1.
Tillé, H-6.
Tilman, D-9.
Tixier, J-1.
Topart, I-10.
Tortat, I-2.
Toubiana, H-7.
Touchard, S-10.
Tournaut, F-2.
Trial, G-7.
Trivas (Mme), N-3.
Trocmé, J-5.
Troncin, D-1.
Trousson (Mlle), B-14.
Trubert, Y-2.
Tschudnowsky, J-1.
Tubiana, G-4.
Turmann, J-4.
Turpault, E-5.
Uhry, F-1.
Ulmann (Mlle), B-5.
Urçat (Mlle), D-6.
Vachey (P.), H-2.
Vaissié, E-6.
Vandenbossche, B-8.
Van der Elst, H-6.
Vannier (Ed), D-4.
Vannier (Mlle), G-2.
Vasseur, N-5.
Vassitch, D-7.
Vaudour, H-8.
Vayron de la Moureyre, N-14.
Vendel, G-11.
Verboud, W-2.
Verger, W-10.
Vermorel, L-3.
Vernholes, G-3.
Vernier, S-3.
Vernier (P.-Ch.), Ah-1.
Vernotte, N-2.
Verny, A-11.
Versini (Mlle), F-9.
Veslot, J-9.
Vétillard, J-1.
Vézin, I-8.
Vial (M.), G-5.
Vialle, S-8.
Vidal (Mlle), C-8.
Vidal-Naquet, P-3.
Videt, S-5.
Vidlöcher, S-1.
Vieillard-Baron, S-5.
Vienne, K-5.
Viet-Villeneuve, Ab-1.
Vignaux (Mlle), J-13.
Vilenski, Y-5.
Villechaise, J-3.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 FÉVRIER 1925)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. André Broca, professeur de physique à la Faculté, membre de l'Académie, et adresse à la famille ses condoléances émues.

Sur les greffes osseuses et les greffons tués. — M. IMBERT (de Marseille) a fait une série d'expériences sur l'emploi des greffons osseux morts. Ces greffons étaient tués par la calcination, l'ébullition ou l'alcool et des acides. Les greffons calcinés constituaient un bon support osseux qui ne se résorbait pas mais qui ne produisait aucune régénération osseuse. Les autres greffons se sont résorbés sans modifier en rien le tissu osseux en contact avec eux.

L'isolement individuel à la consultation externe des hôpitaux d'enfants. — M. LESAGE. La salle commune de la consultation externe dans les hôpitaux d'enfants est considérée avec raison par les pédiatres comme un foyer possible de contagion.

Certes on a essayé, et ce fut un grand progrès, de corriger cet inconvénient en faisant le triage à l'entrée, en empêchant les maladies contagieuses avérées ou douteuses de pénétrer dans la salle commune.

Malgré cette précaution, la maladie, surtout quand elle n'a pas fait sa preuve, peut échapper à l'œil investigateur du trieur alors qu'elle est en pleine puissance de contagiosité.

Que de fois, en effet, la rougeole à la période prééruptive est contagieuse, alors qu'il n'existe aucun symptôme capable même de provoquer le doute.

Pour être dans la perfection il ne faudrait laisser pénétrer dans la salle commune que des enfants atteints de maladies chroniques à l'exclusion des aigus.

Mais ce serait supprimer une bonne partie de l'effectif de la salle commune.

En 1909, dans la *Tribune médicale* et dans la thèse de Bruneau, l'auteur a attiré l'attention sur l'importance de l'isolement individuel à la consultation externe des hôpitaux d'enfants.

Dès l'arrivée d'un enfant atteint d'une maladie contagieuse, le trieur le dirige immédiatement sur le pavillon correspondant. Tous les autres enfants sont placés dès leur entrée en isolement individuel où l'examen médical est pratiqué.

On peut régler facilement les entrées et les sorties des enfants et éviter tout contact.

Une chambre avec lit est réservée pour les examens spéciaux.

Il est évident que c'est un changement complet dans la pratique. Le médecin va à l'enfant et non plus l'enfant au médecin.

Pendant plusieurs années M. Lesage a pratiqué de cette façon la consultation externe à l'hôpital Hérold et il n'a eu qu'à s'en louer.

Il a remarqué qu'avec le système de la salle commune on observe des cas de rougeoles chez des enfants venus à la consultation externe dix à quatorze jours auparavant.

Il y a là une coïncidence qui est à noter.

Il faut perfectionner notre outillage d'hygiène hospitalière en supprimant le plus possible la salle commune et en appliquant l'isolement individuel dont les bienfaits ne sont plus à démontrer.

Jules Renaut a récemment insisté également sur ce point.

En améliorant nos consultations externes des hôpitaux on mettra de plus en plus à l'abri de la contagion la masse d'enfants qui viennent journellement demander des conseils à l'hôpital.

Sur les variations de l'alcalinité ionique du sérum au cours de l'immunité. — MM. CLUZET, ROCHAIX et KOFMAN.

Comité secret. — M. Meillière : Rapport sur les remèdes secrets et nouveaux.

M. Regaud : Rapport sur les candidatures à deux places de correspondants nationaux dans la quatrième division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 9 JANVIER 1925)

Urémie sans azotémie. — MM. RIMBAUD et CHAPTAL. Chez un malade suivi depuis longtemps pour hypertension avec signes d'insuffisance ventriculaire gauche permanente et hydrothorax droit, les auteurs ont vu évoluer un tableau d'intoxication urémique qui amena la mort : dans une première phase est apparue une dyspnée intense et progressivement croissante, sine materia, avec poussées asthmatiformes, qui ne s'accompagne ni de signes de fléchissement du cœur, ni de trouble rénal aux différentes épreuves. Dans une deuxième période apparaît l'insuffisance rénale caractérisée par une albuminurie croissante (jusqu'à 17 grammes d'albumine), l'oligurie, puis l'anurie, de la somnolence, du délire, du myosis, des nausées et des vomissements, de l'hypothermie, puis du coma avec baisse terminale de la tension artérielle. Or chez ce malade, le taux de l'urée est resté entre 0g40 et 0g45 et n'est monté qu'à 0g65 le jour de la mort.

Présentation d'un sujet atteint du phénomène de Marcus Gunss. Synergie fonctionnelle entre les mouvements d'élévation de la paupière supérieure et d'abaissement de la mâchoire inférieure. — M. VILLARD.

Rupture de l'utérus; hystérectomie; guérison. — M. MILHAUD rapporte une observation de rupture utérine survenue au cours d'un accouchement, chez une femme de trente ans, ayant eu déjà cinq enfants. La rupture est survenue spontanément et ne s'est accompagnée d'aucune douleur. Laparotomie. Rupture sur la face antérieure de l'utérus. Hystérectomie suivie d'un drainage au moyen d'une grande compresse étalée dans le petit bassin, réalisent une espèce de Mickulicz, guérison. L'auteur pense que de même que dans les cancers du col utérin la Mickulicz est susceptible d'améliorer la statistique opératoire dans les ruptures utérines.

La détermination chromoscopique du PH dans les urines sanglantes, en particulier dans l'examen des urines des reins séparées par cathétérisme urétral. — M. CRISTOL.

La revision de la composition des eaux minérales. — M. CONSTANT (de Vittel). Il serait nécessaire d'après l'auteur de pratiquer deux fois par an l'examen des eaux minérales d'infiltration; cet examen comprend l'étude de la fluorescence, de l'indice de réfraction des eaux, de la densité, de la pression osmotique, de la thermalité, de l'ionisation, de la conductibilité électrique, de la cryoscopie, des gaz, de la radioactivité, de la composition chimique des eaux et ses variations calculées en ions électropositifs et électronégatifs.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1925)

Quelques considérations sur une petite épidémie variole. — MM. CARRIEU et PAPPAS. Au cours d'une petite épidémie récente de variole, les auteurs n'ont pu retrouver que huit cas confirmés, les premiers provenant d'étrangers (Espagnols) non vaccinés et qui n'appellent que rarement le médecin, d'où non déclaration. Les autres malades étaient groupés dans le même quartier de la ville. Un seul homme a été atteint ce qui prouve l'intérêt de la revaccination pendant le service militaire. On a eu à déplorer deux décès. A noter le grand nombre des revaccinations positives surtout après quarante ans.

Il serait à souhaiter : 1° que les étrangers fussent obligatoirement vaccinés ou revaccinés au lieu de leur résidence, lors de leur déclaration d'étrangers; 2° que l'entourage (à défaut de médecin) soit tenu à la déclaration de la variole, comme à celle de la peste et du choléra; 3° que la revaccination soi obligatoire en plus des âges habituels, à quarante ans.

Discussion. — M. POURQUIÉ. Les vaccinations pratiquées à propos de cette épidémie de variole ont montré que par ordre de réceptivité dominante on peut ranger : 1° les personnes âgées non revaccinées depuis l'enfance; 2° les enfants âgés de plus de six mois non encore vaccinés; 3° les enfants nouveau-nés (comme l'a montré Camus); 4° les adultes revaccinés avec succès depuis moins de cinq mois.

Traitement d'un pied bot paralytique par des opérations tendineuses. Résultat précoce. — MM. MASSABUAU et GUIBAL. Pied bot varus équin mobile. Correction de l'équinisme (premier temps) par allongement du tendon d'Achille. Correction du varus (deuxième temps) par ténodèse du court péronier latéral et transplantation de l'insertion distale du jambier antérieur sur le bord externe du pied. Après quarante jours d'immobilisation le pied est en attitude parfaite et ses points d'appui sur le sol sont normaux.

Les auteurs soulignent ce beau résultat, mais font des réserves sur la reproduction éventuelle de l'attitude vicieuse par la marche.

Beau résultat de l'opération de Ducrocquet-Launoy dans un cas de pied bot paralytique ballant. — MM. MASSABUAU et GUIBAL.

(SÉANCE DU 23 JANVIER 1925)

Maladie du sérum. Mort subite. — MM. VEDEL et PUECH. A la suite d'injections de sérum de cheval, les auteurs ont vu apparaître huit jours après la première injection des accidents sériques graves caractérisés par un érythème ortié généralisé, de l'œdème de la paroi abdominale et des cuisses, une recrudescence de la fièvre. Quatre jours après le début de ces accidents il s'y surajoutait un œdème énorme de la face et des paupières. Le lendemain matin le malade était trouvé mort dans son lit.

L'autopsie n'a pu déceler de façon précise la cause anatomique de la mort.

Il s'agissait d'un malade pyrétique depuis neuf mois. L'hémoculture est restée négative. Cependant un séro de Wright aurait été trouvé positif au début de la maladie. Il existait en outre des épistaxis quotidiennes abondantes et des gingivorrhagies depuis plusieurs mois; on a noté en outre un certain degré d'insuffisance cardiaque et d'insuffisance hépatique qui ont certainement prédisposé à la gravité des manifestations de la maladie sérique.

Sténose cicatricielle de l'œsophage. *(Présentation de pièces.)* — MM. MASSABUAU, GUIBAL et BREMOND.

Phlegmon diffus hyperseptique de la loge vasculaire du cou évoluant comme une angine de Ludwig.— MM. ETIENNE, GUIBAL et BOUCHET.

Guérison par des lavages du bassinet d'une pyélonéphrite double à colibacilles, — M. BOURGOING.

Recherches sur le réflexe oculo-cardiaque pendant la cure de Cauterets. — M. CORONE. En se basant sur l'étude du réflexe oculo-cardiaque avant et après la cure de Cauterets, l'auteur conclut que celle-ci exerce sur le tonus vagosympathique une action très générale d'équilibration et agit particulièrement sur le tonus du vagus qu'elle renforce. Pour lui cette action n'est pas secondaire mais primitive car elle commanderait par la vagotonie prédominante au cours de la cure thermale les petites réactions de choc de l'organisme qui commandent les bons effets de la cure thermale.

(SÉANCE DU 30 JANVIER 1925)

Appendicite gangréneuse. — MM. MOURGUES, MOLÈNES et VILLA.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 13 DÉCEMBRE 1924)

Méningite tuberculeuse à forme myoclonique et somnolente. — MM. Ch. MOREL, Jean TAPIE et BOUXHOURE rapportent l'observation d'une méningite tuberculeuse de l'adulte dont les symptômes dominants ont été des accès de somnolence entrecoupés de petites crises épileptiformes, et des secousses myocloniques localisées à la face et aux membres supérieurs. L'absence de contracture dans l'intervalle des crises convulsives, était encore un argument en faveur de l'encéphalite épidémique. L'examen du liquide céphalo-rachidien, l'inoculation du cobaye, l'examen hystologique des méninges ont montré qu'il s'agissait en réalité d'une tuberculose méningée.

Sésamoïdes développés au niveau de l'insertion iliaque du droit antérieur de la cuisse. — *(Présentation de pièces.)* MM. BERNARDBEIG et THOMAS.

Syndrome de Claude Bernard-Horner chez une tabétique. — MM. Jean TAPIE, Louis MOREL et CHARRIER, présentent une malade chez laquelle est apparu progressivement un syndrome de Claude Bernard-Horner typique. Cette femme ne présente aucune cause de compression du sympathique cervical; c'est par contre une syphilitique avérée chez laquelle l'examen révèle un tabès fruste, une aortite et une ostéo-périostite diaphysaire des tibias et des péronés. Le syndrome sympathique reconnaît ici une origine médullaire.

Maladie d'Addison. — MM. Jean TAPIE et LYON rapportent une observation typique de maladie d'Addison. L'autopsie a montré une tuberculose pulmonaire ulcéreuse bilatérale; les surrénales, considérablement atrophiées, étaient le siège de lésions fibro-caséeuses, ayant envahi la presque totalité du parenchyme glandulaire.

Encéphalite aiguë hémorragique. Mort. — M. IZARD.

Uropyonéphrose à évolution aiguë. — M. BAILLAT présente une pièce opératoire; il s'agit d'une volumineuse uropyonéphrose survenue brusquement chez une jeune femme; le diagnostic s'étant posé entre hydronéphrose et kyste de l'ovaire tordu, on intervint d'urgence par laparatomie médiane. L'existence d'une veine polaire inférieure parut être d'abord l'agent causal; mais la coudure siégeait en réalité à l'union de l'uretère et du bassinet. Le rétrécissement de l'uretère paraît avoir été consécutif à un traumatisme antérieur. La malade a parfaitement guéri.

Hernie du médiastin au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. Jean TAPIE présente les épreuves radiographiques d'une volumineuse hernie du médiastin survenue au cours d'un pneumothorax artificiel.

Cette complication qui, au point de vue clinique, peut être absolument latente est d'un diagnostic radiologique aisé. Elle ne doit pas effrayer le médecin, car elle est parfaitement tolérée si l'on évite de créer une pression positive. Pour la réduire, on serait obligé de recourir à des pressions intrapleurales si faibles qu'on risquerait de supprimer le collapsus pulmonaire et de perdre ainsi le bénéfice de la cure.

Ces hernies du médiastin supérieur s'opposent, comme l'a bien dit M. Dumarest, aux hernies de la plèvre médiastine inférieure; les premières sont sous la dépendance d'un épanchement gazeux, les deuxièmes s'observent plutôt dans les épanchements liquides de la plèvre.

REVUE DES THÈSES

Etude de l'action cardiotonique et diurétique du scillarène (1), par M. Bernard Joz.

Ce travail fait dans le service de M. le professeur Carnot, à l'hôpital Beaujon, apporte des précisions nouvelles sur le glucoside *cristallisé*, isolé en 1921 par Stoll et Suter, du bulbe de la scille.

(1) *Th. de Paris*, 1925

Le scillarène est le principe actif de la plante. En raison de sa pureté, son titre d'activité est constant ; en outre, son pouvoir d'accumulation est extrêmement faible : 1° parce que le médicament est éliminé en nature dans les vingt-quatre heures qui suivent son absorption ; 2° parce que son pouvoir d'adhésion à la fibre cardiaque est faible et passager.

Le scillarène est donc sans danger d'accumulation. De plus, il est sans inconvénient pour le rein et l'estomac. Ces deux qualités pratiques en permettent un usage thérapeutique aussi prolongé qu'il est nécessaire et sans phénomènes secondaires nuisibles.

Deux propriétés cliniques caractérisent le scillarène :
Une action cardiotonique et une action diurétique.

L'auteur étudie longuement et fixe par de nombreuses observations ces deux propriétés du scillarène, et il établit les conclusions suivantes :

A. *Par son pouvoir cardiotonique*, le scillarène produit : le ralentissement sinusal, le renforcement des systoles, l'allongement de la diastole, de là les indications suivantes :

1° *Indications générales* : hyposystolie, insuffisance ventriculaire droite.

2° *Indications spéciales* : cas où la digitale n'agit pas ou n'agit plus ou bien lorsqu'elle est mal tolérée. Les intervalles du traitement digitalique dans lesquels le scillarène maintient longtemps la compensation.

B. *Par son pouvoir diurétique*, indirect (action cardiotonique) et direct sur l'épithélium rénal, le scillarène, d'après Bernard Joz, agit puissamment et il est indiqué dans les oliguries des cardiaques, des rénaux, des cirrhotiques.

Enfin, il serait, d'après certains auteurs, en particulier Tilmant, un diurétique azoturique faisant baisser le taux de l'urée sanguine dans l'azotémie.

Les formes pharmaceutiques et les doses du scillarène sont les suivantes : les comprimés dosés à un demi-milligramme, deux à huit par jour ; les gouttes (solution dosée à un demi-milligramme par centimètre cube, xv gouttes, deux à huit par jour ; les ampoules pour toutes injections renfermant chacune $0^{mmg}17$, une à trois par jour.

L. G.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Bismuth dans le traitement de la syphilis, par C. Levaditi. Un volume de 316 pages avec 31 figures et 1 planche en couleurs. — Prix : 25 francs. — Paris, Masson et Cie.

Pratique sémiologique des maladies mentales. Guide de l'étudiant et du praticien, par Paul Sollier, professeur à l'Institut des Hautes Etudes de Belgique, et Paul Courbon, médecin chef de l'asile de Stéphansfeld. Un volume de 458 pages avec 89 figures originales dans le texte. Collection du médecin praticien. — Prix : 20 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Radio-diagnostic des affections intrarachidiennes par le lipiodol sous-arachnoïdien. La forme pseudo-pottique des tumeurs intrarachidiennes, par le docteur Louis Laplane. Travail du service du professeur Sicard. Un volume de 281 pages avec figures. — Paris, Legrand.

Microméthodes et semi-microméthodes appliquées aux analyses chimiques du sang et des humeurs, par le docteur Durupt, ex-chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. — Paris, A. Poinat.

L'Evolution de la tuberculose pulmonaire chronique dans ses rapports avec la circulation générale et locale. La cure déclive, par P. Colomban, ex-interne du sanatorium d'Hauteville. In-8 de 228 pages. — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Nº 18. — MARDI 3 & JEUDI 5 MARS 1925. 98e ANNÉE. MARDI 3 & JEUDI 5 MARS 1925. — Nº 18.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **9 fr.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
BELGIQUE et ITALIE... **40 fr.** — UNION POSTALE...... **50 fr.**
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Le concours de l'internat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Idoux, Aman Jean, Quéinnec, Duminil, Rochard, Damon, Descomps et Abonneau.

Internes provisoires : MM. Beaux, Coudrain, Burnouf, Imbert, Turmann et Saingery.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — Ont été élus membres de la Commission de la médecine et de la pharmacie :

Médecine : MM. Charmeil, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Euzière, doyen de la Faculté de médecine de Montpellier ; Spillmann, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.

Chirurgie : M. Hartmann, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

Obstétrique : M. Rouvier, professeur à la Faculté de médecine d'Alger.

Anatomie : M. Policard, professeur à la Faculté de médecine de Lyon.

Physiologie : M. Abelous, doyen de la Faculté de médecine de Toulouse.

Physique et chimie : MM. Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Sigalas, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux.

Pharmacie : M. Jadin, doyen de la Faculté de pharmacie de Strasbourg.

Agrégés : MM. Champy, agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; Perrin, agrégé à la Faculté de médecine de Nancy; Tassilly, agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Chefs de travaux : MM. Beylot, chef de travaux à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Cousin, chef de travaux à la Faculté de pharmacie de Paris.

Préparateurs : MM. Arronshon, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Lormand, préparateur à la Faculté de pharmacie de Paris.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Letulle, professeur, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge, à faire valoir ses droits à la retraite à compter du 1er mars 1925.

— La chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de l'Université de Paris est déclarée vacante. (*J. O.*, 28 fév. 1925.)

— Alger. — La chaire d'histoire naturelle médicale et parasitologie, la chaire de clinique chirurgicale et la chaire d'anatomie de la Faculté d'Alger sont déclarées vacantes. (*J. O.*, 28 fév. 1925.)

— Bordeaux. — Par testament, le regretté professeur Testut lègue à la Faculté de médecine de Bordeaux la somme de 10.000 francs dont les arrérages serviront à récompenser, tous les trois ans, le meilleur travail d'anatomie.

— Lille. — Un congé, du 6 janvier au 6 février 1925, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lemoine, professeur de clinique médicale.

— Lyon. — M. Leulier, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours de pharmacie.

— Dimanche prochain, 8 mars, à 10 heures, aura lieu à la Faculté de médecine de Lyon l'inauguration des monuments érigés à la mémoire des professeurs Jaboulay et Poncet.

— Montpellier. — M. Guibert, étudiant de 5e année, est nommé, pour un an, à dater du 1er janvier 1925, chef de laboratoire des cliniques chargé des analyses d'anatomie pathologique.

— Toulouse. — M. Réchou, agrégé, est chargé, à partir du 1er février 1925, de l'enseignement et du service de la chaire de physique biologique et clinique d'électricité médicale, en remplacement de M. Bergonié, décédé.

CONCOURS DES MÉDECINS DES ASILES. — Le jury du concours des médecins des asiles d'aliénés en 1925 est constitué comme suit :

Président : M. le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs.

Membres titulaires : MM. les docteurs Euzière, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses à la Faculté de médecine de Montpellier; Prince, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Rouffach; Nandascher, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Moizelles; Wahl, médecin chef de service à l'asile public autonome de Marseille; Mlle Pascal, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Châlons; M. Maupate, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Fains.

Membres suppléants : MM. les docteurs Pasturel, médecin directeur de la colonie familiale de Dun-sur-Auron ; Trenel, médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Villejuif. (*J. O.*, 26 fév. 1925.)

GUERRE. — M. Prat, médecin principal de 2e classe, de l'hôpital militaire Villemin, détaché au ministère de la Guerre, état-major de l'armée, est, tout en conservant ses fonctions actuelles, mis à la disposition du secrétariat général du conseil supérieur de la Défense nationale.

DISPENSAIRES DE BELFORT. — Un concours sur titres est ouvert pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé du service des dispensaires dans le Territoire de Belfort.

Les dossiers des candidats devront être adressés au siège social du Comité national de défense contre la tuberculose : 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

LE IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES (PARIS, 20-25 avril) ne groupera pas seulement les éléments actifs du Corps de santé de toutes les nations, mais aussi et surtout les médecins, pharmaciens civils appartenant au cadre de complément ou membres des sociétés de Croix-Rouge participant au fonctionnement du Service de santé en temps de guerre.

Ce IIIe Congrès a été précédé de deux réunions analogues :

La première, tenue à Bruxelles en 1921, groupait les représentants de 27 nations et comportait environ 350 membres.

La seconde eut lieu à Rome en 1923, réunissant 800 adhérents et les représentants de 33 puissances étrangères.

La troisième, qui doit se tenir au Val-de-Grâce à Paris, du 20 au 25 avril, compte déjà plus de 2.000 adhésions et plus de 800 étrangers représentant déjà près de 40 nations. C'est donc, par son importance, une réunion du Corps médical et pharmaceutique international sans précédent que la France va voir siéger au Val-de-Grâce, berceau même de la médecine d'armée :

Ce Congrès comporte :

1° Des séances scientifiques de rapports et communications sur des sujets se rapportant spécialement à la médecine, la chirurgie, la pharmacie d'armée.

Les congressistes visiteront également les services hospitaliers, pharmaceutiques ou autres organisations du Service de santé des plus intéressants.

De même qu'il se prépare pendant cette période des fêtes particulièrement brillantes, réceptions, gala à l'Opéra, banquets, etc.

2° En même temps et aussi au Val-de-Grâce se tiendra une Exposition française des arts et sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire, qui sera ouverte pendant tout le Congrès et la semaine suivante. Cette Exposition permettra aux congressistes de voir dans toutes les branches de notre industrie nationale les progrès qui ont mis la France au premier rang des organisations sanitaires.

Les praticiens pourront donc se documenter sur les innovations qui se produisent dans leur art susceptibles de les intéresser.

3° Un salon artistique présentera les œuvres intéressant plus particulièrement le corps médical.

4° Sitôt après le Congrès, du 26 avril au 3 mai, des excursions dans les différentes stations hydrominérales et thermales du Sud-Est et du Sud-Ouest de la France, avec réceptions dans les différentes stations et villes de faculté visitées faciliteront au corps médical étranger la connaissance des ressources hydrominérales de ces régions.

L'importance de ce Congrès n'échappera pas aux industriels et commerçants français qui pourront participer à l'Exposition française des arts et sciences appliqués à la médecine, la chirurgie, la pharmacie et l'hygiène sanitaire organisée, sous le haut patronage du ministère du Commerce, par le « Comité français des expositions », 42, rue du Louvre, Paris.

Le « Comité français des expositions » en a confié la présidence à un de ses membres les plus distingués, M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques, dont on connaît l'activité et le dévouement.

Les adhésions seront reçues jusqu'au 15 mars. Un catalogue illustré donnant un aperçu d'ensemble de l'organisation du Congrès et de chaque classe en particulier sera remis à chaque membre du Congrès.

IVe CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE (Arcachon, 27, 28, 29 avril inclus). — Les organisateurs du Congrès, à la suite des pourparlers, ont établi des relations importantes avec les commissaires organisateurs du IIIe Congrès international de médecine et Pharmacie militaires (20-25 avril 1925).

Le Congrès d'Arcachon peut être considéré comme la continuation directe du Congrès de Paris. Tout fait prévoir qu'il en retirera certains avantages.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Chauveau, secrétaire général du Congrès, villa La Rouvraie, Arcachon.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Février, médecin inspecteur général, grand officier de la Légion d'honneur, membre du Conseil de l'Ordre, ancien directeur du Service de santé du Gouvernement militaire de Paris, ancien président du Comité consultative de santé, décédé subitement à Nice; du docteur Hermantier (de Gagnières); du docteur Lebel (de Janville) ; du professeur Trendelenburg (de Berlin).

CHRONIQUE

LIMITE D'AGE

Lorsque le professeur Vincent, du Val-de-Grâce, fut atteint il y a trois mois par la limite d'âge, nous avions espéré que le ministre trouverait une formule heureuse pour ne pas « fendre l'oreille » à celui qui a remporté pendant la guerre la plus éclatante des victoires en sauvant d'innombrables existences.

Les règlements sont malheureusement inexorables et ne permettent pas de maintenir dans la 1re section de l'état-major général et dans son laboratoire du Val-de-Grâce le véritable bienfaiteur de l'humanité qu'est le professeur Vincent.

Il est non moins regrettable que le gouvernement ne se soit pas déjà fait l'interprète de la reconnaissance nationale en conférant à Vincent cette grand'croix de la Légion d'honneur qui couronne dignement la carrière de nos grands chefs et que n'a jamais obtenue un médecin militaire !

Cette ingratitude des pouvoirs publics a ému justement un certain nombre de nos confrères. Comme l'a écrit à ce sujet Louis Forest dans *Le Matin*, « quand un règlement est idiot on le change ». Le Parlement n'en est pas à une loi près, et il nous a montré trop souvent qu'il ne redoutait pas les improvisations. Celle qui rappellerait le professeur Vincent à l'activité serait une improvisation bienfaisante.

De toutes façons, nous nous associons au *Matin*, à l'*Information universitaire*, à la *Presse médicale* pour demander dans l'intérêt de la nation que l'on donne au médecin inspecteur général Vincent les moyens de poursuivre des travaux qui font l'admiration du monde entier.

F. L. S.



LE DOSAGE DE LA SUGGESTIBILITÉ

PRÉFACE DE LA THÉRAPEUTIQUE

Par M. G. LEVEN (1).

Si nous prenons le mot suggestibilité dans son sens le plus large, le plus compréhensif, nous admettons sans peine que nous sommes tous suggestionnables, que nous soyons sains ou malades, quel que soit notre degré de culture.

Le rire et les larmes au théâtre ne sont-ils pas le fait d'une suggestion? La peur et l'acte de courage ne sont-ils pas le fait d'une suggestion ou d'une autosuggestion? Or, il semble que suggestion et autosuggestion deviennent plus agissantes chez le malade. A nous donc, médecins, de ne pas négliger ce puissant facteur thérapeutique et d'en faire l'emploi le plus rationnel : les occasions qui s'offrent à nous sont innombrables au cours des états morbides les plus divers, j'allais dire au cours de tous les états morbides.

En effet, à science égale, le médecin Tant Mieux sera toujours plus utile à son malade que le médecin Tant Pis, car il saura encourager son client, ce qui est un procédé de suggestion précieux.

Le client dyspeptique, amaigri, client du docteur Tant Mieux se réalimentera plus vite, engraissera plus rapidement que le même client traité par le docteur Tant Pis, qui aurait trop insisté sur les conséquences funestes possibles de la réalimentation, tandis que notre premier confrère se serait bien gardé d'énumérer des incidents capables de se produire, mais dont l'annonce seule peut provoquer la venue.

Le client du docteur Tant Pis marchera moins vite après une fracture de jambe que le client du docteur Tant Mieux et toujours pour les mêmes raisons.

Lorsqu'un enfant fait une chute, si les parents se précipitent vers lui, l'air inquiet, l'accablant de questions sur le mal qu'il a pu se faire, pleurs et cris répondront à leurs demandes. Les parents ont agi comme le docteur Tant Pis. L'enfant n'eût pas crié, pas pleuré, si les parents avaient suivi l'enseignement du docteur Tant Mieux.

Que d'exemples variés à citer, cueillis dans les domaines les plus différents.

Le malade va mieux, lorsqu'il a vu le médecin, car il a trouvé du réconfort dans ses gestes d'examen, dans ses propos. Il parlait à voix basse, au début de la visite; le son de sa voix est tout différent, au départ du médecin.

Cette influence de chacun de nos gestes, de chacune de nos paroles nous échappe trop souvent; nous n'en prévoyons pas l'importance si grande et parfois si imprévue.

Une malade que m'avait adressé mon ami le docteur Barret, éclatait en sanglots, à l'instant où je demandais de l'eau pour me laver les mains, après la palpation d'une tumeur bénigne qu'elle avait au sein. J'eus l'explication des larmes, lorsqu'elle m'eut dit : « Comme ce doit être grave ce que j'ai, puisque vous vous lavez aussitôt les mains ». J'arrivai, non sans peine, à lui faire admettre que cet acte élémentaire de propreté est réalisé par tout médecin, après un palper, quel qu'il soit.

La suggestibilité s'observe chez les sujets sains comme chez les sujets malades, ai-je dit plus haut. J'en ai eu la preuve dans des conditions assez curieuses durant mon internat à l'hôpital de la Charité. Nous avons déjeuné en salle de garde et au menu avait figuré un lapin, fort bien préparé, que les convives avaient trouvé excellent. Au dessert, notre cuisinière apparut dans la salle à manger; elle tenait en main une superbe peau de chat et nous annonça que le civet du déjeuner avait été préparé avec un chat, tué dans la cour de l'hôpital par notre collègue M..., qui avait même prévu la présentation de la peau, à la fin du repas.

Nous étions quinze à table; un grand nombre des convives alla restituer son repas, à la suite de cet incident.

A la fin du siège de Paris, en 1871, mon père avait été le témoin et la victime d'une plaisanterie du même genre.

Le médecin chef de la Compagnie des chemins de fer du Nord avait réuni à sa table les médecins qu'il avait sous ses ordres. Le menu fut superbe et varié. Au dessert l'amphytrion annonça à ses convives que les mets succulents avaient été confectionnés avec des chiens, des chats, des rats. Les conséquences de ces explications furent identiques à celles dont j'avais été le témoin à l'hôpital de la Charité.

Si la suggestibilité de médecins, d'étudiants en médecine est telle, que ne peut être celle de sujets de culture différente?

*
* *

Quelles sont les circonstances pathologiques où il devient utile de doser la suggestibilité du sujet malade? Cette nécessité s'impose toutes les fois que nous avons quelque peine à classer un symptôme, à expliquer l'enchaînement des symptômes, toutes les fois que l'élément douleur ne nous paraît pas en rapport avec sa cause, ne lui est pas proportionnée, toutes les fois qu'un symptôme n'a pas sur l'organisme la répercussion qu'il doit avoir normalement.

*
* *

Une série d'exemples fera comprendre toutes ces modalités.

L'un d'eux figure dans mon livre sur la dyspepsie (1), au chapitre consacré à l'appendicite. Je reproduis cette observation sans y changer un mot : « Un jeune garçon âgé de dix ans, a depuis plusieurs semaines des crises abdominales douloureuses. Je le vois au cours de l'une de ces crises : sa physionomie reflète l'intensité de la douleur qu'il éprouve; le teint est pâle, la palpation de l'abdomen décèle une hyperesthésie très nette, au point de Mac-Burney. L'enfant a eu des vomissements pendant les accès.

Le retour régulier des crises, le lundi, m'avait un peu surpris; j'apprends que l'enfant a, en ce jour, une classe faite par un professeur qui le terrorise.

Cette terreur suffisait à expliquer le retour périodique des accidents gastro-intestinaux.

La localisation paraissant appendiculaire, avait sa

(1) Communication à la *Société de thérapeutique.*

(1) *La Dyspepsie*, 2e édition, G. Doin, éditeur.

raison d'être dans les conversations avec des camarades opérés pour une appendicite.

Ainsi renseigné, je dis à l'enfant que l'appendicite changeait de place à son âge et que la semaine suivante si l'accès reparaissait, il aurait la douleur du côté opposé, dans le flanc gauche, en un point que je marquais sur la peau avec un crayon bleu dont on laissa subsister la trace.

Le lundi suivant, il eut une crise, comme les lundis précédents, mais la douleur cutanée parut au point indiqué au crayon bleu. Le traitement fut bien simple : l'enfant fut confié à un autre maître; il ignora depuis les crises appendiculaires (1). »

Dans ce cas, mon attention fut mise en éveil par certaines particularités de l'observation clinique et pour vérifier la réalité des symptômes, il fallait connaître et doser la suggestibilité du sujet : l'épreuve du crayon bleu fut le moyen ; cette épreuve fut décisive.

* * *

Je fus appelé en toute hâte, vers le soir, auprès d'un confrere auquel le docteur MARION avait enlevé la prostate quelques jours auparavant. Les suites opératoires avaient été excellentes à tous points de vue. Des douleurs abdominales avaient fait leur apparition vingt-quatre heures avant ma venue; elles avaient justifié une injection d'héroïne, tant elles étaient violentes et n'avaient pas laissé de répit au malade.

Lorsque je le vis, je fus frappé par la mine et l'aspect du malade qui n'étaient pas en rapport avec l'intensité et la durée des douleurs exprimées. Cependant son visage dénotait une certaine inquiétude.

L'examen de l'abdomen ne révéla rien d'anormal, n'était une vive hyperesthésie des téguments.

Je prolongeai ma visite, nous parlâmes de choses et d'autres avec notre confrère le docteur Elie FAURE, présent à la consultation. Le malade prit part à notre conversation et sa physionomie se modifia peu à peu. Je le rassurai complètement ; sa confiance en moi était grande, car je l'avais soigné et guéri quelques années auparavant, lorsqu'il souffrait de troubles dyspeptiques violents et déjà anciens. Aussi admit-il les explications, légitimes d'ailleurs, invoquées par moi, pour expliquer ses crises douloureuses.

Le malade avait durant les jours précédents, pour augmenter sa diurèse, absorbé des quantités insolites de liquides, citronnades, sirops, eaux minérales. Ces ingestions avaient déterminé une crise gastralgique.

La réaction violente était conditionnée par l'état psychique du malade et par ses craintes d'une relation entre l'opération et la crise actuelle.

Inutile de dire que je ne lui fis pas remarquer tout ce que je viens d'exposer.

Je l'avais vu à la fin de la journée. La nuit même, il dormit bien; le lendemain, il était guéri. Quelques semaines plus tard, j'eus un entretien avec son fils qui me confirma la guérison de son père et qui m'éclaira sur son état psychique qui était bien tel que je l'avais supposé.

(1) Aucun accident abdominal n'a paru depuis lors, c'est-à-dire dans les douze années qui suivirent J'ai présenté cet enfant devenu un jeune homme dans une leçon sur l'appendicite et les erreurs de diagnostic, faite à l'Hôtel Dieu, le 21 juin 1922.

* * *

L'observation suivante n'est pas une des moins curieuses de celles que j'ai réunies.

En novembre 1920, le docteur E. VANNIER (de Rouen), m'adressait une fillette âgée de treize ans, dont l'estomac méritait des soins spéciaux. Au cours de l'interrogatoire, la mère de l'enfant me dit que depuis trois ans sa fille est atteinte de mastoïdite et que la question de l'intervention s'est posée, en présence de la durée des symptômes douloureux.

Je ne me reconnais aucun droit d'avoir une opinion sur des questions qui me sont si étrangères, aussi est-ce certainement un geste machinal qui me fit palper la région mastoïdienne tout en continuant à interroger.

Je n'avais certainement qu'effleuré le tégument, lorsque l'enfant se retira brusquement en poussant un cri. Une hyperesthésie d'une telle acuité, ne laissa pas que de me surprendre, d'autant que la peau était normale à ce niveau, ni rouge, ni tuméfiée, que tous les symptômes d'une mastoïdite faisaient défaut et que la mastoïdite aurait paru sans être précédée d'aucune otite.

La première partie de l'examen m'avait déjà révélé une suggestibilité extrême chez l'enfant. J'étais donc autorisé à me demander si la symptomatologie mastoïdienne était réelle ou non. Elle était si bien créée de toutes pièces que je parvins à guérir la mastoïdite en quelques instants et que la guérison s'est maintenue depuis près de quatre ans.

Je reproduis *in extenso* la lettre que le docteur E. VANNIER a bien voulu m'écrire, au sujet de ce cas si intéressant, car si j'avais dépisté l'autosuggestion, j'ignorais sa genèse avant d'avoir reçu ces renseignements du confrère.

« Cette fillette avait une de ses amies atteinte de mastoïdite; cette affection, fort douloureuse, après avoir traîné, s'est terminée par l'intervention. C'est progressivement que ma jeune cliente a accusé des douleurs qui, comme vous le savez, ont duré plusieurs années avec des périodes de détentes et des périodes de poussées.

« C'était au point qu'un spécialiste compétent après plusieurs examens pratiqués au cours d'une longue observation était prêt à faire la trépanation. Le docteur Georges LAURENS consulté dit alors qu'il n'existait aucune lésion profonde.

« Là-dessus, vous êtes intervenu et... la mastoïdite s'est évanouie... tout au moins jusqu'à ces jours.

« C'est en montrant votre lettre aux parents que j'ai été mis au courant de l'histoire d'une jeune amie de votre petite malade qui est vraiment suggestionnée devant les souffrances de sa compagne.

Je ne vois pas d'autre explication : la jeune B... a calqué son histoire sur celle de son amie ».

* * *

Un vendredi se présenta, à ma consultation de l'Hôtel-Dieu, un jeune homme réformé pour un ulcère de l'estomac (1) après un séjour de plusieurs mois dans les hôpitaux militaires. Durant les trois derniers mois il avait des vomissements deux fois par jour.

Un examen du docteur BARRET infirma le dia-

(1) Observation 1761 du registre des consultations de l'estomac. Hôtel-Dieu, service Caussade.

gnostic d'ulcus, aucun signe d'aéropathie. Toutes les causes habituelles du vomissement faisaient défaut. Ce n'était pas un simulateur. Je fus donc, par voie d'élimination, conduit à « doser sa suggestibilité ». Je constatai qu'elle était très évidente et j'exposai aux auditeurs que cette suggestibilité entretenait peut-être les vomissements, à la faveur de la crainte de l'ulcus gastrique, motif de la réforme.

J'expliquai au malade le danger des vomissements; je fis des manœuvres de contre-suggestion.

Les vomissements cessèrent aussitôt et trois mois plus tard le jeune homme était incorporé à nouveau, enchanté d'être guéri.

*
* *

Une malade, âgée de soixante-dix ans, était astasique-abasique, sans qu'aucune lésion du système nerveux central fût susceptible d'être invoquée pour expliquer la symptomatologie. La fille de la malade était morte à l'âge de quarante-sept ans, après avoir présenté des troubles paralytiques consécutifs à une coqueluche grave. L'étude de la suggestibilité de ma vieille cliente me conduisit au diagnostic de symptôme par auto-suggestion. En quelques jours, je réussis à la guérir et à la rendre capable de sortir de sa maison, au grand étonnement de tous.

Une jeune fille que je vis avec le docteur Charles-Edouard Lévy avait des vomissements et des troubles cardiaques indéterminés chaque fois qu'elle allait dans le monde ou recevait chez elle. Le dosage de sa suggestibilité m'éclaira sans peine sur l'origine de ces troubles et une guérison durable fut rapidement obtenue.

Un jeune homme, que m'adressa le docteur Joseph, souffrait des mêmes symptômes, trouvant leur origine dans les mêmes conditions. Le diagnostic étiologique fut posé par le même procédé et les résultats furent aussi satisfaisants, alors que les régimes les plus sévères, prescrits depuis des mois pour ses troubles digestifs, n'avaient donné aucun résultat, ce qui s'expliquait sans peine.

*
* *

Je pourrais multiplier des observations analogues, mais l'exposé des exemples choisis me semble suffisant pour faire comprendre avec toute la clarté nécessaire ce qu'est le *dosage de la suggestibilité*.

Mon premier malade a des crises appendiculaires dont l'apparition hebdomadaire est étrange. L'analyse des symptômes est un peu troublante. Aussitôt doit se poser à l'esprit la notion d'auto-suggestion. Pour résoudre le problème, le *dosage de la suggestibilité* est indispensable. Je l'ai dosée avec « le crayon bleu ». Mon deuxième malade, le prostatique, a des crises abdominales d'une explication difficile. L'analyse des symptômes est déconcertante, car le facies, l'état général, la température, le pouls ne sont pas en accord avec la violence des douleurs, leur généralisation à tout l'abdomen. *On ne comprend pas bien le cas*: pour l'interpréter, il faut pratiquer un *dosage de la suggestibilité*. C'est la conversation prolongée avec un confrère et le malade qui permet de la doser, puisque cette conversation fait oublier au patient douleurs et crises.

La troisième observation, chez l'enfant à la mastoïdite datant de trois ans et durant sans évoluer, sans symptôme autre qu'une sensibilité exquise au niveau de l'apophyse mastoïde, il était indispensable de *doser la suggestibilité*, en présence d'une évolution aussi déconcertante. Je la dosai au moyen de la percussion vertébrale, procédé que je décrirai plus loin et que j'utilise pour ce dosage.

Le procédé de « La percussion vertébrale » m'a permis également de doser la suggestibilité du soldat à l'ulcus, et celle de tous ceux que je montre de temps en temps à mes auditeurs de la consultation du vendredi à l'Hôtel-Dieu.

En quoi consiste ce procédé : je prends comme point de repère la VIIe vertèbre cervicale; je mesure 8 centimètres de haut en bas sur la colonne vertébrale, et je pratique au-dessous de cette limite inférieure une série de percussions avec les doigts qui frapperont assez fortement.

Avant de commencer la percussion, je demande au malade qui accuse par exemple des douleurs abdominales, de m'avertir dès qu'il aura l'impression que les douleurs abdominales diminuent d'intensité.

Si le malade ne ressent aucune douleur au moment de l'examen, je l'avertis que la percussion fera naître une sensation de chaleur ou de froid dans tel ou tel segment du corps.

Si toutes ces réponses ainsi suggérées sont positives, je suis fixé sur la suggestibilité du sujet et le traitement prescrit sera essentiellement basé sur cette suggestibilité.

Pour entretenir la suggestion favorable, une application quotidienne de mouches d'opium sur a colonne vertébrale est généralement très utile.

Repère cervical, mesure avec un ruban métrique, recherche de zones favorables, tout cela n'est qu'un ensemble de facteurs destinés à augmenter la suggestibilité.

Chacun peut adopter une méthode différente; il est bon d'en fixer une que l'on maniera d'autant mieux qu'on l'utilisera plus souvent.

J'espère vous avoir mis entre les mains une arme utile, en vous enseignant le dosage de la suggestibilité et son utilisation.

Cette arme a besoin d'être maniée avec la plus grande prudence pour ne pas devenir dangereuse pour celui qui l'emploie et celui contre qui on l'emploie.

Il ne faut pas que le médecin s'autosuggestionne lui-même; il ne faut pas qu'il se hâte de conclure trop vite que la suggestibilité du malade explique tout. Un examen long, complet, répété, est souvent préalablement nécessaire, avant d'avoir une opinion définitive. L'expérience que donne la pratique médicale facilite évidemment la tâche; et cependant il n'est pas besoin d'un temps trop long pour se convaincre de l'utilité de la méthode et pour s'habituer à la manier.

S'il est vrai que *les grandes douleurs sont muettes*, c'est-à-dire que l'expression trop bruyante des douleurs, la multiplicité des symptômes, leur durée ne sont souvent dus qu'à l'autosuggestion, dont la mise en œuvre a comme point de départ un état pathologique quelconque, il n'est pas moins vrai que les grandes douleurs ont souvent leur signification.

Le médecin consciencieux et avisé tranchera plus ou moins vite la difficulté; il la tranchera toujours.

Formulaire radiothérapique du docteur Holzknecht, traduit par les docteurs Japiot et Kuentz. Une brochure de 87 pages. — Paris, Legrand.

LES FAMILLES DES ALIÉNÉS

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Les relations entre le médecin d'asile et les parents de ses malades, sont souvent difficiles. Alors qu'en clientèle, le médecin arrive aisément à gagner la confiance des familles, s'il pratique les trois vertus du praticien que nous enseignaient nos maîtres : le savoir, le savoir-faire et le savoir-dire, l'aliéniste ne rencontre trop souvent que suspicion et défiance chez les proches des aliénés qui s'adressent à lui, après l'internement.

Tout d'abord, les parents de ses malades sont souvent eux-mêmes des déséquilibrés. Il est banal d'affirmer que l'alcoolique est marié fréquemment à une femme alcoolique ou à une débile qui n'a supporté la vie en commun avec le malade que parce qu'elle était elle-même tarée et atteinte du même vice. Les parents des épileptiques sont rarement indemnes au point de vue mental et les ascendants des déments précoces ont le plus souvent une hérédité chargée. Dès lors, on s'explique la défiance de ces gens à l'égard des médecins qui s'occupent des maladies mentales et décident des internements. L'aliéniste, de par sa fonction même, entre en conflit avec la famille, lorsqu'il maintient le malade en traitement, malgré les demandes prématurées de sortie, lorsqu'il interdit les visites à un aliéné agité et s'oppose à l'introduction dans l'asile d'instruments dangereux, et de médicaments ou d'aliments nuisibles aux malades. On ne saurait croire jusqu'où s'élève la sottise de certains parents de nos malades. En voici trois exemples :

1° La mère d'un jeune malade de la Colonie de Vaucluse âgé de quinze ans, avait obtenu de faire sortir son fils chaque dimanche. Elle amenait avec elle une prostituée de très bas étage et apportait le déjeuner. Après le repas, elle faisait pratiquer le coït par le petit malade devant ses yeux « afin, disait-elle que l'état de l'enfant s'améliore par la satisfaction de ses besoins naturels »;

2° Un épileptique de l'Asile de Montdevergues très violent, refusait de recevoir sa femme et, constamment, disait au médecin qu'il la frapperait si elle se présentait à lui. A chacune de ses visites à l'asile, la femme insistait pour être reçue du malade qui lui administra une magistrale correction le jour où, lassé, le médecin, en sa présence, permit une entrevue;

3° La femme d'un malade persécuté de mon service, lui avait apporté un couteau pour qu'il puisse se défendre contre ses ennemis et frapper ses persécuteurs imaginaires.

Il faut reconnaître aussi que les familles dans leur résistance aux avis du médecin traitant sont bien souvent soutenues par des conseillers intéressés : hommes d'affaires véreux, avoués, politiciens, etc. Je pourrais citer le cas d'un malade persécuté, interné à la suite de menaces de mort à plusieurs personnes et de voies de fait contre le directeur de sa Compagnie d'assurances et dont le délire est encouragé, même à l'asile, par sa mère, sa maîtresse, sa femme et de nombreux amis. Lorsqu'il a été arrêté à la suite de scandale et de tentative de meurtre, tous ces gens ont déclaré qu'il était dangereux et qu'ils avaient peur de lui, demandant l'internement avec insistance et un vif désir de protection. Ils sont d'accord maintenant pour réclamer une sortie prématurée en rectifiant leurs anciennes déclarations écrites et verbales et en se portant garants de la parfaite innocuité du malade et de son équilibre mental.

C'est un rôle ingrat que joue le médecin lorsque, non content de résister aux prières des aliénés, à leurs protestations et à leurs menaces, il est encore obligé de se défendre contre la mauvaise foi et la sottise de leurs familles. Il lui faut non seulement une grande expérience de tous les cas troublants de déséquilibre mental qu'il est appelé à expertiser, mais surtout une fermeté de caractère presque inexorable et une haute conscience. Il est soutenu, il est vrai, par l'idée qu'il garde de sa mission qui n'est pas seulement une profession médicale intéressante, mais encore une fonction de défenseur de la société contre les actes criminels des insensés Et puis, il existe tout de même quelques familles reconnaissantes et capables de se rendre compte de l'effort accompli par l'homme qui résiste à leurs demandes injustifiées. Il en est qui, après une rechute de la maladie, lorsque le malade est sorti, viennent remercier des soins donnés et demander des conseils. Si rares que soient ces cas de parents reconnaissants et dociles aux conseils du praticien, ils récompensent le médecin d'asile de l'ingratitude du plus grand nombre.

ACTUALITÉS

DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Il faut une certaine audace pour parler, dans un journal exclusivement réservé au monde médical, du traitement de la tuberculose pulmonaire, au sens curatif du mot. Il y a des palliatifs, des adjuvants, des médications symptômatiques, mais d'agents spécifiques ou de moyens efficaces, qui s'attaquent à la cause et la fassent disparaître, nul n'en connaît, malgré tant de consciencieux efforts et d'espoirs sans cesse déçus. D'ailleurs, cette cause, en elle-même et par elle-même, sommes-nous sûrs de l'avoir découverte ? Un nombre croissant de spécialistes semble en douter. FERRAN n'admet pas le rôle pathogène du bacille de KOCH, qu'il attribue à la forme adaptative d'un saprophyte banal; M. R. BRUNON, dans un livre impressionnant (1), va presque aussi loin, car, clinicien d'abord et paraissant ignorer les travaux de laboratoire du savant espagnol, il avoue que nous ne savons rien ou pas grand'chose du virus tuberculeux, qui n'est peut-être que l'aboutissant d'une série de microbes très répandus dans la nature. Si M. E. AUBERTIN (2) reconnaît l'existence du bacille de Koch en tant que facteur de contagion, il subordonne en revanche son rôle pathogène à la nature du terrain sur lequel il tombe, reprenant de la sorte et précisant les idées de M. Albert ROBIN. Ainsi s'affrontent deux conceptions contradictoires. L'une, celle de M. A. CALMETTE et des pastoriens, voit, dans le bacille de Koch, sa qualité, son nombre, la cause exclusive de la maladie, qui éclate, variable dans son évolution, mais indépendamment de toute circonstance de terrain; par suite les efforts de la thérapeutique doivent se concentrer contre le mi-

(1) R. BRUNON. *Causes, prophylaxie et traitements de la tuberculose pulmonaire*, Doin, Paris 1924.

(2) E. AUBERTIN. *Le développement de l'infection bacillaire chez l'homme, le rôle du terrain*, Doin, Paris 1924.

crobe; l'autre, celle des cliniciens hésite sur la nature du germe morbifique, sur la puissance de la contagion (BRUNON), mais constate que, seul, l'état organique donne de l'importance à l'infection, l'individu y résistant ou y succombant, suivant qu'il est dans de bonnes ou de mauvaises conditions d'existence. Et, dès lors, pour combattre efficacement la tuberculose, il faut s'attaquer, non pas au bacille, ubiquiste et insaisissable, mais au terrain pour le reconstituer. Entre ces deux conceptions, comment choisir, puisque, au surplus, la thérapeutique n'apporte de preuves décisives en faveur ni de l'une ni de l'autre ?

***

Les pastoriens, se proposant d'atteindre la cause, c'est-à-dire le microbe, doivent recourir aux médications spécifiques soit tuberculine, sérums et vaccins, soit agents chimiothérapiques. Or, de l'aveu : 1° de M. L. BERNARD, ni les tuberculines, ni les sérums, ni les I. K. de SPENGLER n'ont donné de résultats constants; ils ont procuré quelquefois des améliorations mais ne sont pas sans inconvénients, notamment chez les tuberculeux ayant mangé de la viande crue de cheval. « L'ensemble des faits connus et rassemblés jusqu'à présent sur les effets des médications dites spécifiques de la tuberculose, écrit cet éminent spécialiste (1), nous invite à conclure que, à l'heure actuelle, aucune thérapeutique digne d'être qualifiée de spécifique, ni comme vaccination, ni comme sérothérapie, ne peut être opposée à l'infection due au bacille de Koch; »; 2° de M. A CALMETTE, les agents chimiothérapiques n'ont pas fourni, sauf peut-être l'iode, de résultats plus encourageants, et il conclut de sa consciencieuse étude : « Il faut reconnaître que, jusqu'à présent, malgré le grand nombre d'essais qui ont été tentés pour découvrir, parmi les agents chimiques, une substance capable d'arrêter l'évolution de la tuberculose expérimentale du cobaye ou du lapin, les efforts sont restés vains (2). » Donc, pour le moment, pas de traitement antibacillaire spécifique sur lequel on puisse sérieusement compter.

L'amélioration du terrain fournit, en apparence, un tableau moins sombre. Elle est basée, au point de vue général, sur la fameuse triade, repos relatif, large aération, bonne alimentation et quelques procédés accessoires, reminéralisation ou recalcification, opothérapie... etc..., et, au point de vue local, sur l'emploi du pneumothorax artificiel surtout, dont le principe est d'ailleurs incertain puisqu'on obtient à peu près les mêmes effets par une immobilisation incomplète de l'organe. Consultons maintenant les statistiques. M. L. BERNARD vient justement d'en publier une (3) relative au pneumothorax artificiel. Sur 201 cas de tuberculose pulmonaire traités par le FORLANINI, il y eut 40 guérisons, soit 20 p. 100, 73 améliorations, soit 36 p. 100, dont un certain nombre passera peut-être dans la catégorie précédente, et enfin 88 résultats défavorables ou décès, soit 44 p. 100. Si l'on remarque que ce procédé ne s'applique qu'aux tuberculoses unilatérales et bien localisées, les succès qu'il apporte se montrent manifestement moins satisfaisants que ceux dont témoignent les statistiques sanatoriales. La moyenne de celles qui ont été fournies, en Allemagne et en Suisse, donne, en effet, 65 p. 100 de guérisons. Malheureusement, les critiques ont noté : 1° que, dans ces établissements, ne sont acceptés que les malades jugés améliorables et que ceux qui, acceptés, voient leur situation s'aggraver, sont aussitôt éliminés; 2° que, parmi les malades reçus, certains ne sont que des pseudo-tuberculeux, qui s'améliorent vite et bien et enrichissent de la manière la plus favorable les statistiques. M. E. Sergent n'a-t-il pas été amené à constater pendant la guerre, dans un centre de triage très important, que sur 100 soldats, étiquetés tuberculeux après des examens répétés, 25 à 30 en moyenne étaient indemnes de toute tuberculose; c'est que les signes cliniques qu'ils présentaient et qui permettaient de les croire bacillaires étaient en réalité des signes trompeurs. Dans ces conditions, l'action curative des sanatoriums et autres établissements analogues demeure discutable, si discutable que, dans une communication sensationnelle à l'Académie royale de médecine de Belgique (1), son Président, M. DANDOIS, la nie absolument. Il faut bien reconnaître que la grande majorité des praticiens, en France tout au moins, partage la manière de voir de son auteur, et ce n'est probablement pas sans raisons. On en arrive à n'attribuer au sanatorium qu'un seul avantage, la discipline qu'il inculque aux malades et qu'ils continuent de pratiquer quand ils en sont sortis. Toutefois cette discipline peut s'acquérir et s'acquiert effectivement ailleurs, aussi bien chez soi et dans les villes, qu'en montagne ou au bord de la mer, et, par suite, la maison de cure antituberculeuse perd son prestige et ses motifs d'efficacité.

Du reste, l'amélioration du terrain se heurte à une difficulté grave qu'a soulevée M. E. AUBERTIN. D'après cet auteur, on l'a vu, le terrain est le facteur principal de la gravité de l'infection bacillaire. Donc, il y a des terrains résistants et protecteurs, et d'autres favorisants. Malheureusement, parmi les premiers, il faudrait compter les malformations congénitales et les dystrophies acquises de l'appareil locomoteur et toutes les aptitudes générales aux réactions sclérosantes qu'on observe chez les vieillards, les viscéro-scléreux, les alcooliques, les syphilitiques etc..., tandis que, parmi les seconds, on devrait faire figurer les tissus sains et richement vascularisés, les individus jeunes et en pleine production, et aussi les diabétiques et les débilités. Si l'on prenait au pied de la lettre ces indications, il est évident que, pour enrayer la tuberculose, il importerait de rendre le sujet jeune, vieux, de l'abreuver d'alcool ou de lui faire contracter la syphilis. Ce ne sont pas là des moyens à employer et d'ailleurs personne n'y songe. Mais en voyant à quoi aboutit la logique d'un système, on s'aperçoit du peu de certitude de la thérapeutique qu'il inspire.

***

En présence de l'échec des médications spécifiques, de l'insuffisance, de l'inconstance des médications reconstituantes ou réparatrices du terrain,

(1) L. BERNARD. *La tuberculose pulmonaire*, 1921, p. 173.
(2) A. CALMETTE. Essais de chimiothérapie dans la tuberculose pulmonaire, *Revue de la tuberculose*, juin 1922.
(3) L. BERNARD. *Acad. de méd.*, 6 janv. 1925.

(1) Séance du 24 novembre 1924.

qui oserait affirmer qu'il existe vraiment un traitement curatif de la tuberculose pulmonaire? Mais nous avons à faire des constatations plus troublantes encore. En 1908, j'ai appelé l'attention de la Société de Thérapeutique sur ce fait singulier que, quel que soit le traitement employé, les résultats sont toujours sensiblement les mêmes. Sanatorium, cure marine, zomothérapie, lipoïdes, préparations organiques iodées, donnent entre 60 et 70 p. 100 de guérisons ou d'améliorations notables. C'est aussi dans cette proportion qu'agissent le pneumothorax artificiel et la reminéralisation FERRIER-adrénaline de M. E. SERGENT. Rappelons enfin qu'Albert MATHIEU obtenait de grandes améliorations passagères en administrant à ses tuberculeux de l'eau de pissenlit et L. RÉNON en leur prescrivant une série alterne de médicaments. Qu'est-ce que tout cela signifie? Cela signifie que la tuberculose est influencée par les médications les plus contradictoires, autrement dit qu'elle n'est influencée par rien que nous sachions positivement. Il y a de « bons malades » qui guérissent avec tous les traitements et même sans aucun traitement. Il y a de « mauvais malades » qui meurent quoi qu'on fasse. Question de terrain alors? Peut-être, mais nous n'en savons rien puisque, sur le même terrain et, en apparence, dans les mêmes circonstances, la tuberculose se comporte de la manière la plus différente. Pourquoi pas provenance et races de virus, cet environnement microbien dont a parlé A. K. KRAUSS? Peut-être encore, mais nous l'ignorons également.

Avouons, en toute humilité, que nous ne connaissons pas *toute* la tuberculose; nous connaissons ses manifestations et sommes capables de les dépister, mais incapables, jusqu'à présent, d'en déterminer le mécanisme et la raison. Et c'est pourquoi nous n'avons pas découvert son véritable traitement. Est-il donc inaccessible? Rien ne permet de le craindre. Seulement nous sommes, de toute évidence, dans un cul-de-sac dont il nous faut sortir et nous n'en sortirons pas tant que nous nous obstinerons à prendre des mots pour des explications et des théories verbales pour des vérités. J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1925)

Appareils pour la détermination du champ visuel anatomique par la méthode de l'image transsclérale. — MM. A. ROCHON-DUVIGNEAUD, E. BOURDELLE et J. DUBAR.

La vie sans pancréas. Effets de la suppression du traitement par l'insuline chez le chien totalement dépancréaté : coma diabétique, sa guérison par bicarbonate de soude et insuline. — M. E. HÉDON. La suppression brusque de l'insuline chez le chien dépancréaté a provoqué des accidents d'acidose très graves, ainsi qu'on l'a observé chez l'homme. L'association des injections intraveineuses de bicarbonate de soude au traitement par l'insuline permet de rétablir l'état normal à une période très avancée du coma, alors que chacun de ces agents pris isolément serait inefficace.

Rapports des nerfs avec la dégénérescence et la régénération des papilles gustatives. — M. Raoul-M. MAY.

Sur les terminaisons nerveuses dans les cancers humains. — M. R. ARGAUD. Les observations de l'auteur lui ont montré l'existence des terminaisons nerveuses dans les épithéliomas humains et leur prolifération, la multiplication de leurs ramuscules, en rapport avec l'accroissement de la tumeur.

Expériences de radiothérapie médullaire. — M. H. BORDIER. Le but de cette note est de préciser la technique radiothérapique pour irradier correctement les cellules des cornes antérieures lésées.

Il ressort nettement des expériences de l'auteur que la proportion de rayons arrivant à la moelle est beaucoup plus grande lorsqu'on fait pénétrer ces rayons dans une direction oblique et telle que le faisceau tombe perpendiculairement à la lame vertébrale; chez l'homme, cette lame a une orientation un peu différente suivant les régions. Le faisceau de rayons doit pénétrer sous un angle de 20 à 25 degrés pour le renflement cervical et de 30 à 35 degrés pour le renflement dorso-lombaire.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1925)

Insuffisance surrénale et syphilis. — M. SÉZARY rappelle ses recherches antérieures sur le rôle joué par la syphilis dans la pathologie surrénale. Mais il ne considère pas comme démontrée l'origine surrénale de l'asthénie des malades qui ont fait l'objet de la communication de M. Pautrier.

L'insuffisance surrénale hérédo-syphilitique, phénomène d'apéidose. — M. FLANDIN ajoute aux deux cas rapportés par M. Pautrier un troisième cas d'insuffisance surrénale grave chez une jeune fille de quatorze ans, hérédo-syphilitique, guéri par l'opothérie surrénale et le traitement spécifique.

A propos du zona et de la varicelle. — M. NETTER, au sujet des faits relatés par M. Lesné — inoculation avec succès de la varicelle à des enfants ayant un zona — signale qu'un auteur viennois, Leiner, a inoculé à quatre enfants du liquide vésiculaire zonateux. Le résultat fut positif chez trois d'entre eux sous la forme d'un zona apparu onze jours après l'inoculation. Tous les quatre furent exposés à la contagion varicellique et seul l'enfant qui n'avait pas eu de zona contracta la varicelle. Le même expérimentateur ayant placé dans un service de varicelleux des enfants ayant eu un zona, observa qu'aucun de ces derniers ne prit la varicelle.

M. LESNÉ ne peut que confirmer ses observations : deux sujets ayant eu un zona furent inoculés avec du virus varicelleux, ils eurent la varicelle.

Aérophagie et rhinopharyngite. — MM. AMEUILLE et TARNEAUD rapportent l'observation d'un cas d'aérophagie grave et prolongé, à retour nocturne régulier, dû à l'existence d'une sinusite purulente méconnue. Dans le décubitus du sommeil. l'écoulement de pus dans le nasopharynx entraînait la déglutition des gaz et amorçait la crise d'aérophagie. La cure radicale de la sinusite entraîna la disparition immédiate et définitive des troubles dyspeptiques. Un pareil mécanisme semble jouer fréquemment au cours de toutes les rhinopharyngites aiguës ou chroniques.

M. CAÏN cite un cas qu'il a personnellement observé. Il s'agissait d'un sujet présentant depuis l'enfance une occlusion complète des fosses nasales. La distension de la poche à air gastrique et l'aérocolie succédaient rapidement à toute ingestion : le vomissement se produisait quand la pression intragastrique avait atteint un taux suffisant. On obtint une certaine amélioration en alimentant au chalumeau.

L'évolution anatomique des anévrismes et les raisons de l'inefficacité du traitement antitréponémique. — M. Maurice RENAUD. Il est couramment admis que la production des anévrismes est secondaire à une artérite syphilitique et les malades qui en sont atteints sont presque toujours soumis à un traitement spécifique. Or, celui-ci ne conduit jamais à la guérison et les améliorations qu'on lui attribue sont généralement illusoires. Etudiant trois observations, M. Renaud cherche, dans la structure anatomique des poches et dans leur mode d'extension, les raisons de cette inefficacité du traitement.

Quelle que soit la nature de la lésion primitive on peut affirmer que la lésion, une fois constituée, ne relève pas de l'inflammation, Même s'il avait été au point de départ, le trépomène ne jouerait plus, dans la suite, aucun rôle. C'est une considération qui ne manque pas d'intérêt pratique.

De telles observations montrent, d'une part, que la structure des poches anévrismales n'est pas susceptible d'être modifiée par le traitement spécifique et, d'autre part, en raison de leur longue évolution, de la tolérance dont peut longtemps faire preuve l'organisme, il faut se montrer très circonspect quand on veut rapporter à l'influence heureuse du traitement une atténuation des accidents qui fait partie du cours normal de l'affection.

M. MILIAN, Les lésions étudiées par M. Maurice Renaud sont trop anciennes pour avoir conservé aucun caractère spécifique et il n'est pas surprenant que tout phénomène inflammatoire en ait disparu. Tout ceci n'autorise pas à dire que le traitement antisyphilitique est inutile, il empêche tout au moins l'extension des lésions.

Syndrome de la queue de cheval. Radiodiagnostic lipiodolé. Arachnoïdite adhésive. — MM. P. HARVIER et CHABRUN présentent l'observation d'un tuberculeux atteint, depuis deux mois, d'un syndrome de la queue de cheval avec anesthésie en selle des dernières paires sacrées.

La ponction lombaire donna issue à un liquide clair, de pression normale, hyper-albumineux, renfermant une quantité élevée de lymphocytes et de cellules endothéliales, dans lequel les réactions de Bordet-Wassermann et du benjoin colloïdal sont négatives.

Le lipiodol, injecté par voie sous-arachnoïdienne, dégoutte en stalactites du bord inférieur de la première vertèbre lombaire jusqu'à la première pièce du sacrum, puis s'éparpille en grains plus ou moins volumineux, suivant une direction divergente, dessinant le trajet de quelques racines de la queue de cheval.

Les auteurs concluent à un processus d'arachnoïdite adhésive étendu du cône médullaire à la région sacrée et cloisonnant l'espace sous-arachnoïdien.

Névrites et pseudo-tabès arsénobenzéniques. — MM. SÉZARY et CHABANIER rapportent plusieurs observations de névrites arsénobenzéniques survenant chez des syphilitiques traités et simulant le tabès.

Il importe de faire un diagnostic différentiel précis, car la conduite thérapeutique est absolument opposée dans l'un et l'autre cas. La suspension de l'arsenic permet en effet une guérison progressive du pseudo-tabès, les réflexes achilléens demeurant longtemps abolis.

La sensibilité spéciale des malades à l'arsenic, la répétition prolongée des doses, l'injection massive du médicament, son introduction sous-cutanée sont autant de facteurs qui prédisposent aux névrites arsénobenzéniques.

Intoxication mortelle par le véronal; avortement. — MM. L. RIVET, Ch. JANY et M. HERBAIN relatent un cas d'intoxication par absorption massive de 10 grammes de véronal Merck. La mort survint, au bout de soixante-dix heures d'un coma absolu, pendant lequel la malade fit un avortement de quatre mois environ. Le véronal fut décelé dans les urines par la méthode de Fabre. Les pharmaciens pouvant délivrer le véronal sans ordonnance, on s'explique que les cas de ce genre se multiplient.

Méningococcémie avec méningite à méningocoque B. Auto-vaccinothérapie. — MM. ETIENNE, FRANCFORT et DOMBRAY. Observation d'un cas extrêmement grave mais influencé par le sérum polyvalent; puis chocs très graves par la sérothérapie spécifique antiméningocoque B. Evolution sous la forme cachectisante prolongée; Guérison absolue en quelques jours par un autovaccin.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1925)

Appareil d'orthopédie nasale. — M. Marcel DARCISSAC présente trois malades porteurs d'un appareil qui permet de faire de la contention postopératoire dans le traitement des difformités nasales, de corriger les déviations nasales de l'enfance, enfin de réduire et de contenir les fractures récentes du nez.

Note sur la vaccinothérapie des affections buccales et paradentaires. — M. DUCHANGE. Les stocks-vaccins agissent dans la bouche surtout comme pansements microbiens et non comme vaccins dans les lésions de cause locale et exogène : ostéites, abcès chroniques circonscrits, pyo-arthrites d'irritation, etc.; dans ces cas leur action paraît préférable aux antiseptiques chimiques locaux.

Note sur la pathologie des glandes salivaires. — M. RAISON, refaisant l'historique de la maladie de Mikulicz, attire l'attention sur le fait que ce qui est décrit sous le nom de syndrome de Mikulicz est très différent de la maladie que Mikulicz a décrit et que la tuméfaction symétrique des glandes salivaires et lacrymales reconnaît des étiologies très diverses : syphilis, intoxications chroniques légères et répétées.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE

SA LÉGITIMITÉ
PROCÉDÉ SIMPLE ET PRATIQUE POUR L'OBTENIR

Il apparaît maintenant à beaucoup de médecins et d'accoucheurs qu'au siècle de l'anesthésie, alors que l'avulsion d'une dent est indolore, il est anachronique d'assister impuissant et désarmé devant les affres parfois si longues et si poignantes de l'enfantement. Cette douleur, comme les autres, il est donc légitime de la supprimer ou de l'atténuer *si l'on peut le faire sans porter atteinte à la physiologie de l'accouchement*, c'est-à-dire sans le modifier dans sa marche normale et *sans nuire à l'enfant*.

C'est là le but à atteindre et qui semble l'être par la nouvelle méthode dont le docteur Raillon a fait l'objet de sa thèse inaugurale (1).

Pour cet auteur, l'analgésique doit être suffisamment actif sur la perception douloureuse, sans agir fâcheusement sur la contraction, il ne doit pas incommoder la mère ni, surtout, mettre en péril l'enfant. Enfin, pour qu'elle puisse vraiment réaliser son but, pour qu'elle ait un réel intérêt pratique, pour ne point rester un procédé de luxe à l'usage exclusif de cliniques spécialisées, il faut qu'une telle méthode soit facile à mettre en œuvre, que le produit en usage se présente sous une forme simple, que son emploi soit facile, n'exige ni compétence spéciale, ni apprentissage préalable. Ces qualités semblent réunies dans la préparation dite *hémypnal* qui a déjà fait l'objet d'une publication du professeur Rossier (2), d'une communication du professeur Hamm (3), et dont M. Raillon a étudié les effets au cours d'un grand nombre d'accouchements dans le service de M. le docteur Dujol à la maternité de Saint-Etienne.

L'hémypnal a été administré sous forme de cachets et de suppositoires; l'effet obtenu est sensiblement le même avec l'une et l'autre forme, mais pour des raisons de tolérance et de commodité, le suppositoire semble marquer une certaine supériorité. Pour la bonne réussite de l'analgésie, un point essentiel sur lequel revient et insiste l'auteur est de ne pas administrer le premier cachet ou le premier suppositoire avant que la dilatation ne soit entre 1 et 2 francs. Voici maintenant quelles sont les conclusions de cette étude :

I. L'hémypnal produit au cours du travail un effet analgé-

(1) H. RAILLON. Essai sur une nouvelle méthode d'analgésie obstétricale au moyen d'une association médicamenteuse hypno-analgésique : trichloro-butylalcool-diallylmalonylurate d'éthylmorphine (hémypnal), *Th. de Lyon*, 1923.

(2) G. ROSSIER. Diminution de la douleur dans l'accouchement par un nouvel analgésique. *Gaz. méd suisse*, 1921, n° 11.

(3) A. HAMM. *IIIe Congrès de l'Assoc. des gyn. et obst. de langue franç.*, Genève, 9-11 août 1923 (Discussion des procédés d'anesthésie au cours de l'accouchement.)

sique très satisfaisant dans 65 p. 100 des cas environ, insuffisants ou douteux dans les autres.

II. Aux doses normales il est parfaitement inoffensif pour la mère comme pour l'enfant.

III. Il n'a aucune influence défavorable sur la délivrance ou les suites de couches.

IV. Il n'arrête pas le travail lorsque celui-ci est bien déclanché; on doit donc attendre pour l'administrer que la dilatation soit au moins à 1 franc. Dans les cas d'hypertonie utérine, il agit même comme un véritable ocytocique (1).

V. Sa seule contre-indication formelle est la tendance à l'inertie utérine.

VI. Son innocuité et son administration facile en font la méthode de choix pour les praticiens dont les occupations ne permettent pas la surveillance ininterrompue de leur parturiente pendant toute la durée du travail.

Telle est la méthode; il est à souhaiter que par sa généralisation, en écartant de nombreuses femmes l'épouvantail d'un accouchement douloureux, elle concourre à relever notre natalité défaillante.

LIVRES NOUVEAUX

Cliniques dermatologiques (2), par le docteur L. Brocq.

Voici un très beau et très bon livre. M. Brocq a réuni en un volume splendidement illustré les cliniques professées par lui dans les hôpitaux de Paris, à la Rochefoucauld, Broca, Pascal, Saint-Louis, et plus récemment à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Si l'on veut bien se souvenir que certaines de ces leçons datent de 1896 et qu'elles paraissent écrites d'hier, on demeurera confondu d'admiration devant cet enseignement qui a subi victorieusement l'épreuve du temps.

L'auteur distingue deux groupes de dermatoses, celles dont l'étiologie est connue (causées par des agents traumatiques, des agents toxiques ou des êtres vivants) et celles dont on ignore l'origine, il les classe d'après leur aspect objectif, sous le titre de réactions cutanées. Toutes ces dermatoses reconnaissent des causes multiples, variables suivant les sujets et les prédispositions d'origine ancestrale, les prédispositions acquises à la suite d'intoxications accidentelles ou habituelles, de dysfonctionnement des divers organes producteurs de substances nécessaires à l'organisme. Ces conditions que nous appelons les terrains individuels ont une influence considérable dans l'un et l'autre groupes de dermatoses et ce sera, si l'on veut, la justification *a posteriori* du principe que dans cette étude on doit se garder d'en rester aux vérités théoriques, si incontestables qu'elles soient.

Ajoutons que la « marque » de l'auteur se retrouve à chaque page, par la forme imagée, rapide, vivante, polémique même, qu'il a su donner à son exposition; qu'il a joint au texte une soixantaine des plus belles photographies des collections de Saint-Louis.

(1) Cf. à ce sujet : E. Weber. La rigidité du col de la matrice et son traitement médical, *Le Médecin d'Alsace-Lorraine*, 16 oct. 1923, n° 20.

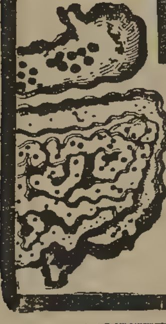
(2) Un vol. gr. in-8 ill. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

QUESTION D'INTERNAT (écrit)

FORMES CLINIQUES DES PARAPLÉGIES DE L'ADULTE [1]

c. Les **radiculites** peuvent relever de diverses infections et intoxications, et notamment de la syphilis. Mais, ainsi que nous aurons occasion de le redire plus loin, elles sont dues

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 16, p. 266.



plus souvent à une compression, soit par une pachyméningite spinale, soit par une tumeur ou une lésion osseuse.

Elles se traduisent cliniquement par des troubles sensitifs (les racines postérieures étant les plus touchées ordinairement), soit subjectifs : douleurs spontanées, lancinantes, paroxystiques, à type pseudo-névralgique; soit objectifs : hypoesthésie ou anesthésie, plus souvent qu'hyperesthésie. La topographie des troubles moteurs, comme celle des troubles sensitifs, affecte le type radiculaire.

d. **Poliomyélites : paraplégies par lésions des cornes antérieures de la moelle.** — Le type en est la poliomyélite antérieure aiguë, maladie de Heine-Medin, qui, à côté de la paralysie spinale infantile, affection qui s'observe surtout dans la première enfance, comprend de nombreux cas survenus chez des adultes.

On connaît la description classique : paralysie flasque avec abolition complète de la motilité volontaire et des réflexes tendineux, atrophie musculaire rapide et troubles des réactions électriques, mais sans troubles sensitifs, ni sphinctériens, le tout survenant à la suite de phénomènes infectieux fébriles et évoluant en deux phases : une première phase brutale frappant d'emblée un très grand nombre de groupes musculaires et pouvant par conséquent réaliser entre autres une paraplégie complète, et une deuxième phase de régression où les phénomènes paralytiques se limitent à quelques groupes musculaires, et en particulier dans le type paraplégique, aux muscles de la loge antéro-externe de la jambe.

Mais les travaux récents ont montré que surtout chez l'adulte cette description schématique, répondant à une poliomyélite antérieure pure et strictement localisée, était loin de correspondre toujours à la réalité, que les lésions étaient en effet plus diffuses, qu'il s'agissait d'une véritable méningomyélite due au virus filtrant de Landsteiner et Popper, d'où la possibilité de signes méningés, de troubles sensitifs (douleurs plus ou moins intenses) et même de symptômes d'irritation du faisceau pyramidal, tels que l'exagération des réflexes et le signe de Babinski.

B. **Paraplégies par altération des neurones centraux.** — Elles peuvent être spasmodiques, cas le plus fréquent, ou plus rarement flasques. On ne constate jamais d'amyotrophie véritable ni de troubles des réactions électriques des nerfs ou des muscles.

Suivant les cas, le faisceau pyramidal est atteint dans son trajet intracérébral, ou dans son trajet médullaire, d'où deux nouvelles variétés d'inégale fréquence.

a. **Paraplégies d'origine cérébrale.** — Elles sont plutôt rares, surtout chez l'adulte; elles nécessitent, en effet, une lésion simultanée des deux lobules paracentraux, centres corticaux des mouvements des membres inférieurs.

Cette lésion peut être réalisée par un *traumatisme*, blessure du vertex à direction tangentielle, ordinairement par balle. En général, après une période initiale d'inhibition commotionnelle diffuse des centres nerveux déterminant une paraplégie flasque, absolue, avec troubles sphinctériens, la paralysie évolue le plus souvent, lorsqu'il y a survie, vers le type spasmodique, avec dans certains cas coexistence de symptômes d'incoordination cérébelleuse, dont l'origine est encore mal élucidée.

A côté du traumatisme, il faut faire place aux lésions corticales bilatérales, telles que plaque de méningite, surtout syphilitique, gomme médiane ou tubercule empiétant sur les deux lobules, auxquels cas il existe souvent des signes d'irritation du cortex : convulsions bravais-jacksonniennes, et des signes d'hypertension, céphalée, stase papillaire.

Dans la *paralysie générale*, la paraplégie est tardive et est associée à celle des membres supérieurs : c'est alors au sens propre du mot une paralysie générale. Il s'agit, soit de paraplégie spasmodique, soit de paraplégie avec abolition des réflexes rotuliens en cas de tabes associé.

L'*hémorragie cérébrale* ou le *ramollissement* peuvent encore donner lieu à une paraplégie véritable. Mais on sait que les paraplégies par ramollissement, ou d'origine lacunaire, sont surtout fréquentes chez les vieillards. De même, à l'opposé, nous laissons de côté la maladie de Little qui persiste jusqu'à l'âge adulte mais qui est une affection congénitale débutant par conséquent dans la première enfance.

b. **Paraplégies d'origine médullaire.** — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. Tantôt flasques, tantôt surtout spasmodiques, elles peuvent être dues, soit à des lésions diffuses, soit le plus souvent à des lésions localisées à un étage médullaire, d'où l'adjonction de symptômes spéciaux variables suivant l'étage atteint, cervical, dorsal ou lombaire.

Paraplégie cervicale (C_1 à C_6). — Associée à une paralysie des membres supérieurs, et surtout atteinte des muscles respiratoires et notamment du diaphragme, dans les lésions de la moelle supérieure (nerf phrénique).

Troubles oculo-pupillaires (Cl. Bernard-Horner) si lésion de la moelle cervicale inférieure (segments C_8 D_1).

Lorsque la lésion atteint le renflement cervical, la paralysie des membres supérieurs est à type radiculaire (supérieur ou inférieur) avec atrophie musculaire.

L'étude des réflexes permet de localiser la lésion.

Réflexe radial : Ve segment cervical.

Réflexe cubito-pronateur : VIe segment cervical.

Réflexe olécranien : VIIe segment cervical.

Paraplégie dorsale (C_7 à D_{10}). — Flasque ou spasmodique.

Paralysie des muscles du tronc sur une hauteur variable.

Dans le type spasmodique, les réflexes tendineux et de défense présentent une netteté particulière.

Paraplégie lombaire (D_{11} à L_1). — Flasque le plus souvent, avec abolition des réflexes.

Réflexe rotulien : IIIe segment lombaire.

Réflexe achilléen : 1er segment sacré.

Paraplégie lombo-sacrée (L_1 et au-dessous). — Exceptionnellement atteinte de la moelle ou du cône médullaire. Généralement, il s'agit d'une lésion des racines de la *queue de cheval* : donc paraplégie de type périphérique avec abolition du réflexe achilléen et des réflexes cutanés, crémastérien et plantaire. Les troubles sensitifs consistent en douleurs vives de la région lombo-sacrée et sciatique, en anesthésie de la face postérieure et externe des cuisses, des jambes et des pieds, et des fesses et organes génitaux (anesthésie en selle). Incontinence des sphincters.

Ces paraplégies médullaires peuvent relever de multiples causes, traumatismes, compressions, myélites, scléroses, etc., qui chacune apporte au tableau clinique des caractères particuliers.

I. **Paraplégies médullaires par traumatisme.** — Trauma direct (arme tranchante ou projectile) ou indirect (fracture ou luxation du rachis).

Leur histoire a été surtout précisée pendant la guerre, notamment en ce qui concerne le diagnostic entre section totale et section incomplète.

A la suite du trauma on observe :

1° Période de *coma médullaire* immédiat.

Paraplégie flasque, absolue, au-dessous de la lésion, avec anesthésie complète, abolition des réflexes tendineux et cutanés. Le réflexe plantaire se fait en flexion, mais est lent et tardif.

Pas de réflexes de défense. Les troubles vaso-moteurs, œdème violacé, température locale élevée, sécheresse de la peau, sont fréquents. La rétention d'urine s'accompagne ordinairement d'incontinence anale.

A cette période aucun signe ne permet de distinguer la section incomplète de la section totale.

2° Période, si le blessé survit, d'*automatisme médullaire*, caractérisée par l'apparition et l'intensité des réflexes de défense, l'apparition de mouvements automatiques spontanés, de mictions réflexes.

Si la section est incomplète, cette phase est plus précoce et surtout les réflexes tendineux réapparaissent, la paraplégie devient spasmodique. Enfin, signe capital, on constate le retour de la *conductibilité médullaire* : réapparition de quelques mouvements volontaires et de quelques sensations superficielles ou profondes.

En cas d'hémisection de la moelle, on observe le *syndrome de Brown-Séquard* : hémiparaplégie motrice avec anesthésie profonde et hyperesthésie superficielle du côté de la lésion et anesthésie superficielle du côté opposé. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT EN PHARMACIE. — Sont désignés pour faire partie du jury du prochain concours de l'internat en pharmacie : MM. Crut, Tiffeneau, Bougault, Fabre, Vaudin.

CONCOURS DE L'INTERNAT DE NANTERRE. — *Composition écrite.* — Question donnée : « Complications des varices des membres inférieurs. »

Lecture des copies. — Ont obtenu : MM. Clercy, 17; Cliquet, 15; Favier, 13; Hiély, 17; Jaïs, 16; Lançon, 14; Méraud, 13.

Oral. — Séance du 27 février 1925. — Ont obtenu : MM. Clercy, 16; Cliquet, 14; Hiély et Jaïs, 17; Jean, 16; Lançon, 15.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — DIJON. — M. David est prorogé, pour l'année scolaire 1924-1925, à dater du 1er novembre 1924, dans les fonctions de professeur suppléant d'histoire naturelle.

M. le docteur Traversier, suppléant des chaires de pathologie interne et de clinique médicale, est chargé du cours de pathologie interne pendant la durée du congé de M. Jacquenet.

— MARSEILLE. — M. Jourdan (Etienne), ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

— NANTES. — Un concours s'ouvrira, le 19 octobre 1925, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— Un concours s'ouvrira, le 19 octobre 1925, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pathologie externe à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— Un concours s'ouvrira, le 22 octobre 1925, devant la Faculté de médecine de l'Université de Paris, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— ROUEN. — M. Brunon est nommé professeur et directeur honoraires.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Schutzenberger, médecin des asiles, classé avec le n° 6 sur la liste des candidats reçus au concours de 1924, a été nommé médecin chef de service à l'asile d'aliénés de Pontorson (Manche), en remplacement de M. le docteur J. Reboul-Lachaux, non installé. (*J. O.*, 4 mars 1925.)

CENTRE ANTICANCÉREUX DE TOULOUSE. — Sont nommés : MM. Escat, chef du service d'oto-rhino-laryngologie; Martin, chef du service des voies urinaires; Nux, chef du service de stomatologie; Garipuy, chef du service de radiumthérapie appliquée à la gynécologie. (*J. O.*, 1er mars 1925.)

MARINE. — Sont promus :
Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Barthe.
Au grade de médecin principal. — M. Feret.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de bronze.* — M. le docteur Jules Pastour (de Constantine).

VIe CONGRÈS ITALIEN DE RADIOLOGIE MÉDICALE. (Trieste, 7-10 mai 1925.) — Ce Congrès aura lieu à Trieste, du 7 au 10 mai 1925. Les sujets fixés par l'assemblée de la Société italienne de radiologie médicale au dernier Congrès de Palerme sont les suivants :

1. « Radiologie des voies biliaires ». Professeur Pasquale Tandoia (Naples).
2. « Radiologie des affections de la plèvre ». Professeur Giacomo Pesci (Gênes).
3. « Radiothérapie des glandes endocrines ». Professeur Eugenio Milani (Rome).

Le Président du Congrès est le docteur Massimiliano Gortan, Ospedale Civico Regina Elena à Trieste, qui reçoit les inscriptions jusqu'au 31 mars. Le secrétaire est le professeur Mario Ponzio, Ospedale Mauriziano, Turin.

CINQUIÈME SALON DES MÉDECINS. — Nous rappelons, avec plaisir, à nos lecteurs qu'il ouvrira le dimanche 15 mars pro-

chain, à 2 heures de l'après-midi, sous la présidence promise de M. J. Godard, ministre de l'Hygiène, au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, et que, jusqu'au vendredi 27 mars inclus, il sera ouvert gracieusement tous les matins, de 10 heures à midi et l'après-midi, de 2 à 5 heures, à tous les médecins, pharmaciens, chirurgiens dentistes, vétérinaires, étudiants ainsi qu'à leurs familles.

Enfin, un banquet suivi d'une soirée musicale le clôturera le dimanche soir 29 mars, à 7 h. 1/2, à l'Hôtel Lutetia.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Paul Rabier, secrétaire organisateur, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe).

ERRATUM. — Répartition des services hospitaliers (*Gaz. des hôpit.*, 28 fév. 1925, n° 17, p. 277, 1re col.), hôpital des Enfants-Malades, chef du laboratoire de la diphtérie : *M. G. Boulanger-Pilet* et non M. Marie.

— Dans l'article « Quelques remarques sur trois cas de torsion de l'hydatide de Morgagni », par J. Denoy et J. Codet, publié dans le numéro du 17 février 1925 de la *Gazette des hôpitaux*, il n'a pas été mentionné que l'observation n° I avait été rapportée à la Société de chirurgie le 15 octobre 1924 par M. le docteur Albert Mouchet. Nous tenons à réparer cet oubli et nous ajouterons que c'est M. Albert Mouchet qui décrivit le premier, en France tout au moins, une variété d'orchite subaiguë des enfants due à une torsion de l'hydatide sessile de Morgagni et cela dès 1922 ; il en a tracé une étude clinique complète en avril 1923 à la Société de chirurgie.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE CONCOURS DE L'INTERNAT ET LES ÉTUDES CLINIQUES

A la dernière réunion du Comité de l'Association des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris, M. Jayle a remis à M. le professeur Pierre Teissier, président, une proposition qui sera lue avec le plus vif intérêt par tous les candidats à l'internat :

« L'Ecole de l'internat de Paris est avant tout une Ecole de cliniciens. Sans nier aucunement l'importance des connaissances théoriques, il n'en reste pas moins établi que la pratique de la médecine demande essentiellement une expérience clinique très approfondie.

Pour des raisons qu'il est inutile d'énumérer, le concours de l'internat a lieu sur des épreuves théoriques. La préparation de ces épreuves développe d'ailleurs des qualités d'exposition et de méthode qui sont de première importance. Mais il faut bien reconnaître qu'il est regrettable que la masse des concurrents ne permette pas une épreuve clinique.

C'est dans le but de compenser pour une part cette absence d'épreuve clinique que le Comité a demandé que l'inscription au concours de l'internat ne puisse se faire qu'au cours de la deuxième année d'externat.

Toujours dans le but de favoriser l'étude de la clinique, je me permets de proposer au Comité de l'Association de l'internat un amendement au règlement actuel, d'après lequel serait conféré d'emblée à tous les provisoires l'admissibilité aux épreuves orales, à l'exemple du concours de Saint-Cyr.

Le concours actuel comprend deux épreuves : une épreuve écrite et une épreuve orale.

L'épreuve écrite comporte l'admissibilité. Il en résulte que si, par suite de circonstances diverses et fâcheuses, un candidat ayant une ou deux années de provisoriat et par conséquent un certain acquit clinique ne réussit pas cette composition, il pourra être supplanté par un candidat se trouvant dans sa deuxième année d'externat et ayant peut-être complètement négligé l'hôpital pour s'adonner entièrement à la préparation théorique des questions. Rien n'est plus injuste qu'un système aboutissant à ce résultat, alors que chacun sait que si le concours était recommencé, la liste de nomination subirait certainement des modifications. En 1899, alors qu'il restait 60 copies à lire et que 147 étaient déjà lues, ces 60 dernières furent détruites. Normalement le concours était à recommencer. Personne ne le voulut et on fit un second concours limité aux 60 candidats dont les copies n'existaient plus. Ce fait démontre péremptoirement toute la part de chance qui existe dans le concours de l'internat.

Il faudrait que le candidat ayant un certain acquit clinique ait l'avantage de se faire juger sur l'ensemble du concours, c'est-à-dire sur les épreuves écrites et orales. On peut réaliser ce desideratum par le procédé suivant :

L'épreuve écrite est la même pour tous les candidats, comme actuellement. Elle est anonyme et les notes ne sont pas données.

Tous les provisoires prennent part à l'oral, aucun d'eux n'étant éliminé par la seule épreuve écrite. Les notes sont données et le classement se fait comme actuellement.

Il n'y a pas d'inconvénient appréciable à ce système. Il suffit d'augmenter légèrement le nombre des admissibles à l'oral et, si quelques jeunes y perdent quelques rares places une première fois, ils seront en revanche avantagés une seconde fois.

L'Administration ne saurait qu'approuver ce système. Il est évident que les internes sont faits pour les malades et que, par conséquent, des internes ayant de la pratique dès le début de leurs fonctions sont toujours supérieurs, pour les malades, à des internes très brillants sans doute mais pouvant n'avoir que des connaissances théoriques. Et ces internes brillants le resteront, même si les circonstances les ont obligés à faire une année de pratique de plus avant leur titulariat.

L'adoption de ce projet, sans rien bouleverser, éviterait ces injustices criantes qui peuvent faire retomber dans l'externat des provisoires de deuxième ou troisième année, sur le simple tirage d'une question théorique. En permettant aux provisoires de jouer leur chance sur l'ensemble du concours, on ferait une œuvre juste et utile.

F. JAYLE. »

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 9 AU 14 MARS 1925)

THESES

Lundi 9 mars. — Jury : MM. Delbet, président; Roger, Lardennois et Binet. — M. CHABANIER. Du rôle du vin dans le diabète. — M. FONTAINE. Etude du traitement du pied bot chez le nourrisson.

Mardi 10 mars. — Jury : MM. Widal, président; Lejars, Aubertin et Lian. — M. DUSSUEL (P.). Etude des kystes de la cloison recto-vaginale. — M. PANIS. Le traitement chirurgical des fractures du tibia. — M. BAZOUGE. Etude de la gangrène du poumon.

Jeudi 12 mars. — Jury : MM. Guillain, président; Sicard, Villaret et de Jong. — M. DERRIEN. Etude de l'anatomie pathologique des syndromes parkinsonniens. — M. SELIGMANN. Polynucléose et bacille céphalo-rachidien dans la granulie. — M. VALIÈRE. Etude des troubles oculaires sensoriels.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Achard, Robin, Nicolas, Moussu et Henry. — M. AUGUSTIN. Le chlorure de sodium dans le sérum du cheval. — M. VELOPPÉ. Traitement de la strongylose bronchique des bovidés.

RENSEIGNEMENTS

CABINET DE CONSULTATION ET SALON à sous-louer 3 fois par semaine, IVe arrond. — Ecrire J. R..., au Journal.

REVUE GÉNÉRALE

LE VOLVULUS DU DIVERTICULE DE MECKEL

Par M. le docteur GUIBÉ,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Caen.

Parmi les accidents auxquels donne lieu le diverticule de Meckel, le plus grave et peut-être aussi le plus fréquent est sans contredit l'occlusion intestinale. Mais cette occlusion reconnaît les mécanismes les plus divers et il suffit de parcourir un travail important sur la question pour voir combien multiples et combien variés sont les modes d'occlusion réalisés.

Or, parmi ces modes divers, il en est un qui est relativement assez fréquent : c'est le volvulus. Mais il s'agit ici de bien s'entendre. Le volvulus, en cas de diverticule de Meckel, peut porter indifféremment, soit sur l'intestin grêle, soit sur le diverticule lui-même, soit enfin et plus rarement sur les deux à la fois.

Laissons de côté cette dernière variété sur laquelle nous aurons à revenir. Des deux autres variétés, le volvulus de l'intestin grêle est de beaucoup la plus fréquente, et, s'il était entré dans notre pensée d'étudier cette variété, nous en aurions facilement réuni un grand nombre de cas. Tandis que, dans le volvulus vrai du diverticule de Meckel (volvulus Diverticuli Meckelii), la torsion porte sur le diverticule lui-même, dans le cas de volvulus de l'intestin grêle la torsion s'effectue au niveau d'une anse grêle, soit que le diverticule, d'une manière quelconque, puisse être considéré comme la cause efficiente du volvulus (volvulus a Diverticulo Meckelii), soit qu'il ne soit là que comme un véritable épiphénomène sans relation appréciable avec le volvulus (volvulus cum Diverticulo Meckelii).

Résolument, nous laisserons de côté tous ces cas pour nous occuper exclusivement de ceux où le volvulus porte sur le diverticule lui-même, soit que le diverticule soit seul le siège du volvulus, cas le plus fréquent, soit qu'il porte à la fois sur le diverticule et sur l'intestin grêle.

Il était important de faire cette distinction. Ainsi, au Ier Congrès yougo-slave de médecine opératoire (Belgrade 1911), nous avons trouvé une communication de M. Djourdjevitch, médecin principal de l'armée serbe, intitulée volvulus diverticuli Meckelii; il y avait deux cas opérés. Nous avons écrit à l'auteur qui, avec une grande obligeance dont nous lui sommes reconnaissant, nous a envoyé ses deux observations. Or, à notre grand désappointement, nous nous sommes aperçu qu'il s'agissait là justement de volvulus de l'intestin grêle par diverticule de Meckel et non de volvulus de ce diverticule.

Étiologie. — 1° **Fréquence.** — Le volvulus du diverticule de Meckel, volvulus vrai, est une affection très rare.

Si nous envisageons tout d'abord la fréquence des occlusions intestinales par diverticule de Meckel par rapport aux occlusions en général, nous trouvons les chiffres suivants :

Leichtenstern		5 %
Duchaussoy		7 %
Hilgenreiner (en cas d'occlusion aiguë à type d'étranglement interne) :		
Chez l'homme		30 %
Chez la femme		12 %
Choline (in Oppokoff)	3 sur 43 cas	7 %
Scudder	9 sur 121 cas	7,4 %
Ier Congrès yougo-slave	7 sur 124 cas	5,6 %

Or, il est facile de se rendre compte que le volvulus du diverticule de Meckel ne constitue qu'une infime partie de ces cas d'occlusion.

En réalité, y compris notre cas, nous n'avons pu guère en réunir que 26 cas, plus quelques cas douteux.

2° **Nationalité.** — Si nous ne tenons pas compte des cas très douteux d'Anschütz, de Lance et de Lilley et Riedel, nous trouvons sur 26 cas les notions suivantes :

En France, 2 cas seulement (Fayollet, Guibé).
En Allemagne, 11 cas.
En pays anglo-saxons, 13 cas.

Y a-t-il une prédisposition spéciale de certaines races pour le volvulus du diverticule de Meckel ? On sait que pour les volvulus en général certaines races (slaves et scandinaves) sembleraient plus prédisposées que d'autres. Il est certain, en effet, que dans ces pays la proportion des volvulus aux autres causes d'occlusion intestinale est énorme. Mais y a-t-il là une prédisposition ethnique ou simplement la conséquence d'une manière de vivre particulière? Il semble qu'il faille plutôt adopter cette deuxième manière de voir. Adjaroff faisait remarquer, en effet, au Ier Congrès yougo-slave de chirurgie que dans la péninsule balkanique, où les cas de volvulus sont très fréquents, toutes les races sont frappées indistinctement (Slaves, Turcs, Grecs, etc.) parce que chez tous les conditions de vie sont sensiblement identiques.

Il est vrai qu'ici la question est un peu plus complexe. La fréquence des accidents dus au diverticule de Meckel doit être proportionnelle à la fréquence de ce diverticule lui-même. Plus ce diverticule est fréquent, plus le volvulus a chance de se rencontrer. Or, il ne semble pas que les auteurs qui ont étudié la fréquence de ce diverticule aient noté de notables différences entre les diverses races.

3° **Sexe.** — Une chose est bien nette, c'est la grosse prédominance du sexe masculin (19 cas) sur le sexe féminin (5 cas). C'est d'ailleurs conforme à ce que l'on sait de la plus grande fréquence du diverticule chez l'homme.

Notre proportion est, en effet, sensiblement analogue à celle qu'indiquent Forgue et Riche (1 sur 5).

4° **Age.** — On sait que les accidents que provoque le diverticule de Meckel apparaissent d'assez bonne heure, presque toujours avant vingt ans.

Cazin admettait déjà que les sujets qui succombent aux divers accidents occasionnés par la présence d'un diverticule disparaissent généralement de bonne heure. Sur 200 cas d'occlusion intestinale par diverticule, Forgue et Riche en trouvent 142 avant trente ans.

Voici les chiffres qu'ils donnent :

De 0 à 5 ans	34	14 %
De 6 à 10 ans	33	14 %
De 11 à 15 ans	22	9 %
De 16 à 20 ans	39	16 %
De 21 à 30 ans	57	23 %
De 31 à 40 ans	29	12 %
Plus de 40 ans	29	12 %

Nos chiffres sont les suivants :

De 0 à 5 ans.........	6	22,2 %
De 6 à 10 ans.........	2	7,4 %
De 11 à 15 ans.........	4	14,8 %
De 16 à 20 ans.........	2	7,4 %
De 21 à 30 ans.........	8	29,6 %
De 31 à 40 ans.........	2	7,4 %
Plus de 40 ans.........	3	11,1 %

On voit que si nos chiffres ne concordent pas détails pour détails, ce qui tient sans doute au trop petit nombre de nos cas, ils concordent fort bien en gros.

En particulier, nous voyons qu'avant trente ans il y a eu déjà 76 p. 100 des cas (Forgue et Riche), 81,5 p. 100 (Guibé), chiffres très rapprochés de celui d'Hilgenreiner (70 p. 100) et de Boldt (73 p. 100).

Tous les âges peuvent être observés depuis l'enfant de deux jours de Cawardine jusqu'au vieillard de soixante-dix ans de Campbell.

5° **Causes du volvulus.** — Il est très rare de trouver une cause directe à la crise de volvulus. Presque toujours le début s'en est fait brusquement, le jour ou même la nuit, sans aucune cause appréciable.

Notons d'abord deux cas (Cawardine et Ketteler) de volvulus chez des nouveau-nés ou à peu près.

Dans seize autres cas, il est spécifié que le début s'est fait sans cause aucune.

Ce n'est que dans quatre cas qu'on trouve une cause. Dans le cas de Kryger, les accidents auraient succédé à une chute sur le bas-ventre. Dans trois autres cas on note seulement un repas copieux ou indigeste.

Mais, si nous ne trouvons pas de cause immédiate à la crise, du moins il est un fait essentiel à remarquer, c'est que très souvent on signale dans l'histoire clinique parmi les antécédents des troubles du côté du tube digestif, insuffisants à la vérité pour permettre un diagnostic, mais qui sont la preuve que le volvulus était ébauché de temps en temps et que la crise terminale n'a été qu'une crise plus accentuée que les autres.

Nous trouvons ces accidents signalés dans dix observations. Ils peuvent consister en dyspepsie (Fox), en crises de péritonite (van Sweringen). Mais ordinairement ils se révèlent sous forme de douleurs dans le côté droit (fosse iliaque ou flanc) revenant sous forme de crises à intervalles variés, volontiers accompagnées de vomissements et prises habituellement pour des coliques hépatiques (Sailer et Frazier, Parker et Fayollet).

Anatomie pathologique. — Il importe beaucoup, avant de commencer l'étude anatomique des volvulus du diverticule de Meckel, de bien préciser ce que nous entendons sous ce titre.

Nous avons déjà dit que nous n'étudierons ici que les cas où la torsion porte sur le diverticule de Meckel lui-même et non ceux où un diverticule s'insère sur une anse d'iléon tordue.

Or, dans les volvulus du diverticule de Meckel ainsi limités, nous devons distinguer deux groupes de volvulus :

Les volvulus simples, c'est-à-dire ceux où la torsion porte uniquement sur le diverticule et où cette torsion se trouve être la cause unique des phénomènes péritonéaux et intestinaux observés ;

Les volvulus compliqués, c'est-à-dire ceux où, outre la torsion du diverticule de Meckel, il existe une autre cause d'occlusion intestinale, ces cas pouvant se subdiviser en volvulus multiples (outre le volvulus du diverticule, il existe un autre volvulus sur l'intestin grêle) et en volvulus complexes dans lesquels il existe une autre cause d'étranglement sous la dépendance directe du diverticule et non pas seulement coïncidant avec son existence.

Les volvulus simples comprennent donc uniquement les cas où la torsion siège sur le diverticule lui-même, mais ils présentent eux-mêmes deux variétés, suivant que le diverticule est libre ou adhérent par son extrémité, quelle que soit d'ailleurs la nature de cette adhérence, naturelle (persistance du conduit omphalo-mésentérique lui-même ou d'une bride vasculaire ou fibreuse le remplaçant) ou pathologique (adhérence inflammatoire).

Dans le premier cas (diverticule libre), le volvulus est unique et la torsion se fait au point où le diverticule s'insère sur l'intestin, point généralement rétréci et rappelant un pédicule.

Dans le deuxième cas (diverticule adhérent), le volvulus est toujours double : l'un se faisant au niveau de l'insertion du diverticule, comme dans le cas précédent et l'autre au niveau du ligament qui relie le sommet du diverticule à son point fixe, généralement l'ombilic. Il est impossible qu'il en soit autrement en pareil cas : un volvulus unique ne peut exister en cas de diverticule fixé, à moins qu'un deuxième volvulus n'existe sur l'intestin grêle ou que l'adhérence du diverticule, toujours pathologique en pareil cas, ne se soit produite que secondairement à la torsion.

Les cas de volvulus uniques du diverticule de Meckel sont les plus typiques. Nous en possédons deux cas bien nets, auxquels il faut peut-être joindre le cas peu net de Ketteler, sur lequel nous manquons de renseignements. Il convient de mettre à part le cas de Riedel où il s'agissait certainement d'une lésion ancienne comme le prouve l'étude des lésions de l'organe. Dans le cas de Frasier, le sommet du diverticule tordu adhérait à l'iléon, mais il semble que cette adhérence ait été consécutive au volvulus, car elle ne présentait aucune torsion.

Les volvulus doubles ne diffèrent pas sensiblement des précédents, sauf que du sommet du diverticule part une bride plus ou moins large qui va s'insérer par son autre extrémité sur un point quelconque de l'abdomen et qui est tordue. Nous en avons réuni six cas, peut-être sept. (Atherton, Campbell, Fehre, cas II, Sailer, Sweringen, Walzberg et peut-être un cas de Cawardine).

Dans les *volvulus compliqués*, nous devons distinguer :

Les volvulus multiples, dont nous ne possédons que deux cas (Köhler et Elliott).

Nous ne faisons pas rentrer dans ce groupe le cas de Cawardine, où le volvulus portait aussi sur l'intestin grêle, mais les conditions étaient différentes. Il y avait un diverticule libre, mais la torsion du pédicule s'était prolongée sur l'anse intestinale qui lui servait d'insertion. La disposition des parties figurait ainsi un T, dont la branche horizontale était formée par l'iléon et dont la branche verticale était constituée partie par l'intestin grêle tordu lui-même et partie par le pédicule lui aussi tordu et prolongeant l'anse tordue.

Dans le cas de Köhler, le diverticule avait sans doute été libre, mais lors de l'opération, il adhérait avec la vessie par des adhérences récentes. En outre il partait de son sommet une bride mince et solide qui allait s'insérer sur la ligne innominée.

Il existait dans ce cas un double volvulus, l'un sur une anse grêle, à 30 cm. de la valvule iléo-cæcale, l'autre au niveau de l'insertion d'un diverticule de Meckel qui se détachait de cette anse; L'auteur fait remarquer que la torsion du diverticule était difficile à détordre, que la détorsion du grêle était au contraire beaucoup plus facile, ce qui semblait indiquer qu'elle était plus récente.

Dans le cas d'Elliott, on trouva à l'opération un bout d'intestin très dilaté et gangrené, mais sans mésentère, inséré sur la convexité de l'iléon et tordu à son insertion sur lui. C'était un diverticule dont l'autre extrémité adhérait à l'ombilic. Après résection du diverticule, on trouva l'iléon lui-même tordu et maintenu en position anormale par des adhérences.

On voit que dans ces deux cas de volvulus multiples, si on ne tient pas compte du volvulus de l'intestin grêle, le volvulus du diverticule rentrait dans un cas dans le cadre des volvulus du diverticule *libre*, et dans l'autre cas dans celui des diverticules adhérents.

Avec les volvulus complexes, nous entrons dans une classe de faits très embrouillés. Nous allons essayer de mettre un peu d'ordre dans les faits.

Il est d'abord des cas où il existe un volvulus simple du diverticule, avec occlusion par complication, l'intestin grêle s'étranglant au-dessous ou autour du pédicule du diverticule qui agit alors comme une bride véritable : tels les cas de Lilley, Naumann, Tr. Fox et Philipowicz.

Dans un deuxième ordre de faits, il existe bien encore une torsion du diverticule au niveau de son insertion, mais en outre par son extrémité terminale il est inséré sur l'intestin grêle ou mieux sur son mésentère et constitue avec lui un véritable anneau herniaire dans lequel une ou plusieurs anses se sont étranglées ; tels les cas de Lance, Von Kryger, Milno, Parker.

Enfin un cas d'Anshutz est tout à fait particulier. Le diverticule était étranglé par une bride qui le croisait et la partie distale semblait en outre tordue autour de son axe.

Etudions maintenant les divers éléments du volvulus.

I. Le diverticule. — Le diverticule dans les cas de volvulus affecte deux formes bien distinctes : la forme cylindroïde et la forme ampullaire.

Dans la forme *cylindroïde*, le diverticule présente un calibre sensiblement identique sur toute sa longueur ; au niveau de son insertion sur l'intestin grêle, il ne présente que peu ou pas de rétrécissement et s'abouche dans l'intestin grêle presque à plein canal.

Cette variété de diverticule se trouver réalisée dans un grand nombre de cas (10 cas).

On pourrait d'ailleurs distinguer deux sous-variétés, suivant que le diverticule était volumineux rappelant une anse d'intestin normal, ou qu'il avait la forme d'un cordon cylindrique rappelant l'appendice iléo-cæcal.

A la première sous-variété, V en saucisse, se rattachent les cas de Dugan (27 centimètres de long sur 3 centimètres de diamètre), Fayollet (10 centimètres de long avec le calibre d'une anse d'intestin grêle), Campell (10 centimètres de long et un peu plus petit que l'intestin), Walzberg (kyste allongé en concombre).

A la deuxième sous-variété se rapportent les cas de Philipowicz (longueur, 12 centimètres, dimensions du doigt), et de Lance (longueur, 15 à 16 centimètres, dimensions du petit doigt.)

Dans six cas enfin, les renseignements sont insuffisants (Anschütz, Gildersleeve, Köhler, Lilley, Milko, Parker).

Dans les trois seuls cas de Fayollet, de Dugan et de Lilley, le diverticule était libre ; dans tous les autres cas, il était adhérent par son extrémité.

Dans la forme *ampullaire*, le diverticule se présente sous forme d'une tumeur plus ou moins volumineuse, ayant la forme d'une poire ou d'une orange, mais toujours très nettement rétrécie et pédiculée au point où elle s'insère sur l'intestin, quoique ce pédicule puisse encore être relativement large. Qu'en pareil cas, le diverticule ait subi une distension du fait de l'étranglement, c'est ce qui n'est pas douteux ; mais il est impossible d'admettre que le diverticule eut d'abord une forme cylindrique et ait pris ensuite l'aspect pyriforme.

Ici nous trouvons encore un certain nombre de cas où le diverticule était adhérent par son sommet : Atherton (diverticule gros comme une petite poire), Fehre (12 centimètres de long sur 5 centimètres de diamètre), Naumann (8 centimètres de long et volume d'une petite pomme) ; (Sailer (forme et volume d'une vésicule biliaire distendue) ; Sweninger (tumeur cystiforme du volume d'une petite orange).

Mais c'est à cette catégorie qu'appartiennent presque tous les cas de volvulus libre : Carwardine (diverticule très volumineux, remplissant une partie de l'abdomen) ; Fehre (18 centimètres de long, 6 centimètres de diamètre, maximum) ; Fox (tumeur pyriforme) ; Guibe (tumeur du volume d'un poing d'adulte) ; Frasier (2 centimètres de long sur 5 centimètres de diamètre) ; Kryger (tumeur du volume d'un petit poing) ; Roth (tumeur d'un volume d'une pomme : 62 × 53 × 36 millimètres) ; Taylor (tumeur de 87 millimètres sur 50 millimètres).

Enfin les renseignements nous manquent pour les cas d'Elliott et de Lilley.

II. **Pédicule.** — Dans tous les cas, sauf deux (Anschütz et Campbell), la torsion siégeait au niveau du pédicule, c'est-à-dire au point où le diverticule se continue avec l'intestin.

Quelles que soient les dimensions de ce pédicule la torsion a pour premier effet de créer un pédicule s'il n'y en a pas (forme cylindroïde) ou de le rétrécir quand il existait déjà (forme ampullaire), si bien que, quelle que soit la variété du diverticule, il présente toujours l'aspect d'une tumeur pédiculée.

Les dimensions du pédicule sont variables de celles du doigt (cas personnel) à celles d'une plume de corbeau (Dugan).

Sa longueur est rarement indiquée : elle était de 11 milimètres dans le cas Roth, de 25 millimètres dans celui de Sweringen.

Le degré de la torsion indiquée est le suivant : Un demi-tour [180 degrés] (Philipowicz), un tour entier [(360 degrés] (Fehre, Frazier, Milko), un tour et demi (Campbell, Neumann), deux tours (Lance, Sweringen), trois tours (Taylor, Carwardine, Parker), quatre tours (Sailer), fortement (Köhler), plusieurs fois (Riedel). Le degré de torsion n'était pas indiqué dans les autres cas.

Quant au sens suivant lequel se faisait la torsion, il n'est indiqué que dans trois cas : deux fois,

c'était de droite à gauche (Roth, Guibé), et une fois de gauche à droite (Sweringen).

Enfin, au sujet de l'implantation du diverticule sur l'intestin, nous devons noter que dans un cas le volvulus se prolongeait sur l'intestin grêle, ce qui donnait à l'ensemble la forme d'un T majuscule, les deux branches afférentes et efférentes de l'intestin constituant la branche horizontale, la branche verticale étant formée à la fois par la portion tordue de l'anse et par le pédicule du volvulus. De même dans le cas de Dugan, le grêle devait être aussi légèrement tordu au point d'origine du diverticule.

Notons que dans les deux cas de Walzberg, la nécrose du pédicule avait envahi la portion de l'intestin adjacente à son insertion.

III. Mésentère du diverticule. — Le diverticule, ne présente habituellement pas de mésentère ; cependant celui-ci peut exister, représenté par une bride fibreuse ou graisseuse qui, se détachant du mésentère se porte jusque vers le fond du diverticule en cheminant sur le côté de celui-ci.

Quand le diverticule se tord, au niveau de son insertion à l'intestin, la bride qui représente le vestige du méso-diverticule se trouve entraînée dans le mouvement de rotation : elle s'enroule autour du pédicule tordu et contribue à augmenter ainsi la striction en ce point.

Nous trouvons ce détail signalé dans un certain nombre d'observations. Il était très net dans notre cas. Dans le cas de Roth, il existait un cordon vasculaire et graisseux qui va se perdre dans le mésentère et représente le méso de la tumeur. Roth ne parle toutefois pas de sa torsion. Dans le cas II de Fehre, un méso se portant vers le diverticule se trouvait du fait de la torsion solidement tendu autour du pédicule.

Dans le cas de Kryger enfin, on parle que du fond libre du diverticule se tendait un cordon gros comme une plume d'oie par-dessus une anse grêle tordue, allant vers le mésentère au niveau de l'insertion du diverticule à l'intestin.

IV. Adhérences périphériques. — Les cas où par son extrémité distale le diverticule tordu était adhérent, sont plus nombreux que ceux où cette extrémite était libre; mais il convient dans les adhérences de distinguer les adhérences secondaires et les insertions primitives.

Les insertions primitives, qu'on peut encore appeler physiologiques ou normales, sont celles qui sont intimement liées à l'anomalie de développement qui aboutit à l'existence du diverticule et reconnaissent la même cause que lui, c'est-à-dire la persistance d'un état embryonnaire normal.

En pareil cas, l'adhérence du diverticule ou du tractus qui le prolonge se fait toujours au niveau de l'ombilic ou à ses environs, puisque c'est dans cette région que les vaisseaux omphalo-mésentériques sortent de l'abdomen et que l'adhérence périphérique en pareil cas n'est autre chose que la persistance de ces vaisseaux ou au moins de leur méso.

Ces adhérences existaient dans six cas : Atherton Fehre, Naumann, Philipowicz, Sailer et Walzberg.

Les insertions ou mieux adhérences secondaires peuvent être encore appelées pathologiques, parce qu'elles n'ont aucune raison d'être embryologique et qu'elles résultent comme toutes les adhérences pathologiques de l'abdomen, d'un processus de péritonite plastique localisée, consécutive à l'inflammation de la région ou de l'organe considéré.

Nous ne considérons pas ici les adhérences plus ou moins étendues par péritonite au voisinage du diverticule tordu; mais seulement les adhérences de l'extrémité distale du diverticule.

Dans le cas de Campbell, l'adhérence s'était faite entre le diverticule et la paroi du sac herniaire où il était contenu. Dans le cas de Sweringen, l'adhérence existait avec le péritoine pariétal antérieur, assez loin en dehors de la ligne médiane, ce qui permet d'exclure une origine congénitale.

Sur les cinq autres cas, l'adhérence se fixait deux fois à la vessie (Köhler, Riedel), localisation facile à comprendre, si on se souvient que presque toujours le diverticule plonge dans le petit bassin.

Dans les trois autres cas, le sommet du diverticule s'insérait, soit sur l'intestin grêle, soit sur le mésentère et dans ces trois cas, il s'était ainsi constitué un anneau dans lequel une quantité plus ou moins considérable d'intestin grêle se trouvait étranglée.

Que dans tous ces cas les adhérences soient secondaires, c'est ce qui n'est pas douteux ; mais la question qu'on peut se poser ici, c'est le rapport qu'il peut y avoir entre le volvulus et les adhérences, d'autant que dans son cas au moins, Lance a nettement posé la question et l'a même résolue dans un sens absolument erroné à notre avis.

Reprenons donc l'étude de ces adhérences. Mettant à part le cas de Sweringen, où l'adhérence en forme de bride était peut-être d'origine congénitale, nous voyons des cas où il n'est pas douteux que les adhérences dépendissent du volvulus : (cas de Köhler et de Riedel, où les adhérences étaient récentes dans un cas, fibrineuses dans l'autre). Il est difficile de dire quoi que ce soit pour le cas de Campbell, où d'ailleurs la torsion était un peu anormale.

Mais les cas les plus intéressants à cet égard sont les trois cas de Lance, Milko et Parker. Dans ces trois cas, il y avait à la fois torsion de la base du diverticule, adhérences de son sommet au grêle ou au mésentère et étranglement d'anses grêles comprises dans cet anneau.

Nous manquons de renseignements dans le cas de Milko. Parker admet le mécanisme suivant : adhérences anciennes du diverticule, étranglement du grêle dans l'anneau, provoquant la torsion du diverticule et évolution ultérieure des accidents.

Lance admet au contraire un mécanisme inverse. Le volvulus a produit une inflammation du diverticule ; l'adhérence de son extrémité et l'emprisonnement de la presque totalité du grêle sont des phénomènes concomitants, car de la façon dont l'anse formée par le diverticule est serrée, il est impossible que des anses grêles aient passé dans un anneau préformé par l'adhérence de la pointe du diverticule. (Je note en passant que l'observation porte que le diverticule se termine par une extrémité renflée qui adhère au mésentère par des adhérences fibreuses solides.)

Où est la vérité entre les deux hypothèses? Il semble qu'il n'y a pas à hésiter et que seule l'hypothèse de Parker peut être admise. Voyons les raisons à faire valoir contre l'opinion de Lance.

La striction extrêmement forte du diverticule sur les anses étranglées empêche-t-elle d'admettre que celles-ci aient passé dans un anneau préformé? Nullement, au contraire, plus cette striction est forte, plus elle oblige à admettre la préexistence de l'an-

neau. Deux raisons à cela. La première se tire des détails de l'observation : le début des accidents est du 29 juin au matin; l'opération du 2 juillet à quatorze heures. Admettons que le volvulus date du début des accidents. Le diverticule vient se coller au mésentère et y adhère, emprisonnant l'intestin. Voit-on l'intestin se laisser ainsi étrangler sans résistance et sans que les contractions violentes dont il a dû être le siège au début aient été suffisantes pour disjoindre des adhérences encore très jeunes au début et par suite fort peu résistantes.

La deuxième raison vient de l'impossibilité où l'on est de comprendre sous l'influence de quelle force le diverticule ainsi adhérent à ses deux extrémités a pu étrangler activement l'intestin, puisque ce n'est pas ce dernier qui a passé par l'anneau préformé.

J'ajouterai encore ce détail qu'il est difficile de penser que ce diverticule à pédicule tordu et qui par là a dû perdre sa souplesse et devenir turgescent ait pu contourner la presque totalité de l'intestin grêle pour venir s'insérer sur le mésentère près de sa base.

Voici à mon avis comment il faut expliquer ces faits.

Au cours de l'existence, le diverticule a été exposé à des crises de diverticulite aiguë ou chronique sous l'influence desquelles il s'est fait une adhérence de son sommet au mésentère.

A un moment donné, une anse intestinale s'est engagée dans l'anneau et s'y est trouvée gênée. Sous l'influence des contractions qui s'y font, une longueur de plus en plus considérable d'intestin s'y trouve peu à peu engagée et cela peut se continuer ainsi jusqu'à ce que l'intestin se trouve arrêté par une fixité qui l'empêche d'être entraîné davantage.

C'est sous cette influence que le diverticule se trouve en quelque sorte enroulé et tordu sur lui-même et que prend naissance le volvulus.

On peut admettre aussi qu'il s'agissait d'un volvulus chronique ancien qui avait déterminé les adhérences sans donner lieu à des troubles du côté du diverticule dont la circulation était restée suffisante.

D'ailleurs il n'y a en tout cela qu'un intérêt un peu théorique.

Nous avons vu que théoriquement, lorsqu'un diverticule adhérent présente un volvulus au niveau de son pédicule on doit en trouver un deuxième, soit au niveau de l'intestin lui-même, soit au niveau de l'adhérence, les deux volvulus étant en pas de vis de nom contraire.

En réalité, il était loin d'en être ainsi, et les cas où ce mécanisme était réalisé ne sont guère que l'exception.

Deux fois nous trouvons une torsion double du diverticule et de l'intestin (Köhler, Elliott); dans ce dernier cas, le diverticule était libre et non adhérent. Dans le cas de Campbell, il semble que le diverticule lui-même fut deux fois le siège d'un volvulus.

La torsion de l'adhérence pariétale n'est signalée que dans les deux cas de Fehre et de Sweringen, où l'adhérence en forme de bride reliait le diverticule à la paroi abdominale. Enfin dans le cas de Milko, on ne parle nulle part de torsion de l'adhérence distale, mais l'intestin grêle, au point où se faisait son insertion, était nécrosé, ce qui donne à penser qu'il pouvait bien avoir eu torsion en ce point.

V. **Lésions du diverticule.** — Les lésions que produit le volvulus dans le diverticule sont trop connues pour qu'il nous soit utile d'y insister.

A un premier degré, il y a simplement gêne circulatoire avec rougeur de l'intestin, œdème et turgescence de la paroi. A un deuxième degré, on observe les lésions de l'infarctus hémorragique. Enfin, si le volvulus s'établit rapidement et est bien serré, presque d'emblée la paroi du diverticule se sphacèle.

Les lésions sont généralement plus marquées sur la muqueuse, qui presque directement exposée à l'injure des agents microbiens, se nécrose et tombe de bonne heure, alors même que les tuniques externes sont encore bien en état de résister.

La terminaison habituelle du volvulus du diverticule est donc le sphacèle et la perforation; mais ce n'est pas la terminaison constante.

Dans les cas de diverticule libre, si le volvulus est suffisant, c'est bien ce qui arrive. Il faut cependant faire exception pour les cas de volvulus congénital, où le tube digestif étant encore aseptique, le diverticule peut être exposé à la nécrose, mais pas à la gangrène (Cawardine, Ketteler); mais dans les deux cas, il y avait eu péritonite ancienne et même dans le premier cas, il est dit qu'il existait un grand nombre d'adhérences, qui ont même empêché de reconnaître la cause de l'obstruction, mais qui ont dû contribuer à la nutrition du diverticule.

L'état du diverticule est noté dans le plus grand nombre des observations.

Il y avait infarctus avec ou sans début de gangrène dans les cas de Sweringen, Campbell, Fayollet, Kryger, Lance, Roth.

Dans tous les autres cas, le diverticule était gangrené. La gangrène n'était que partielle dans le cas d'Atherton. Elle était déjà assez avancée pour que le diverticule fût perforé dans les cas de Makins et de Tr. Fox.

A cet égard, il faut faire une place tout à fait à part au cas de Riedel. La pièce enlevée représentait une formation solide sans aucune lumière; sur une coupe, elle avait l'aspect d'un thrombus organisé comme on en observe après ligature vasculaire. Riedel admet que le diverticule s'était tordu lentement; il s'était d'abord transformé en infarctus hémorragique en laissant aux tissus le temps de s'accommoder sans se nécroser.

Le contenu du diverticule est toujours constitué par des matières liquides fécaloïdes et généralement sanglantes avec des gaz. On peut y trouver des débris de muqueuse. Dans le cas de Cawardine et probablement aussi celui de Ketteler, le diverticule ne contenait que du méconium.

VI. **Etat de l'intestin et cause de l'occlusion intestinale.** — Il nous reste encore à étudier quel a été dans tous nos cas le mécanisme de l'occlusion intestinale.

Dans un très grand nombre de cas, le mécanisme est très net.

Dans trois cas tout d'abord, il y avait volvulus de l'intestin grêle lui-même, que ce volvulus soit isolé (Elliott, Köhler) ou qu'il soit le prolongement sur le grêle de la torsion du pédicule (Carwardine).

Dans trois autres cas, le diverticule faisait avec le mésentère un anneau dans lequel l'intestin était étranglé (Parker, Milko, Lance).

Dans d'autres cas, il s'agissait d'un diverticule adhérent à la paroi abdominale, qui constituait une

bride sous laquelle l'intestin grêle s'était étranglé (Kryger, Naumann, Philippowicz).

Dans le cas de Tregelle Fox, c'était le pédicule tordu lui-même qui constituait la bride étranglante.

Dans le cas de Campbell, il y avait en même temps que le volvulus hernie étranglée; dans celui d'Atherton, étranglement d'une anse dans un orifice mésentérique. Dans le cas d'Anschütz, l'intestin était étranglé par une bride indépendante du diverticule.

Enfin notons que dans le cas de Riedel, il n'y avait pas d'étranglement.

Dans tous les autres cas, la cause ou le mécanisme de l'occlusion sont peu connus. Dans les trois cas de Sweringen, Dugan et Ketteler, il y avait peut-être un certain degré de volvulus de l'intestin au niveau de l'insertion du diverticule ou au moins une légère coudure. Il est difficile de dire ce qu'il y avait dans les autres cas. Peut-être s'agissait-il simplement d'une occlusion en quelque sorte réflexe, comme celle qu'on observe en cas de torsion du pédicule d'un kyste de l'ovaire ou d'un volvulus du grand épiploon. (*A suivre.*)

LES CHOLÉCYSTITES CHRONIQUES

NON LITHIASIQUES

Par AUGUSTE TIERNY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les malades atteints de cette affection se plaignent de *douleurs épigastriques* assez vagues et d'*indigestion*; l'*état général* fléchit par intermittences; les sujets éprouvent de *vagues malaises dans le flanc droit.* Le médecin accuse parfois l'appendice, qui est enlevé. Aucune amélioration ne survient après l'opération. Si, d'ailleurs, une amélioration survient, elle est incomplète. Pourquoi? Parce que si l'appendice malade est enlevé, il reste une vésicule également infectée. La suppression d'une des deux causes morbides n'a point supprimé les troubles, l'infection vésiculaire succède d'ailleurs souvent à l'infection appendiculaire.

Dans les cas semblables, le chirurgien opère le plus souvent sans que le diagnostic de cholécystite ait été posé. Il opère avec le diagnostic d'appendicite ou d'ulcère d'estomac; il enleve l'appendice, ne trouve aucune lésion sur l'estomac, ni sur le duodénum, mais constate une vésicule aux parois tantôt blanchâtres, tantot légèrement épaissies; parfois, la vésicule est bleue, mince, d'aspect normal, mais sur la face supérieure du foie, au-dessus du point qui correspond à la fossette de la vésicule, se reconnaît un réseau de stries blanchâtres, qui résulte d'une sclérose superficielle, signature d'une vésicule chroniquement enflammée.

Expérimentalement, les chirurgiens qui ont enlevé une vésicule d'apparence saine, à contenu septique, *ont guéri* les malades de leurs troubles. Ceux qui ont fermé le ventre sans rien faire, ont vu persister les phénomènes.

Il est vraisemblable que cette *cholécystite catarrhale*, est plus fréquente que la cholécystite calculeuse; son traitement est le même. Sans doute, on peut essayer la cure de Vichy qui sera plus efficace sans lithiase biliaire. Le médecin peut essayer le « drainage vésiculaire », par tubage duodénal, qui donne de bons résultats dans certains cas. Mais très souvent, il est nécessaire de pratiquer la cholécystectomie. Alors, dans ce cas, ne pas omettre d'enlever l'appendice et d'ordonner de désinfecter les dents, la gorge, etc.

En résumé, la cholécystite catarrhale se caractérise, au point de vue symptomatologique par des réactions extravésiculaires et des réactions vésiculaires.

a. Les *réactions extravésiculaires* : troubles gastriques ou intestinaux; altération de l'état général qui peut faire craindre un cancer latent ou la tuberculose.

b. Les *signes vésiculaires*, douleur spontanée légère, mais surtout douleur provoquée.

Le diagnostic est facilité par l'*exploration radiologique* qui montre des signes de péricholécystite ou de périduodénite, et par le tubage duodénal qui révèle une bile infectée ou des adhérences péricholécystiques.

Le traitement consiste dans l'hygiène du tube digestif, la cure de Vichy, le drainage non chirurgical des voies biliaires, à l'aide du tubage duodénal et, en cas d'échec, la cholécystectomie, opération inoffensive, quand elle est bien faite.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 FÉVRIER 1925)

Des propriétés hémostatiques de la pectine. — MM. H. VIOLLE et L. DE SAINT-RAT. La pectine, substance d'origine végétale largement répandue dans les organes d'un grand nombre de plantes, jouit de propriétés hémostatiques prononcées.

Les expériences des auteurs montrent que le sérum des sujets traités par la pectine emporte pour ainsi dire avec lui ses propriétés hémostatiques car des animaux préparés par des injections de pectine ont un sérum qui, ajouté à du sang normal, hâte la formation du caillot.

La pectine est atoxique et les auteurs rapportent à ce sujet des expériences probantes.

Sur un nouveau processus du métabolisme des graisses de réserve. Butyrisation en dehors de la mamelle. — M. Maurice PIETTRE.

Action de l'arsenic sur le paludisme à P. vivax. — M. E. MARCHOUX. La fièvre intermittente peut être causée chez l'homme par trois parasites de caractères différents : l'un *Plasmodium malariae* évolue en soixante-douze heures et provoque la fièvre quarte; le deuxième *P. vivax* complète en quarante-huit heures son cycle évolutif et cause la fièvre tierce bénigne; le troisième *P. falciparum* dont la durée d'évolution de quarante-huit heures, présentant moins de fixité subit généralement une avance et qui donne lieu à la fièvre dite tropicale ou tierce maligne.

L'auteur qui a déjà fait connaître l'action du stovarsol sur le *P. vivax* a pu se livrer à une plus vaste expérience sur des paludéens algériens.

Il en a tiré les conclusions suivantes :

L'indifférence du *P. malariae* et du *P. falciparum* vis-à-vis du stovarsol, opposée à la sensibilité du *P. vivax*, constitue une preuve de plus en faveur de la pluralité des germes qui ne doivent pas être regardés comme trois variétés de la même espèce, mais comme trois espèces distinctes.

Si la quinine s'est montrée active à la fois sur les trois parasites, il n'en est pas de même de l'arsenic dont l'action s'exerce uniquement sur le *P. vivax*.

Dans la pratique, le médecin fera le *diagnostic clinique* de la façon suivante : *Le P. vivax est le seul qui provoque une hypertrophie notable de la rate.* En sorte que le stovarsol est indiqué chaque fois que cet organe est perceptible à la palpation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 MARS 1925)

M. REGAUD lit une notice nécrologique sur André Broca.

La chronaxie en théorie et en pratique. — M. LAPICQUE.

Diagnostic électrique précoce du rachitisme. — MM. GILLOT et BURE.

Les stations climatiques. — M. POUCHET fait une série de rapports dont les conclusions sont adoptées.

Anémie aiguë et leucémie myéloïde mortelles provoquées par la manipulation des substances radio-actives. — MM. LACASSAGNE et WEILL rapportent l'observation de deux hommes sensiblement du même âge, ayant travaillé ensemble pendant deux à trois ans dans les mêmes locaux à la manipulation de substances radio-actives, morts à quelques jours de distance d'une maladie du système sanguin. Dans un cas il s'agissait d'anémie pernicieuse aplastique, dans l'autre de leucémie aiguë.

L'insuline dans l'acidose des opérés non diabétiques. — M. RASTOUIL.

Du rôle de l'intolérance et de l'hypersensibilité aux germes microbiens dans la pratique chirurgicale. — M. Louis BAZY fait remarquer que ce que l'on appelle communément vaccinothérapie est, en réalité, une surinfection expérimentale.

Elle a pour résultat d'accélérer la formation des abcès et l'élimination des microbes. Elle peut aussi réveiller des foyers latents ou en créer de nouveaux. Au point de vue pratique il est préférable d'employer des produits bactériens solubles.

Une opération chirurgicale peut produire dans les mêmes conditions une surinfection et quelquefois donner naissance à des phénomènes graves si le malade est sensibilisé. On fera donc une intradermo-réaction avec le germe correspondant avant toute opération chirurgicale et on se préoccupera de désensibiliser les malades à réaction positive.

De la nécessité de posséder un anthropomètre normal abstrait pour mesurer les états pathologiques, les dégénérescences, les anomalies et autres états anormaux de l'être humain. — M. ROUSSY.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la quatrième division.

Le classement des candidats est le suivant :

En première ligne, MM. Derrien (de Montpellier) et Doyon (de Lyon); en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Bardier (de Toulouse), Barral (de Lyon), Bouin (de Strasbourg), Morel (de Lyon).

Au premier tour, le nombre des votants étant de 67, majorité 33, M. Derrien, ayant obtenu 58 suffrages, est proclamé élu.

Au second tour, le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Doyon ayant obtenu 59 suffrages est proclamé élu.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 13 JANVIER 1925)

Relation entre l'influence des saisons sur la sensibilité de l'organisme à l'intoxication azotée et l'aptitude de cet organisme à transformer les protéines en graisse. — MM. F. MAIGNON et L. JUNG.

Étude expérimentale et clinique du citrate de soude chez les animaux. — MM. L. PANISSET et J. VERGE.

Préjugés des médecins et des profanes sur l'origine et le traitement de l'obésité. Critique de la thérapeutique traditionnelle. — M. Francis HECKEL. Dans ce travail, basé sur une statistique considérable de cas, l'auteur introduit, pour juger de chaque opinion ou de chaque méthode, une rigueur scientifique appuyée sur le métabolisme basal, et sa méthode d'investigation par les courbes barygraphiques. Il tire des conclusions en apparence paradoxales, qui mènent à des changements radicaux dans l'orientation thérapeutique. Il peut ainsi éclairer bien des contradictions apparentes et mettre entre les mains des praticiens une méthode de cure radicale de l'obésité, beaucoup plus simple et plus sûre que celle qui est classique. En même temps, il débarrasse celle-ci d'un fatras de moyens empiriques, dont il démontre la non-valeur. Entre autres choses, il introduit la notion de l'importance très grande du *repos* comme moyen d'amaigrissement et montre que l'exercice, banalement prescrit, est d'un emploi parfois efficace mais difficile dans les cures, et dans quelles circonstances fréquentes il va à l'encontre du but. Tout en gardant les principes directeurs essentiels de la diététique de l'obésité, il montre qu'elle est soumise à des contingences insoupçonnées et qu'il précise. La discussion de ce véritable rapport sera poursuivie ultérieurement, parties par parties, jusqu'à épuisement des problèmes qu'il soulève.

Discussion. — M. LE PRÉSIDENT commente la communication, insiste sur la nécessité de mesurer exactement l'exercice qui ne fait maigrir que s'il entraîne une importante dépense d'énergie, marche en montagne, par exemple, mais alors il faut que le cœur puisse le supporter.

M. BÉRILLON a été amené à l'idée qu'un obèse est doublé d'un hystérique et, de ce fait, peut être traité par la psychothérapie.

M. HECKEL estime aussi que les obèses sont souvent des nerveux ou des névropathes.

M. Mathieu-Pierre WEIL, M. LE PRÉSIDENT, M. HECKEL, M. F. MAIGNON discutent les effets de l'ingestion de l'eau par les obèses.

Différences biologiques des radiations. — MM. FOVEAU DE COURMELLES.

Etude expérimentale de l'anaphylaxie vaccinale. Innocuité des injections répétées de vaccins microbiens. — MM. L. PANISSET et L. GOLDENBERG.

Les caractères biologiques du sang des hémophiles. — M. R. FEISSLY (de Lausanne). Le sang de l'hémophile, outre l'extrême lenteur de sa coagulation présente les caractères suivants :

Lorsqu'on ajoute in vitro un peu de thrombine active au sang hémophilique, la coagulation s'effectue rapidement.

Le sang de l'hémophile ne se coagule pas sous l'influence d'un courant de CO^2. Il ne contient donc pas d'antithrombine type « plasma de peptone ».

L'adjonction de Ca Cl^2 ne modifie pas son hypocoagulabilité. Il n'y a donc pas de déficience de l'ion Ca.

L'anomalie de la coagulation est due au retard de la formation thrombinique.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 FÉVRIER 1925)

Calcul biliaire géant. — M. V. PAUCHET présente un calcul biliaire du poids de 100 grammes enlevé par cholécystostomie chez un homme de 60 ans.

Pneumothorax opératoire total. — M. PEUGNIEZ défend le pneumothorax qui, pratiqué progressivement avec saisie du poumon à l'aide de pinces, est une opération qui ne présente pas les dangers que redoutent MM. Petit de la Villéon et Rosenthal. C'est la notion de son innocuité qui a fait délaisser les chambres pneumatiques de torture des chirurgiens allemands.

M. ROSENTHAL. La question du pneumothorax ne résume pas les dangers de la chirurgie pleuro-pulmonaire qui, malheureusement, reste grave entre les meilleures mains.

M. PETIT DE LA VILLEON. Le pneumothorax total ne résume pas tous les dangers de la chirurgie de poitrine, mais il vient l'aggraver. Souvent on peut opérer un poumon sans pneumothorax total, il faut le savoir et s'y appliquer.

Drainage médical des voies biliaires. — M. R. GAULTIER, s'appuyant sur une expérience de plusieurs années et sur un

grand nombre d'observations, montre les heureux résultats du drainage non chirurgical des voies biliaires à l'aide du tube duodénal dans les cas d'ictère prolongé, de cholécystite chronique voire même chez des opérés de la vésicule biliaire, conservant des troubles d'origine hépatique.

Traitement du cancer utérin. — M. Jean GAGEY. Dans le cancer du col ayant dépassé le stade opératoire et ces cas sont les plus fréquents, aucune méthode ne peut être comparée à la curiethérapie qui donne dans la plus grande majorité des cas des améliorations locales et générales considérables, et souvent des guérisions de plusieurs années. Dans le cancer opérable, il faut quatre à six semaines, avant l'opération, faire une application de radium : en stérilisant ainsi l'utérus au point de vue microbien, on diminue la mortalité opératoire par infection, on évite en outre les risques de greffe locale pendant l'intervention.

Même dans le cancer du corps utérin, si quelque raison s'oppose à l'hystérectomie abdominale totale, et qu'on doive se résoudre à l'hystérectomie vaginale laquelle nécessite presque toujours le morcellement, il ne faut pas hésiter à la faire précéder d'un essai de stérilisation par curiethérapie.

Sur l'élasticité de l'aorte. — M. MOUGEOT. Sur ce sujet, les livres de Pathologie, même les plus modernes et les plus autorisés, restent muets.

M. MOUGEOT (de Royat) rappelle la définition du terme « élasticité » selon la conception des physiciens, et résumant ses importantes recherches de clinique et de laboratoire, montre comment et pourquoi il accorde la préférence à trois procédés : la mesure comparative des pressions sanguines et de la vitesse de l'onde pulsatile aux membres supérieur et inférieur, la comparaison de l'intensité du souffle diastolique à la base du cœur et au triangle de Scarpia. C'est l'abrégé d'un important et nouveau chapitre de séméiologie vasculaire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ CHIRURGICALE

SOINS DENTAIRES. DÉCÈS. NON RELATION DE CAUSE A EFFET. IRRECEVABILITÉ DE LA DEMANDE DE LA PARTIE CIVILE

I

Un chirurgien dentiste, qui exploitait un cabinet dentaire à Paris, s'était absenté pendant les mois d'août et de septembre 1923 pour prendre quelque repos et se soigner. Pendant cette période, il s'était fait remplacer par un étudiant de l'Ecole dentaire, qui ne possédait pas le diplôme de chirurgien dentiste; et celui-ci donnait des soins dentaires à tous les malades qui se présentaient.

Un enfant, âgé de quinze ans, qui souffrait des dents depuis quatre ou cinq jours, mais n'ayant pas la joue manifestement enflée, se présenta au cabinet dentaire où il fut soigné par l'étudiant remplaçant le chirurgien dentiste. Celui-ci lui fit une injection dans la gencive destinée à produire l'anesthésie locale et pratiqua l'extraction de la dent, première grosse molaire inférieure droite qui était chancelante.

A la suite de cette intervention, l'enfant rentra chez lui, mal à l'aise, sans être muni d'une ordonnance lui indiquant de se rincer la bouche avec une solution antiseptique quelconque. Il se coucha, resta alité : la mère, après lui avoir fait des lavages à l'eau oxygénée, constata, à un moment donné, que son fils avait la joue enflée.

L'enfant s'était présenté au cabinet dentaire le 26 septembre; dans la nuit du 27 au 28, une dent tomba d'elle-même, la deuxième prémolaire inférieure droite. Dans la journée du 28, et la nuit du 28 au 29, deux dents incisives tombèrent spontanément. L'enfant s'affaiblit, se plaignit la nuit, et le gonflement augmenta rapidement.

Le 29, la mère de l'enfant constatant que le cou était très enflé

fait appeler un médecin qui se rendit compte que l'enfant était atteint d'une infection buccale grave et ordonna son transport d'urgence à l'hôpital Saint-Antoine où était porté le diagnostic d'adéno-phlegmon du maxillaire inférieur droit diffus avec nécrose du maxillaire inférieur. Une incision fut pratiquée le plus tôt possible; mais, malgré tous les soins, l'enfant mourut dix jours après son entrée à l'hôpital.

Poursuite est intentée contre le chirurgien-dentiste et contre son remplaçant; et la mère de l'enfant réclame pour le préjudice causé une somme de 50.000 francs à titre de dommages-intérêts, basés tout à la fois sur l'exercice illégal de l'art dentaire et sur l'homicide par imprudence dont se serait rendu coupable le remplaçant.

Un expert, professeur à l'Ecole dentaire, avait été commis par le Juge d'instruction à l'effet de fournir tous renseignements et son avis motivé sur les faits, objets de l'information.

S'appuyant sur le rapport de l'expert, la 10e Chambre correctionnelle du Tribunal de la Seine a rendu son jugement le 17 avril 1924. Elle déclare notamment :

« Attendu qu'après avoir examiné les conditions dans lesquelles X... a extrait une dent à M..., l'expert a conclu :

1° Que le jeune M... est mort d'une ostéite du maxillaire, probablement l'ostéo-myélite à marche très rapide, affection grave et fréquemment mortelle;

2° Que ni l'extraction, ni l'anesthésie locale, ni l'infection des instruments ne paraissent pas devoir être mises en cause;

3° Que X..., coupable de l'exercice illégal de l'art dentaire, n'avait pas fait assez d'études pour établir le diagnostic de l'affection et ne l'a pas vue.

Attendu que ces conclusions, n'établissant pas la relation de cause à effet entre la mort du jeune M... et l'opération dont il a été l'objet de la part de X..., n'ont pas permis au Ministère public de retenir contre X... l'inculpation d'homicide par imprudence. »

Le tribunal, dès lors, n'a retenu que le délit d'exercice illégal de l'art dentaire, délit prévu et puni par les articles 16, 17, 18 et 19 de la loi du 30 novembre 1892; et il a condamné le chirurgien et son remplaçant chacun à une amende. Le Syndicat des chirurgiens-dentistes étant intervenu comme partie civile, l'un et l'autre furent condamnés conjointement et solidairement à lui payer 200 francs à titre de dommages-intérêts.

Quant à la mère, elle fut déboutée de sa demande. « Attendu, dit le jugement que, quelque digne du plus grand intérêt que puisse être la situation de la veuve M..., frappée dans son affection la plus tendre, la mort de son fils, le Tribunal ne peut trouver dans les éléments de la cause et dans le rapport de l'expert la relation de cause à effet entre l'extraction d'une dent par X..., praticien inexpérimenté et qui exerce illégalement l'art dentaire, et la mort de ce jeune homme. »

Par arrêt du 10 février 1925, la Cour a confirmé purement et simplement le jugement. Ces décisions très intéressantes ont été rendues sur la plaidoirie très étudiée et très remarquable de notre confrère et ami Me Louis Mercier, avocat à la Cour d'appel de Paris.

II

L'expert qui avait été nommé avait eu notamment comme mission de rechercher la cause de la mort.

L'autopsie de l'enfant n'avait pu être pratiquée; l'expert ne pouvait donc établir qu'un diagnostic rétrospectif, basé sur les commémoratifs, sur le diagnostic indiqué à l'entrée du malade à l'hôpital et sur l'examen de quatre dents qui lui avaient été remises par la mère de l'enfant, dont l'une était celle qui avait été extraite, les trois autres étant celles qui étaient tombées spontanément dans les deux jours qui avaient suivi l'extraction.

« La dent qui a été extraite, dit l'expert, est une première grosse molaire inférieure droite; cette dent était atteinte de carie perforante. Les trois dents tombées spontanément sont la deuxième prémolaire inférieure droite et les deux incisives centrales inférieures; ces deux dernières, l'une d'elles surtout, présentent des lésions du ligament alvéolo-dentaire, montrant que ce ligament faisait défaut par endroit, ayant été rongé par le pus. »

L'expert constate qu'il s'agissait d'un enfant de quinze ans, très grand pour son âge (1m70), atteint de carie perforante d'une dent de six ans, du maxillaire inférieur, pris soudainement de douleurs violentes, ayant fait rapidement une température élevée, sans qu'il y ait eu une contracture intense des muscles masticateurs (trismus), ni un gonflement très considérable, au début tout au moins, puisque X... a pu enlever la dent sans mentionner qu'il y avait trismus intense et que la mère de l'enfant affirmait que celui-ci avait travaillé jusqu'au dernier moment, avant d'aller chez le dentiste. « De plus, fait très important, parce qu'on ne le rencontre qu'à titre absolument exceptionnel, dans une affection très grave de l'os, et lors d'une infection à marche très rapide, le jeune malade a perdu spontanément, dans les deux jours qui ont suivi l'extraction de la première grosse molaire, trois dents, l'une voisine de la dent extraite, la deuxième prémolaire, les deux autres incisives centrales inférieures qui sont séparées de la prémolaire par trois autres dents, la première prémolaire, la canine et l'incisive latérale ».

Et l'expert de dire : « tous ces symptômes, douleurs précédant la tuméfaction, absence de trismus intense très marqué, âge, taille, localisation de la lésion, rapidité de la marche de l'infection, extension lointaine, donnent à penser que le jeune M... est mort d'*une complication d'ostéo-myélite des maxillaires, plutôt que d'une ostéo-périostite suppurée du corps du maxillaire inférieur* dont le professeur S... a si bien décrit récemment les symptômes. En effet, l'ostéo-myélite des maxillaires est une infection de l'enfance, beaucoup plus fréquente au maxillaire inférieur qu'au maxillaire supérieur, dont l'agent habituel est le staphylocoque, qui pénètre par une carie dentaire, souvent celle de la dent de six ans; cette affection a revêtu chez le jeune M... une forme suraiguë, les accidents septicémiques dominant la scène et la mort est survenue en quelques jours comme il arrive dans les formes suraiguës ».

Et alors l'expert de se demander : « quel aurait dû être le traitement? Avant tout *faire le diagnostic* et envoyer le jeune malade à un chirurgien pour agir au plus vite, c'est-à-dire ouvrir les foyers purulents sous l'anesthésie générale, extraire les dents cariées ou très mobiles, curetter les alvéoles ou le tissu paraissant altéré. *Ce traitement aurait-il sauvé l'enfant? On ne peut le dire.*

Le jugement et l'arrêt précités se sont appuyés sur ces constatations de l'expert, pour dire qu'il n'y avait pas relation de cause à effet entre l'opération d'extraction et la mort de l'enfant; celle-ci n'a pas été la conséquence certaine de celle-là. C'est pourquoi ils n'ont pas retenu le délit d'homicide par imprudence.

Mais il convient aussi bien au médecin qu'au chirurgien d'être très circonspects quand ils se font remplacer. Dans l'espèce ci-dessus, le chirurgien s'était fait remplacer par un étudiant qui n'avait pas de diplôme; c'était une faute. Si la mère avait fondé son action en dommages-intérêts sur cette faute uniquement, il aurait pu se faire que le Tribunal et la Cour ensuite eussent prononcé l'allocation de dommages-intérêts. Le jugement et l'arrêt déclarent que le remplaçant n'avait pas assez fait d'études pour établir le diagnostic de l'affection et ne l'a pas vue; il ne paraît pas douteux qu'il y a là un principe de responsabilité pécuniaire : le chirurgien a commis une faute, une imprudence en prenant pour le remplacer un incapable. Il ne faut donc voir dans les décisions rapportées que des décisions d'espèces.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Notions pratiques de toxicologie végétale indigène, par A.-L. MARCHADIER, directeur du Laboratoire municipal du Mans, et A. GOUJON, ingénieur agronome, chimiste principal du Mans. Préface de L. Guignard, membre de l'Institut. In-8 de 284 pages avec 66 figures dans le texte. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin.

L'Os temporal chez l'homme adulte. Iconographie et description de l'os et de ses cavités, par Ph. BELLOCQ, chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg. Grand in-8 de 128 pages avec 23 figures. — Prix : 18 francs. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ

N° 20. — MARDI 10 & JEUDI 12 MARS 1925. 98e ANNÉE. MARDI 10 & JEUDI 12 MARS 1925. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
BELGIQUE et ITALIE. . . **40 fr.** — UNION POSTALE. . . . . . **50 fr.**
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Il est créé, à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, un emploi de chargé de cours permanent de chirurgie orthopédique chez l'adulte.

Cet emploi serait supprimé si les fonds de concours, dont le versement permet d'en effectuer la création, venaient à faire défaut.

— M. Terrien, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, à partir du 1er mars 1925, professeur de clinique ophtalmologique à ladite Faculté, en remplacement de M. de Lapersonne, admis à la retraite.

— Bordeaux. — M. Réchou, agrégé, est chargé de l'enseignement et du service de la chaire de physique biologique et clinique d'électricité médicale, en remplacement de M. Bergonié, décédé.

— Strasbourg. — M. Canuyt, chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, est nommé, à partir du 1er mars 1925, professeur d'oto-rhino-laryngologie à ladite Faculté (chaire vacante). (*J. O.*, 7 mars 1925.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — M. Delotte, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est chargé, en outre, jusqu'à l'issue du concours qui doit s'ouvrir le 25 juin 1925, de la suppléance des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Périé, pharmacien de 1re classe, est chargé, pour le second semestre de l'année scolaire 1924-1925, d'un cours de pharmacie, en remplacement de M. Semeilhon, décédé.

M. Michel, pharmacien de 1re classe, est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-1925, dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie.

M. Mallet, pharmacien de 1re classe, est délégué, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-1925, dans les fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et de matière médicale.

— Rennes. — M. Ménez, chef de travaux à la Faculté des sciences de l'Université de Rennes, est chargé de la suppléance de M. Le Rolland à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, pendant la durée du congé accordé à ce dernier pour convenances personnelles.

MINISTÈRE DU TRAVAIL. — M. le professeur Sabrazès, directeur du centre régional anticancéreux de Bordeaux, est nommé membre de la Commission du cancer.

COMMISSION DE PROPHYLAXIE DES MALADIES VÉNÉRIENNES. — Ont été nommés membres de la Commission de prophylaxie des maladies vénériennes :

M. le docteur Touyeras, chef de bureau au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

M. le docteur Cavaillon, adjoint technique à la direction de l'assistance et de l'hygiène publiques.

M. le docteur Even, ancien député.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Custaud (de Collo).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Etienne et Bouillet (de Paris), Bouvier (de Belfort), Benet (de Tantavel).

Ministère des Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Abrami (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. le médecin-major Bouveret (de Mogador) et le docteur Villard (de Montréal).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. Paul Farez, médecin inspecteur adjoint des Asiles publics d'aliénés de la Seine, est nommé médecin inspecteur titulaire.

Sont nommés médecins inspecteurs adjoints : MM. Rogues de Fursac, Capgras et Roger Dupouy.

— M. le docteur Perret, médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), a été nommé médecin-directeur de cet établissement, en remplacement de M. le docteur Gimbal, précédemment nommé médecin-chef de service à l'asile public d'aliénés de Bragueville.

CONFÉRENCES EN ANGLETERRE DU PROFESSEUR CRUCHET. — M. le professeur René Cruchet vient de faire avec beaucoup de succès, à la Société royale de médecine et à l'Institut français de Londres, deux conférences : l'une, sur l'encéphalite épidémique; l'autre, sur les grandes découvertes de la médecine française.

UNE SOCIÉTÉ OTO-NEURO-OCULISTIQUE DU SUD-EST, vient de se fonder à Marseille à l'exemple de la Société oto-neuro-oculistique de Strasbourg. La première séance a eu lieu le 24 janvier 1925. Le bureau est ainsi constitué : MM. H. Roger, président; M. Bremond et G. Farnarier, vice-présidents; J. Reboul-Lachaux, secrétaire; J. Parrocel, trésorier. Les travaux seront publiés dans la *Revue d'oto-neuro-oculistique* (Paris, Doin édit.).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 16 mars 1925, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les chirurgiens consultants d'armée », par M. Lardennois, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, et M. Walther, membre de l'Académie de médecine.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical, à 19 heures précises (tenue civile, prix : 22 fr.), au Cercle militaire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Morin, président de l'Association suisse contre la tuberculose et de l'Union internationale contre la tuberculose, décédé à Leysin; A. Vigot, ancien professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen; Voix (de Troyes); Mme la doctoresse Hélène Herzenstein-Wulff (de Paris).

CHRONIQUE

L'INAUGURATION DES MONUMENTS DE PONCET ET DE JABOULAY A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

Nous conservons pieusement à la *Gazette des hôpitaux* une photographie de Poncet le représentant dans l'attitude qui lui était familière : appuyé à la cheminée de son salon de la rue Barbet-de-Jouy, la tête légèrement inclinée sur l'épaule, le pouce de la main droite glissé dans l'emmanchure du gilet. C'est cette attitude qu'a choisie le sculpteur M. Leriche pour le buste qu'on vient d'inaugurer à la Faculté de médecine de Lyon en même temps que le monument élevé à la mémoire de Jaboulay.

Voici douze ans que la mort a emporté Antonin Poncet et Jaboulay, à quelques semaines d'intervalle. Le premier enlevé subitement à l'affection des siens, au milieu d'une réunion de famille; le second disparu tragiquement dans l'affreuse catastrophe de chemin de fer de Melun. Les regrets laissés par ces deux hommes sont toujours aussi vifs; le temps, loin de diminuer leur œuvre comme cela arrive trop souvent, en montre mieux la grandeur. Poncet et Jaboulay furent bien les dignes descendants de cette grande lignée de savants qui, avec Gensoul, Bonnet et Ollier ont couvert de gloire l'Ecole de Lyon.

* *

La vie d'Antonin Poncet est un magnifique exemple d'activité chirurgicale et de pensée rayonnante.

« Commencer par l'humble besogne professionnelle, y exceller, et, quand on a fini les années d'apprentissage, employer celles de la maîtrise à ramasser, à relier ses expériences fragmentaires pour aboutir à des vues d'ensemble et aiguiller ainsi la science dans des voies nouvelles, je ne vois pas une plus belle courbe de destinée pour un homme de pensée. M. Poncet en aura donné un modèle achevé ».

C'est ainsi que son illustre ami M. Paul Bourget définissait dans un magnifique éloge l'évolution de la carrière de Poncet (1).

D'abord chirurgien et exclusivement chirurgien, Poncet montre une activité dont il est peu d'exemples. Il se consacre au début à la chirurgie osseuse, puis il publie ses travaux sur la chirurgie du corps thyroïde, sur l'actinomycose, la cystostomie, l'urétrostomie périnéale. Malgré une vie de travail qui aurait suffi à surmener un homme ordinaire il trouve le temps d'aller étudier chez Lister, chez Cornil et Ranvier, de se rendre en Autriche, en Allemagne, aux Etats-Unis, partout où il croit avoir quelque chose à apprendre.

Après cette période de magnifique activité chirurgicale le chirurgien céda la place au pathologiste. Son esprit toujours à la recherche de ce qui peut sauver des existences l'entraîna vers des conceptions de vaste envergure.

« Ce que la théorie de l'irritation fut pour Broussais, écrit encore M. Paul Bourget, celle de la spécificité des maladies pour Bretonneau et Trousseau, celle des glandes à sécrétion interne pour Brown-Séquard, celle de l'hystérie pour Charcot, l'hypothèse de la *tuberculose inflammatoire* le fut pour M. Poncet. »

Cette théorie de la tuberculose inflammatoire, à laquelle il consacra avec René Leriche un admirable livre, Poncet la soutint avec une ardeur et une conviction qu'il sut faire partager et nous ne pouvons oublier ces entretiens où avec le charme si fin de son esprit et de sa haute culture il nous entretenait de ses travaux et de ses espoirs.

C'était un grand chirurgien, c'était aussi un de ces amis rares que rien ne peut faire oublier.

* *

Si Poncet fut attiré surtout par la tuberculose, Jaboulay consacra une grande partie de ses travaux au cancer.

Anatomiste d'abord, Jaboulay, comme chef des travaux anatomiques, puis agrégé d'anatomie, se fait connaître par des travaux remarquables en ostéologie et neurologie. Devenu chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu en 1892, puis appelé à remplacer Ollier en 1902, il apporte à la chirurgie l'originalité d'un esprit prodigieusement instruit, un sens clinique profond, un souci de l'asepsie, une hardiesse et une élégance opératoires dont ses élèves ont conservé la tradition.

Il n'est pas une branche de la chirurgie dans laquelle il n'ait marqué son empreinte. Rappelons seulement qu'il fut le premier en France à pratiquer la cholédocotomie et qu'il inventa le bouton à entéro-anastomose qui porte son nom.

Jaboulay a publié de nombreux travaux, il suffira de citer parmi ses ouvrages « la chirurgie du grand sympathique et du corps thyroïde », la « chirurgie des centres nerveux, des viscères et des membres », ses leçons cliniques publiées dans un certain nombre de journaux, dont celui-ci, et qui furent ensuite réunies par le regretté Cavaillon.

Comme nous le disions plus haut, Jaboulay, dont l'esprit chercheur était sans cesse en éveil, fut particulièrement attiré par l'étude du cancer. On lui doit de belles études de pathologie comparée et des recherches thérapeutiques qui n'ont pas dit leur dernier mot, comme ses travaux sur le traitement du cancer par la quinine.

Jaboulay laissera le souvenir d'un grand chirurgien dont l'œuvre fut originale et trop tôt interrompue pour le bien de la science et de l'humanité.

F. L. S.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1913, p. 1779.

UN CAS DE RÉTRÉCISSEMENT SOUS-AORTIQUE

Par A. LEMIERRE et Etienne BERNARD.

Au milieu des descriptions consacrées au rétrécissement aortique, une brève mention est généralement accordée au rétrécissement sous aortique. En réalité l'étude du rétrécissement sous-aortique trouverait mieux sa place dans le chapitre traitant des lésions complexes du cœur, car on ne l'observe que coexistant avec de graves altérations de la valvule mitrale, dont il n'est d'ailleurs qu'une conséquence.

C'est Norman Chevers qui, en 1842 signala pour la première fois, dans les *Guy's Hospital Reports*, l'existence du rétrécissement sous-aortique et en établit d'emblée la pathogénie en montrant que la partie de l'orifice aortique immédiatement sous-jacente aux valvules sigmoïdes « ne se rétrécit que quand la partie supérieure de la valve de la mitrale, en rapport avec l'orifice aortique se rétracte par suite de l'inflammation ».

Le mérite d'avoir fait connaître le rétrécissement sous-aortique en France revient à Vulpian (1) qui, en 1869, en rapporta une observation, tout en disant qu'il en avait déjà antérieurement constaté deux cas semblables.

Le rétrécissement sous-aortique est considéré comme extrêmement rare (2). Peut-être serait-il plus commun, si comme le disent Potain et Rendu (3), on se donnait la peine de le rechercher. Et Vulpian avance qu'on le trouverait peut-être plus souvent, si, aux autopsies, on explorait systématiquement la région sous-aortique, après avoir incisé le ventricule gauche et avant de fendre l'orifice aortique.

Comme nous l'avons signalé dès le début, le rétrécissement sous-aortique n'est en effet qu'un des éléments de lésions cardiaques complexes. Les signes stéthoscopiques fournis par ces lésions sont souvent confus et incertains, surtout lorsque les malades sont déjà asystoliques, et le diagnostic reste en suspens. Il n'est donc pas étonnant qu'après la mort, le rétrécissement sous-aortique passe inaperçu, parce que l'on ne fait aucun effort pour le découvrir.

Aussi jugeons-nous intéressant de rapporter, à titre de document, une observation clinique et anatomo-pathologique dans laquelle les signes stéthoscopiques étaient si nets que le diagnostic, sinon de rétrécissement sous-aortique, mais de rétrécissement aortique coïncidant avec un rétrécissement mitral, put être très facilement établi pendant la vie, tandis que l'examen du cœur permit de constater après la mort l'intégrité de l'orifice aortique proprement dit, mais la présence en amont de cet orifice d'un rétrécissement évidemment dû à l'épaississement de la grande valve de la mitrale.

Observation. — B..., dix-huit ans, imprimeur, entre le 11 juin 1924 à l'hôpital Bichat en état d'asytolie. Ce jeune homme aurait eu à l'âge de quatre ans, une chorée, qui aurait récidivé à six ans, à dix ans, et à onze ans. La dernière attaque de chorée aurait été particulièrement intense, avec prédominance du côté gauche et aurait duré six mois. C'est à ce moment que le sujet, soigné à l'hôpital Bretonneau, a entendu dire pour la première fois, qu'il était porteur d'une lésion cardiaque.

Depuis cette époque il a toujours souffert de dyspnée d'efforts. Depuis une année cette dispnée s'est accentuée; en même temps l'œdème des jambes s'est montré et a monté progressivement.

Depuis trois semaines la dyspnée existe même au repos et le malade ne peut demeurer au lit qu'assis; il a de plus ressenti quelques douleurs précordiales. L'aggravation de tous ces troubles l'a décidé à entrer à l'hôpital.

C'est un garçon de haute taille, aux épaules étroites, qui malgré les œdèmes dont il est surchargé ne pèse que 61 kil. 400. Les extrémités, nez, oreilles, mains, pieds, sont cyanosées. Un œdème volumineux et dur occupe toute la hauteur des membres inférieurs. Les organes génitaux sont tuméfiés. L'infiltration occupe même la paroi abdominale et la région lombaire. L'abdomen est un peu saillant et tendu : on constate un peu d'ascite.

Le thorax apparaît asymétrique, en raison d'une voussure précordiale considérable, soulevant la paroi à partir de la deuxième côte. On constate à chaque systole une impulsion très visible de toute la région se transmettant au creux épigastrique. Il paraît exister de plus un retrait systolique de la pointe. Celle-ci bat dans le cinquième espace intercostal, notablement en dehors de la ligne mamelonnaire. Elle paraît demeurer fixe quand on déplace le malade.

Contrastant avec l'impulsion vigoureuse de la pointe, on trouve un pouls radial très petit, battant à 108 et régulier. La matité cardiaque dépasse d'un travers de doigt le bord droit du sternum.

La palpation de la région précordiale permet de percevoir deux frémissements cataires nettement distincts l'un de l'autre :

1° A l'extrémité interne du troisième espace intercostal droit, un frémissement intense nettement systolique.

2° A la pointe un frémissement plus doux, nettement présystolique.

Ces deux frémissements sont séparés l'un de l'autre par une aire étendue où la main ne perçoit rien.

A l'auscultation on trouve un souffle systolique très rude et très intense dont le maximum se trouve à l'extrémité interne du troisième espace intercostal droit

Ce souffle se propage vers la clavicule droite; on le perçoit jusque dans le dos du côté droit du thorax. Ce souffle se propage aussi du côté de la pointe qu'il dépasse vers la gauche. Peut-être y a-t-il un souffle systolique mitral coïncidant avec le souffle systolique aortique.

On constate enfin à l'auscultation de la pointe l'existence d'un souffle présystolique et d'un roulement diastolique.

Le diagnostic suivant est posé : rétrécissement aortique; rétrécissement mitral peut-être compliqué d'insuffisance.

Possibilité de symphyse cardiaque, ce dernier point étant extrêmement douteux.

Le foie, très volumineux atteint jusqu'à l'ombilic, il est dur, assez douloureux et animé de battements synchrones avec la systole cardiaque.

On trouve de la matité aux deux bases pulmonaires avec quelques râles sous-crépitants.

La tension artérielle est à 10/8 au Vaquez. Les urines rares contiennent un peu d'albumine, mais ni sucre, ni pigments biliaires. L'urée sanguine est à 0 gr. 49 cent. pour 1000.

Rien à signaler du côté du système nerveux.

Le malade soumis à un traitement par la digitaline voit ses œdèmes s'effondrer complètement en quelques jours; le foie remonte jusqu'aux fausses côtes; la dyspnée disparaît. Il ne persiste qu'un léger degré de cyanose.

Le malade libéré de ces œdèmes apparaît très grand, très maigre et très mince, avec une absence presque complète de système pileux aux aisselles et au pubis. Son aspect infantile contraste avec l'élévation de sa taille.

Le cœur s'est ralenti à 80 et les signes stéthoscopiques sont devenus plus nets encore, permettant de confirmer pleinement le diagnostic porté à l'entrée. Un examen radioscopique pratiqué par M. Léon Kindberg montre une dilatation marquée des cavités droites, une grosse hypertrophie du ven-

(1) Vulpian. Rétrécissement mitral; concrétion sanguine; rétrécissement sous-aortique du ventricule gauche, *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 206.

(2) Lian. *Appareil circulatoire. Maladies du cœur*, p. 328; — *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée.* t. IV 1922.

(3) Potain et Rendu. Article Cœur, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, t. XVIII, p. 534.

tricule gauche, une dilatation très nette de l'oreillette gauche et une saillie de l'ombre de l'artère pulmonaire.

Au début de juillet, le foie augmente de nouveau de volume et devient douloureux sans réapparition des œdèmes. L'administration de pilules de Lancereaux pendant six jours, ramène le foie au niveau du rebord inférieur des fausses côtes.

Le malade quitte le service le 26 juillet 1924, en excellent état. Pendant tout son séjour la température est restée constamment normale.

Il entre de nouveau à Bichat le 14 janvier 1925. Il raconte qu'après sa sortie de l'hôpital il a repris son métier. Au bout de quelque temps la dyspnée d'effort a reparu. En octobre l'œdème des jambes s'est montré accompagné de tuméfaction de l'abdomen. Il a dû cesser son travail; puis la dyspnée ayant progressé il est revenu à l'hôpital.

On constate alors les mêmes symptômes stéthoscopiques qu'au moment du premier séjour à l'hôpital. L'œdème des jambes est notable. Il y a un peu d'ascite. Le foie est très volumineux et animé de battements. Cependant il n'existe guère de dyspnée au repos.

Une cure de digitaline suivie d'administration de théobromine n'amène pourtant pas une rétrocession nette des symptômes.

Le 22 janvier, sans aucun phénomène alarmant prémonitoire, le malade meurt subitement.

Autopsie. — Le *péricarde* contient une certaine quantité de liquide séro-fibrineux.

Le *cœur* pèse 730 grammes vide de sang. Les cavités droites et gauches sont très dilatées; mais on est surtout frappé de l'élargissement considérable des oreillettes et particulièrement de l'oreillette gauche. L'orifice tricuspidien semble très élargi. Il en est de même du tronc de l'artère pulmonaire.

L'orifice mitral vu par l'oreillette a l'apparence d'une fente étroite admettant à peine l'extrémité du petit doigt et à pourtour épais et rigide. Les deux valves de la mitrale sont soudées et épaissies. Les cordages sont rétractés. La grande valve de la mitrale contient dans son épaisseur une sorte de noyau dur, de consistance cartilagineuse, hérissé de saillies qui proéminent vers la face aortique.

Ces saillies sont lisses, recouvertes par une séreuse intacte; ce ne sont aucunement des végétations récentes.

Le doigt introduit de la cavité du ventricule gauche vers l'orifice aortique est arrêté par un rétrécissement compris entre la grande valve de la mitrale épaissie et mamelonnée de la cloison interventriculaire intacte. La saillie formée par l'épaississement de la valvule mitrale siège environ 1 centimètre et demi en amont de l'insertion des sigmoïdes aortiques. Celles-ci sont absolument intactes, de même que l'orifice aortique. Seulement le tronc de l'aorte, souple et lisse est remarquablement étroit.

A la face postérieure de la paroi de l'oreillette droite on constate une végétation endocarditique récente grosse comme un pois; quelques autres petites végétations grosses comme une tête d'épingle sont éparses autour d'elle.

Les *poumons* sont d'une consistance assez dure et paraissent légèrement sclérosés. Ils sont en même temps œdémateux. Au sommet gauche existe une cicatrice de tuberculose ancienne. On trouve un ganglion crétacé dans le pédicule pulmonaire gauche.

Le *foie*, très volumineux pèse 2k500. C'est un foie muscade et scléreux.

La *rate* pèse 450 grammes. Elle est ferme et d'aspect betterave.

Les *reins*, augmentés de volume, pèsent 220 et 240 grammes. Ils sont fermes et lisses. La capsule, mince se détache facilement. Ils sont extrêmement cyanosés. Les pyramides de Malphghi notamment sont noires, couleur de truffe.

Les *capsules surrénales* contiennent de petits adénomes cortinaux.

La *cavité péritonéale* renferme une ascite modérément abondante.

Le *pancréas* est volumineux, mais pas notablement congestionné.

L'*encéphale* est très hyperémié, sans trace de lésion en foyer.

Ce qui frappe dans cette observation c'est la facilité avec laquelle le diagnostic de la lésion cardiaque, pourtant complexe a pu être établi. La simple palpation, avant même que l'auscultation eût été pratiquée, avait permis de la poser avec une certaine exactitude. Le frémissement cataire systolique intense à l'extrémité interne au troisième espace intercostal droit, associé à une microsphygmie contrastant avec l'impulsion vigoureuse d'un ventricule gauche hypertrophié, ne pouvait guère signifier que rétrécissement aortique; le frémissement cataire présystolique à la pointe était l'indice certain d'un rétrécissement mitral. Les caractères des souffles perçus à l'auscultation ont confirmé cette interprétation.

Il faut reconnaître que chez notre malade la symptomatologie a été singulièrement plus complète et plus précise que dans certaines observations rapportées antérieurement.

En possession d'un tel luxe d'indices fournis par la palpation et l'auscultation, nous avons eu beaucoup moins de mérite que nos devanciers à identifier la lésion cardiaque.

Vulpian dans son cas de 1869, sur la constatation d'un souffle systolique à la pointe et à la base avait diagnostiqué un rétrécissement portant sur les deux orifices aortique et mitral. Chez le malade de Liouville (1), on ne trouvait qu'un léger souffle au premier temps, à la pointe; chez celui de Rendu (2), un souffle systolique rapeux, très intense, surtout marqué à la pointe, se propageant dans la direction de l'aorte et coïncidant avec un pouls petit et serré; chez celui de Chouppe (3) qui, en plus d'une maladie mitrale, et d'un rétrécissement sous-aortique fut trouvée, à l'autopsie, porteur d'une persistance du trou de Botal, un souffle systolique à la base, se prolongeant le long de l'aorte et un souffle moins fort siégeant à la pointe. Potain et Rendu (4) enfin disent qu'en cas de combinaison d'un rétrécissement aortique et d'un rétrécissement mitral, l'auscultation fait surtout entendre le souffle systolique de la base, tandis que le bruit présystolique ou diastolique de la pointe n'est pas toujours facile à percevoir.

En tout cas il paraît toujours impossible de dire si le souffle systolique de la base est l'indice d'un rétrécissement aortique vrai ou d'un rétrécissement sous-aortique. Seulement l'existence concomitante d'une lésion de l'orifice mitral permet d'envisager la possibilité d'un rétrécissement siégeant en amont des valvules sigmoïdes. Seul l'examen anatomopathologique permet de trancher la question.

Quant à nous, guidés par le diagnostic posé pendant la vie du malade, nous n'avons eu aucune difficulté à découvrir à l'autopsie le rétrécissement sous-aortique. L'aorte sectionnée à 2 centimètres en aval des valvules sigmoïdes était d'une étroitesse remarquable et les sigmoïdes étaient parfaitement saines à la vue comme à la palpation. Vu par l'oreillette gauche, d'ailleurs énormément dilatée, l'orifice mitral apparaissait très rétréci, en forme de fente. Après incision du ventricule gauche, le doigt,

(1) LIOUVILLE. Rétrécissement sous-aortique du ventricule gauche. *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 207.

(2) RENDU. Insuffisance et rétrécissement mitral. Rétrécissement aortique. Hémorragies pulmonaires multiples. Oblitération de l'artère pulmonaire, *Bull. de la Soc. anat.*, 1871, p. 235.

(3) CHOUPPE. Insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral. Rétrécissement sous-aortique. Persistance du trou de Botal. *Bull. de la Soc. anat.*, 1872, p. 295.

(4) POTAIN et RENDU. *Loc. cit.*, p. 669.

pour arriver jusqu'à l'orifice aortique avait à franchir un véritable canal étroit dont le contour gauche était formé par la valve aortique de la mitrale extrêmement épaissi, rugueuse et contenant une sorte de masse dure, cartilagineuse, irrégulière, faisant saillie d'une part dans l'orifice mitral, d'autre part dans le canal sous-aortique à 1 centimètre et demi environ en amont de l'insertion des sigmoïdes.

Dans notre cas le rétrécissement sous-aortique était dû uniquement à l'épaississement considérable et à la rétraction de la grande valve de la mitrale. Le restant du contour du canal préaortique était constitué par la partie supérieure de la cloison interventriculaire demeurée absolument normale. Dans certaines des observations rapportées antérieurement, il est spécifié au contraire qu'il existait un véritable anneau fibreux au-dessous de l'insertion des sigmoïdes,

Chez notre sujet, la première crise d'asystolie s'est montrée sept ans après la première constatation de la cardiopathie et la mort est survenue six mois plus tard. C'est là une évolution assez rapide qui peut certes se voir chez des sujets jeunes porteurs de simples lésions mitrales, apparues pendant l'enfance, à l'occasion d'un rhumatisme articulaire aigu ou d'une chorée, mais qui est de règle dans les lésions cardiaques complexes et notamment dans les lésions mitrales, insuffisance et rétrécissement, combinées avec un rétrécissement aortique (1).

L'observation que nous venons de rapporter est donc un exemple tout à fait remarquable de rétrécissement sous-aortique. Les symptômes traduisant cliniquement la sténose aortique et la sténose mitrale s'y sont manifestés avec une telle évidence que la seule palpation du cœur permettait d'affirmer l'existence de cette double lésion. L'examen anatomo-pathologique a montré que la grande valve de la mitrale extraordinairement épaissie et déformée était l'agent d'un rétrécissement siégeant notablement en amont des sigmoïdes aortiques, elles-mêmes parfaitement saines, rétrécissement contrariant l'écoulement du sang vers l'aorte au point d'avoir entraîné une angustie accentuée de ce vaisseau.

Qu'il s'agisse là d'un fait classique, nous ne nous le dissimulons pas et nous sommes persuadés que, depuis les observations publiées il y a plus de cinquante ans, certains médecins ont eu l'occasion d'en constater d'analogues. Mais nous n'ignorons pas non plus que le rétrécissement sous-aortique est une affection rare et le cas que nous avons eu la bonne fortune de rencontrer nous a paru résumer si bien toute l'histoire de la maladie que nous n'avons pas hésité à le rapporter en détail.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Colotyphlites et le syndrome iliaque droit (appendicites, péricolites, colotyphlites), par le docteur A.-C. GUILLAUME. In-8 de 408 pages avec figures. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin.

Les Syndromes anémiques, par R.-J. WEISSENBACH, médecin des hôpitaux de Paris. (Bibliothèque des grands syndromes. Directeur : H. Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris. In-8 de 376 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin.

(1) POTAIN et RENDU. *Loc. cit.*, p. 671.

THÉRAPIE PROTÉINIQUE

Par le docteur ANDRÉ JOURAVLEFF
(de Moscou).

Le traitement par l'injection de l'albumine est connu depuis déjà plusieurs siècles, mais il a été employé pour d'autres raisons et sous une autre forme que maintenant; c'est ainsi qu'autrefois cette thérapie était employée par le procédé de la transfusion du sang, car les médecins d'alors supposaient que le sang « se transplante. »

La transfusion du sang fut proposée en 1667 par Jean-Baptiste Denis et fut très répandue, malgré le grand nombre de décès qui suivirent son emploi ; d'après Podvissotsky le parlement de Paris, et la loi du Pape défendirent cette opération.

En Angleterre, au XVIIe siècle, on commença à introduire le lait dans les veines en grande quantité. Mais ce mode d'emploi tomba en désuétude, car le lait, employé de cette manière, provoquait des embolies de graisse, qui occasionnaient souvent des décès.

Après les découvertes de Pasteur, on se mit à appliquer le traitement par des sérums spécifiques.

En 1894, à la suite des épreuves d'Isaëff, on admit le traitement des maladies infectieuses par l'albumine non spécifique. Cependant cette sorte de traitement était connue déjà avant les épreuves d'Isaëff.

En 1916 au mois de juillet le professeur Nolf commença à employer la peptone (intraveineuse) et R. Schmidt le lait (1916, intramusculaire). C'est ainsi que se développa peu à peu la thérapie protéinique. La thérapie proteinique fut pratiquée en Russie pour la première fois en 1920-21 principalement dans les maladies internes et infectieuses.

Il est regrettable que la base scientique de ce traitement ne soit pas encore suffisamment fondée.

Clark suppose qu'après l'injection la perméabilité des capillaires dans l'organisme augmente dans la phase négative, et que dans la phase positive la perméabilité diminue.

La perméabilité élevée a pour effet d'augmenter le courant de la lymphe qui nettoie les tissus de l'amas des différents éléments du métabolisme cellulaire ; ces éléments sont emportés dans la circulation du sang, et comme résultat nous voyons l'augmentation de l'urine, de la transpiration, de la salive, de la bile, etc.

Parallèlement à cela, sous l'influence de l'albumine injectée se produit dans l'organisme l'hyperleucocytose des cellules neutrophiles avec un enclin vers la gauche d'après Arneth.

Mme A. Togounoff (de l'Institut scientifique de Tarasevitch à Moscou) a établi que la moelle des os, la rate, etc., sous l'influence de différentes substances albumines se transforment histologiquement. Selon la dose injectée on observe le changement produit qui est tantôt régénératif, tantôt dégénératif.

Malkine déclare que la leucocytose coïncide avec la diminution du complément ; la leucoytose diminue et devient normale quand le complément augmente. Il suppose aussi que la crise de la maladie correspond à la phase négative du complément et des opsonines juste au moment de leur chute et l'amélioration correspond à la phase positive.

L'augmentation des leucocytes et d'autres éléments du sang et leur transformation se produit

grâce à la fonction énergique de tout l'appareil réticulo-endothélial; ainsi, dans l'organisme se renouvellent les éléments principaux.

Tous ces travaux expérimentaux nous prouvent que la protéine introduite dans l'organisme par la voie intramusculaire est un moyen puissant, qui peut être nuisible, mais aussi capable de donner des résultats positifs.

La réaction de l'organisme. — Quelques heures après l'injection de l'albumine la température commence à monter (on ne l'observe pas toujours), elle atteint son maximum au bout de six à dix heures; après quoi elle baisse et le lendemain ordinairement elle devient normale. Lorsque la température monte, les malades se sentent brisés, éprouvent une faiblesse générale et de l'oppression, mais lorsque la température redevient normale, le malade se rétablit et recouvre ses forces.

Outre la réaction de la température la plupart du temps on remarque aussi une transformation des éléments du sang. Et c'est ainsi que quelques heures après l'injection, il se produit dans le sang de la leucocytose d'une durée de quatre à cinq jours et qui atteint son maximum le deuxième ou le troisième jour qui suit l'injection.

D'après plusieurs auteurs le foyer de la réaction dans l'organe atteint a une très grande importance pour la guérison de l'organisme, car les leucocytes affluent aux régions où leur action est nécessaire, c'est-à-dire aux régions où se produit une inflammation (une hypérémie, une transsudation, un écoulement du pus), et après quoi le processus de guérison commence.

Sous l'influence de l'albumine injectée dans l'organisme augmentent : la fibrinogène, la globuline, la trombokinase, le sucre et le ferment protéolitique (A. Clark).

En même temps la formation de divers anticorps spécifiques augmente : précipitines; complément (Nolf), opsonines et agglutines.

Après l'injection de différentes albumines on observe parfois l'anaphylaxie !

Le professeur S. Steriopoulo a eu l'occasion d'observer l'anaphylaxie chez un ichiadique après la cinquième injection de lait.

Péhu et Bertoye nous parlent d'un cas d'anaphylaxie du sérum qui fut suivi de décès. Nous même avons observé un cas analogue après la troisième injection de lait (de 5,0) chez une blessée dans la région du tibia gauche; après la constatation de la maladie du sérum nous avons employé pour cela la formule de Bezrédka c'est-à-dire qu'une ou deux heures avant l'injection de la dose thérapeutique de l'albumine nous avons injecté la dose de 0,1 de la même matière.

Emploi de la thérapie protéinique en Russie. — D'après les auteurs russes la protéino-thérapie a été appliquée dans les différentes parties de la médecine surtout dans les maladies internes (Stériopoulo) ; en laryngologie (prof. Svergevsky); en chirurgie (prof. Herzen); en gynécologie et en obstétrique ; dans les maladies oculaires (Achkinasi-Statikoff ; et dans l'urologie (Timofeeff).

D'une manière expérimentale la thérapie protéinique fut appliquée à l'Institut de Tarassevitch, (Togounoff, Lubarsky); Malkine (de Kazan.)

Notre expérience personnelle et la littérature nous montrent que la thérapie protéinique a les indications suivantes :

I. *Indication absolue* : *a.* dans les artrites rhumatiques chroniques, la thérapie protéinique est plus efficace que les autres méthodes de traitement; *b.* les érysipèles; *c.* les hémorragies principalement de l'estomac, de l'intestin, le typhus abdominal, l'ulcère de l'estomac et du duodénum; *d.* furonculose.

II. *Indication relative* : *a.* maintes inflammations des organes sexuels féminins; *b.* processus septiques; *c.* processus chronique de l'oreille interne; *d.* dans les différentes angines; *e.* les eczémas; *f.* différentes brûlures; *g.* l'anémie et la faiblesse.

Dans ces cas, la thérapie protéinique peut améliorer l'état général, fortifier le sommeil, apaiser les douleurs et abréger le processus.

En outre le traitement protéinique peut être ajouté comme moyen stimulant au traitement spécifique par le salvarsan (Darier, Babonneix, Javillier), l'iode, mercure, le salicylate de soude.

Contre-indications : 1° Tous les cas de tuberculose pulmonaire n'ayant pas le caractère fibreux ; 2° Dans l'épuisement de la moelle épinière dans l'anémie aplastique (Lubarky); 3° La néphrite aiguë; 4° La lithiase rénale; 5° Dans l'affaiblissement aigu de l'action cardiaque; 6° Artériosclérose prononcée; 7° Œdème de diverses origines; 8° Diabète; 9° Néoplasmes; 10° Cachexie; 11° La grossesse, car la thérapie protéinique pourrait provoquer l'avortement ou bien la fausse couche; 12° L'âge : dans l'enfance, la thérapie protéinique peut être employée seulement sur les malades stationnaires et avec prudence.

Je citerai quelques cas des plus caractéristiques de ma pratique :

1° En 1923, n° 201, vingt-cinq ans. *Retro latero dextro positio uteri fixata* (avant l'opération).

Le 2 janvier 1924, opération faite sous le chloroforme avec une température de 37 : *salpingoophorectomia sinistra, salpingectomia dextra et resectio partialis ovarii dextri.*

Pendant l'opération le pus souilla l'abdomen.

Quatre jours plus tard la température monta jusqu'à 38 avec des soubressauts et se prolongea pendant une trentaine de jours de 38 à 39,6.

Le seizième jour le palper abdominovaginal montra le résultat suivant : Parametritis infiltrativa post operationem.

Le vingt-cinquième jour, la iono-thérapie fut appliquée. (Quatre séances de quinze minutes chacune de 10-15 milliampères). L'amélioration ne fut pas remarquée et la malade sentit une grande faiblesse et de l'oppression.

Le trentième jour on fit une injection intra-musculaire de lait féminin du deuxième au quatrième jour post partum 2 centimètres cubes; le lendemain la température de 38,3 baissa jusqu'à 37,7. Le trente-troisième jour on fit une seconde injection de 3,5 centimètres cubes, et le soir la température baissa jusqu'à 37,0 et à partir de ce moment la température ne monta pas plus haut que 36,9; la malade commença à marcher, elle se sentit de mieux en mieux, ses forces se rétablirent et elle recouvrit le sommeil.

Le trente-septième jour, injection 3 centimètres cubes d'albumine.

Au palper abdomino-vaginal l'infiltration disparut complètement et il ne resta plus qu'une douleur dans le côté droit à l'endroit de la naissance de la trompe.

Le quarante-deuxième jour la malade quitta l'hôpital complètement guérie. Pendant le traitement on observa de la diurèse, l'écoulement de pus devint plus abondant, la salivation et la transpiration augmentèrent.

2° En 1923, sous le n° 1191 (une femme d'un médecin), trente ans. *Mastitis dextra gangrenosa.*

Le 17 août, opération sous l'éther. Le 23 août, le professeur S. Fedoroff fit pour la seconde fois une profonde incision de la mamelle en forme de croix.

Pendant deux mois la malade continua à avoir la fièvre, la température oscillait entre 36,5 et 40, et l'amélioration ne se constatait pas. Dans la quinzaine qui suivit on fit six injections de lait à la dose de 3 centimètres cubes dans la fesse droite.

Le 10 novembre la malade quitta l'hôpital complètement guérie avec une température normale.

3° En 1923, n° 1223, un sujet de vingt-deux ans. *Vulnus contusum tibiæ sinistræ.*

D'après l'analyse du pus on constata un diplocoque et streptocoque.

Du 19 septembre au 9 octobre, la température oscilla de 36 à 39,2. Le 20 septembre, on fit une injection de lait de 3 centimètres cubes. Le 27 septembre, seconde injection de 5 centimètres cubes; le 2 octobre, la troisième de 5 centimètres cubes, après quoi l'anaphylaxie parut. Depuis ce jour j'employais la formule de Bezredka (dont nous avons parlé plus haut).

Après l'anaphylaxie je fis encore six injections; les douleurs diminuèrent sensiblement, la plaie diminua et son écoulement cessa.

Le 12 novembre elle sortit de l'hôpital complètement guérie.

4 et 5° En 1923, sous le n° 1444 un sujet de vingt-cinq ans, et sous le n° 1448 un sujet de vingt-deux ans (frère et sœur), avec des brûlures produites par le gaz du premier, du second et du troisième degrés.

Les brûlures étaient au visage, au cou, à la nuque, à l'avant-bras et entre les omoplates.

Plusieurs injections intra-musculaires de lait furent faites. Les douleurs disparurent et les malades guérirent et quittèrent l'hôpital le 15 octobre 1923.

En même temps que ces deux malades, on en avait amené deux autres avec des brûlures analogues. A ceux-là je n'avais pas fait d'injections et ils ne sortirent de l'hôpital qu'un mois après les premiers.

Pour abréger je passerai aux conclusions.

1° Il est nécessaire de faire des injections le matin, car après l'injection on observe parfois des tendances à la fièvre avec un malaise général etc. Cet état morbide passe ordinairement vers le soir de sorte que le malade peut passer la nuit tranquillement.

2° Il est désirable de commencer les injections chez les adultes de 2 centimètres cubes jusqu'à 5 centimètres cube maximum excepté pour les tuberculeux (cela a été établi d'après l'épreuve faite sur 1.025 sujets); il faut se souvenir que l'injection de l'albumine faite les premiers jours de la maladie donne les résultats les meilleurs.

3° Cette remarque coïncide avec ce que le professeur Nolf a observé. Dans les brûlures le traitement aux injections de lait sans aucun doute atténue le courant de la maladie, active la guérison, en outre la cicatrisation des processus suppuratifs se fait beaucoup plus vite, la température baisse et l'état général s'améliore.

4° Il ne faut pas appliquer les injections de l'albumine dans la tuberculose des poumons à caractère non fibreux. Dans les autres cas de tuberculose on peut faire des injections avec beaucoup de prudence et si l'on applique cette thérapie, il faut le faire de la même manière que dans le traitement de la tuberculine (en commençant de 0,1 jusqu'à 1,0) en observant tous les symptômes cliniques qui se présentent, si la maladie s'aggrave, cette thérapie doit être immédiatement abandonnée.

Le genre d'albumine, la dose, l'état du malade, la maladie elle-même et la place où l'albumine est introduite ont une grande influence sur la réaction de la température.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1925)

Intoxication aiguë par le véronal et les autres dérivés de la malonylurée (barbiturisme). — MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU rapportent cinq observations de cette intoxication. Quand elle réalise le syndrome suivant : léthargie, ophtalmoplégie, asthénie et fièvre, le diagnostic peut être très délicat entre la léthargie véronalique et celle de l'encéphalo-névraxite épidémique, des tumeurs et hémorragies cérébrales, de la méningite syphilitique de la base et des comas paroxystiques.

Une contre-indication à l'emploi, même à doses minimes, du véronal ou des dérivés de l'acide barbiturique : altérations hépatiques, organiques ou fonctionnelles, quelle que soit leur étiologie.

Le véronalisme réalisant un coma uréo-alcoolique, la saignée abondante se montre très efficace.

Sérum zonateux et varicelle. — MM. SICARD et PARAF apportent un fait nouveau en faveur de la dualité étiologique du zona et de la varicelle. Ils ont eu l'occasion d'inoculer du sérum de zonateux à des enfants en contact avec des varicelleux. Or, ces enfants ont contracté la varicelle. Le sérum des zonateux n'a donc pas de pouvoir immunisant préventif vis-à-vis de la varicelle, tandis que le sérum des varicelleux, comme on le sait, se montre efficace dans les mêmes conditions.

M. NETTER considère qu'il y a une relation entre la varicelle et le zona, bien qu'on ne puisse la déceler dans les sérosités. Il compare ces faits à ce qui, en botanique, est classé sous le nom de phénomènes de mutation.

Dilatation des bronches diagnostiquée par le lipiodol. — M. COYON. Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'une broncho-pneumonie grippale, présenta de la dilatation bronchique que l'injection de lipiodol permit de diagnostiquer et de localiser. Devant la précision du diagnostic, l'auteur se demande s'il faut avoir ici recours à la collapsothérapie par pneumothorax artificiel ou à la phrénicotomie.

M. CHAUFFARD n'est pas d'avis de pratiquer la phrénicotomie, l'état général étant satisfaisant.

M. RIST pense que le pneumothorax artificiel est ici très indiqué, il a remarqué que le lipiodol donne une sédation remarquable des symptômes pendant un certain temps, mais cette amélioration est transitoire.

Radio-lipiodol de l'abcès froid migrateur. — MM. SICARD et FORESTIER insistent de nouveau sur l'intérêt de l'épreuve lipiodolée pour les abcès froids migrateurs. L'injection en pleine poche purulente d'une dizaine de centimètres cubes de lipiodol permet de reconnaître les dimensions, le contour et surtout le point de départ de l'abcès.

Ostéo-arthrite coxo-fémorale, d'origine typhique, chez l'adulte. — MM. G. CAUSSADE et A. TARDIEU rapportent trois observations d'arthrite typhique de la hanche survenue au décours ou pendant la convalescence de la dothiénentérie.

Du point de vue anatomique : dans les trois cas, la lésion initiale et essentielle est osseuse, à la fois acétabulaire et fémorale, la tendance à l'hypertrophie est constante.

L'ostéo-arthrite typhique de la hanche est une complication souvent méconnue en raison de son début insidieux et de son allure latente. Elle doit être recherchée minutieusement comme la spondylite et l'ostéo-périostite. De la précocité du diagnostic dépend l'efficacité de la vaccinothérapie qui est la thérapeutique de choix.

Maladie osseuse de Recklinghausen. — M. André Léri et Mlle Linossier présentent un malade atteint de maladie osseuse fibrokystique de Recklinghausen généralisée.

Deux particularités notamment sont à noter dans cette observation : 1° le raccourcissement jusqu'ici non signalé des dernières phalanges des doigts et des orteils, résultant de la disparition des lunules terminales des phalangettes qui sont comme rongées par un processus kystique; 2° l'existence d'une réaction de Wassermann positive et de la guérison antérieure rapide de douleurs prolongées par un traitement spécifique, constatations qui posent la question des rapports de la maladie osseuse de Recklinghausen avec la syphilis.

Syndrome adiposo-génital lié à une encéphalite léthargique. — MM. L. Rivet, L. Rouquès et Ch. Jany relatent l'observation d'une femme de trente et un ans qui fut atteinte, en mars dernier, d'une encéphalite léthargique typique. On vit apparaître une polyurie tenace et une obésité marquée, avec engraissement de 16 kilogrammes; les règles étaient supprimées. La polyurie céda à des injections d'hypophyse-ovaire. Puis, à la suite de diverses opothérapies pluriglandulaires, les règles réapparurent au bout de sept mois d'absence. Mais l'augmentation de poids persista et ne fléchit que sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne.

Provocation de l'épilepsie jacksonnienne par l'hyperpnée expérimentale. Valeur diagnostique de ce test clinique. — MM. Guillain, Alajouanine et Thévenard attirent l'attention sur ce fait que chez un sujet présentant des crises d'épilepsie jacksonnienne l'épreuve de l'hyperpnée peut amener en quelques minutes des secousses convulsives, de l'hypertonie tétaniforme dans certains groupes musculaires où débute le signal symptôme ; le malade qu'ils présentent ayant des crises jacksonniennes à début brachial peu fréquentes réagit ainsi à chaque épreuve d'hyperpnée. Cette épreuve de l'hyperpnée leur paraît avoir une importance dans certains cas d'épilepsie jacksonnienne pour préciser un diagnostic. Bien des malades viennent consulter pour des phénomènes convulsifs qui paraissent être des crises jacksonniennes, mais ces crises sont rares, elles se produisent la nuit, elles n'ont pas été observées par le médecin, on comprend combien il peut être utile de pouvoir les provoquer par une épreuve non dangereuse.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(Séance du 10 février 1925)

Un cas de gonococcie transmise du chien à l'homme. — M. Grimberg a observé un malade contaminé par sa chienne couchant dans son lit et qui, la veille de l'apparition de l'écoulement, avait réveillé son maître en se livrant sur lui à des frottements insolites. La chienne présentait un écoulement vulvaire verdâtre, dans lequel existaient de nombreux diplocoques présentant les réactions biologiques du gonocoque, mais un peu plus grands. Chez son maître, la taille des gonocoques était également plus grande.

L'obésité (*A propos de la communication de M. Marcel Labbé*). — M. Félix Régnault pense que le bistournage, usité chez le cheval, est susceptible d'expliquer les différences au point de vue de l'obésité et de l'énergie motrice avec les animaux castrés. L'obésité est d'abord localisée en certaines régions (maniements du bœuf et le sujet conserve longtemps son activité. De même que les acromégaliques, chez l'obèse, l'énergie digestive, la capacité assimilatrice sont augmentées, souvent aussi la force musculaire (lutteurs). Puis l'énergie vitale flanche, l'obèse devient un malade.

Discussion. — M. Brocq-Rousseu. Le bistournage se fait rarement chez le cheval.

M. Grollet. Pour ainsi dire jamais. L'obésité véritable, d'ailleurs, chez les animaux, ne semble s'observer que chez le chien ou le porc. Celui-ci est suralimenté en stabulation complète et quand il est parvenu à l'obésité extrême, il est tout à fait impotent. Les chiens obèses également son apathiques. Chez les animaux de boucherie, l'engraissement ne semble pas être de l'obésité semblable à celle de l'homme. C'est une surcharge générale de graisse, surtout accentuée, du fait de la sélection, dans les régions qui ont le plus de valeur au point de vue boucherie.

Sur la théorie pathogénique du mal de montagne. — M. Dodel rappelle les trois théories en présence, celles de Paul Bert, déficit d'oxygène, de Mosso, déficit de CO^2, de Raphaël Dubois, pour qui le mal des montagnes, séparé du mal des aéronautes, se rapproche du mal de mer et serait dû à une ventilation pulmonaire défectueuse : troubles respiratoires provoqués, en mer, par les mouvements du bateau, en montagne, par les heurts de la marche, tiraillant le diaphragme, et auxquels s'ajouterait la baisse de tension de l'O. et de la formation plus grande de CO^2, sous l'influence du travail musculaire. Une autointoxication par les déchets respiratoires non éliminés, constituerait la pathogénie du mal de mer et du mal de montagne.

Allant plus loin, R. Dubois compare ces troubles à ceux que produit l'air confiné (mal des théâtres).

Discussion. — M. Foveau de Courmelles rappelle que le Dr Regard, autrefois, a montré l'influence prépondérante de la fatigue, qui diminue l'expiration de CO^2 et que Vallot et Janssen ont dit qu'en montagne l'atmosphère contient plus d'ozone, dont l'excès provoque de la congestion pulmonaire.

M. Bayeux montre que le mal de montagne est polymorphe, qu'il ne s'accompagne pas de vertige, avec lequel il n'a rien de commun. On a d'ailleurs plus facilement le mal de montagne sur les champs de neige, où l'on a moins le vertige. Au contraire, les troubles donnés par le mal de mer sont, avant tout, le vertige et les vomissements Mosso constatait qu'il y a moins de CO^2 dans un volume d'air émis au cours du mal de montagne, mais non que c'était l'acide carbonique qui donnait ce mal.

Contrairement à l'opinion de M. Raphaël Dubois, les gens atteints n'ont pas toujours marché longuement et c'est dans l'accumulation des déchets organiques que réside la préparation au mal de montagne; la marche en pente, au lieu des heurts signalés par l'auteur, produit un message abdominal et accélère la respiration. Il n'y a pas à faire de comparaison avec le mal de théâtre, qui est dû au confinement en air surchauffé, à l'opposé de ce qui existe en haute montagne.

Quant à l'ozone, c'est Maurice de Thierry qui, aux Grands Mulets, à 3.000 mètres, en a trouvé plus qu'à Chamonix, et plus à Chamonix qu'à Paris. M. le professeur Lespiau a constaté que l'ozone n'est nullement augmenté à la très haute altitude du Mont Blanc.

Des recherches de M. Bayeux il résulte qu'à 4.370 mètres, le soleil est incapable de produire plus d'ozone, ce qui a été confirmé par MM. Chalonge, Dejardin et Lambert. Donc, à 4.400 mètres, le soleil ne donne pas d'ozone et s'il y en a par intermittences, il vient de beaucoup plus haut et ne peut influer sur le mal de montagne.

Au Musée océanographique de Monaco, M. Bayeux a vu que l'ozone augmente dans l'air qui vient du large et n'a pas eu de germes à réduire, le vent des grandes hauteurs est dans ce cas.

Le mal de montagne comprend deux stades : l'asphyxie et l'intoxication.

Quelques observations sur l'auto-intoxication acétonémique primitive non diabétique. — M. Doussain.

Possibilité de préparer extemporanément les médicaments opothérapiques ingérables. — M. de Montcourt expose les moyens qu'il croit susceptibles de résoudre le problème et qui comportent l'emploi d'une glacière dont il donne la description.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

(Séance du 11 janvier 1925)

Cent cas de cancers traités par les radiations de courte longueur d'onde (radium et radiothérapie profonde). Résultats actuels et réflexions. — M. Desplats. La presque totalité des malades qui font l'objet de cette communication est représentée par des inopérables ou des récidives.

Les catégories de malades qui ont fourni les résultats les plus encourageants sont les cancers graves de la peau (5 guérisons, 1 insuccès), les cancers des lèvres (3 guérisons, pas

d'insuccès), les cancers de la langue (6 résultats palliatifs des plus importants chez des malades au-dessus des ressources de l'art pour la plupart sur 7 cas), les cancers du pharynx et de l'amygdale, les tumeurs du cou, les tumeurs du médiastin (1 cas guéri depuis quatre ans), les cancers du col et de la matrice.

Abcès appendiculaire ouvert dans la vessie. — M. LEPOUTRE. Plus de huit mois après une crise d'appendicite d'allure bénigne une femme de quarante-huit ans présente des urines purulentes avec phénomènes de cystite.

L'examen montre qu'il existe un abcès pelvien d'origine appendiculaire ouvert dans la vessie. L'ablation de l'appendice suivie d'un traitement prolongé met fin aux accidents.

Varicocèle pelvien. — M. COURTY apporte deux observations de varicocèle pelvien; il rappelle que cette maladie récemment décrite par Cartano (de Buenos-Aires) a fait l'objet de la thèse de Devalz (Paris 1858).

Dans la première observation, il s'agit d'un varicocèle pur sans lésion génitale associée, caractérisé par douleurs abdomino-pelviennes, douleur au toucher des culs-de-sac vaginaux, dyspareunie, métrorragies, résection de veine dans les ligaments larges et dans le ligament lombo-ovarien droit. Guérison de tous les troubles.

Pour la deuxième observation il y a une métrite chronique associée et ovarite scléro-kystique. L'hystérectomie subtotale amène la guérison.

Un cas de mal de Pott avancé à symptomatologie fruste. — M. BAVELAER présente les radiographies d'une fillette de quatre ans, atteinte de mal de Pott avancé avec effondrement total de la IVe et d'une partie de la Ve lombaire.

Malgré ces graves lésions osseuses, bien visibles surtout sur la radiographie de profil, les symptômes cliniques furent très discrets. La déviation de la colonne vertébrale est, en effet, extrêmement faible, les lésions des corps vertébraux ayant provoqué surtout un tassement vertical, avec un très léger déplacement latéral pouvant en imposer pour un début de scoliose.

Les douleurs dans la région lombaire ne commencèrent que quinze jours avant l'examen radiographique, et la petite malade se présente à l'examen se tenant debout et marchant encore sans peine, sans aucun symptôme du côté des membres inférieurs.

Ce cas montre une fois de plus la marche fréquemment insidieuse des maux de Pott et la nécessité de pratiquer un examen radiographique dès l'apparition d'un point douloureux sur la colonne dorso-lombaire, même en l'absence de toute déviation latérale, de gibbosité ou de troubles du côté des membres inférieurs.

Ictères infectieux bénins. — M. A. DAVID signale la fréquence des ictères en cette période de l'année.

Il s'agit d'ictères infectieux, bénins, succédant à des manifestations grippales, parfois d'une grande intensité et avec forte élévation thermique. Aucun des caractères observés ne permet de penser à une spirochétose; par ailleurs on ne retrouve pas la notion directe d'épidémicité.

Il semble qu'on puisse en voir l'origine dans une détermination intestinale de la grippe.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA RÉDACTION DES ORDONNANCES PRESCRIVANT DES PRODUITS TOXIQUES

M. Grinda, député, ayant demandé à M. le ministre du Travail si le médecin qui prescrit des médicaments contenant des substances classées dans les tableaux A ou B annexés au décret du 14 septembre 1916 satisfait aux dispositions édictées par l'article 20 du décret précité concernant la mention de son nom et de son adresse, en écrivant lisiblement lesdits nom et adresse sur son ordonnance, ou si, au contraire, comme ont la prétention de l'exiger certains pharmaciens, il doit indiquer son nom et son adresse au moyen d'un cachet ou par tout autre mode que l'écriture, a reçu la réponse suivante :

« L'article 19 du décret du 14 septembre 1916, relatif aux substances vénéneuses, est ainsi conçu : « Les pharmaciens « ne peuvent délivrer lesdites substances pour l'usage de la « médecine humaine ou vétérinaire que sur la prescription « d'un médecin ou d'un vétérinaire. » Pour que cette obligation ne reste pas sans effet, l'article 20 du décret spécifie que « l'auteur de la prescription est tenu, sous les sanctions pré- « vues par la loi du 19 juillet 1845, de la dater, de la signer « et de mentionner lisiblement son nom et son adresse ». La précaution a pour but de ne pas exposer les pharmaciens à donner à tout venant les substances vénéneuses prescrites sur une ordonnance dont la signature soit illisible et le signataire impossible à trouver. Nulle part, le décret n'indique si cette mention du nom et de l'adresse doit être imprimée ou manuscrite; il exige, simplement, qu'elle existe et qu'elle soit lisible. L'auteur de la prescription a donc le doit d'employer le procédé qui lui convient, et qui peut varier suivant les circonstances. En fait, c'est ce qui se produit : dans son cabinet de consultation, le médecin redige son ordonnance sur un papier avec en-tête portant son nom et son adresse; au domicile de son client, il la rédige, parfois, sur la feuille de papier qui lui est offerte, et doit alors faire suivre sa signature de son nom et de son adresse, écrits lisiblement. C'est ce qu'impose l'article 20 du décret. » (*J. O.*, 1er mars 1925.)

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS (hôpital des Enfants-Malades). — M. le professeur Nobécourt a commencé le cours de clinique médicale des enfants le lundi 2 mars 1925, et le continuera les lundis et jeudis à 10 heures.

— CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. M. le professeur Jeanselme.) — Leçons de dermatologie les mardis, à 10 h. 1/2; leçons cliniques, les vendredis, à 10 h. 1/2.

— CHAIRE DE MÉDECINE LÉGALE. (M. le professeur Balthazard.) — Conférences sur les accidents du travail, les maladies professionnelles et les pensions aux mutilés de guerre, à partir du 16 mars, tous les jours, à 6 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté.

— COURS DE PSYCHIATRIE MÉDICO-LÉGALE. — M. le docteur Henri Claude, professeur de clinique des maladies mentales, assisté du docteur Jean Lhermitte, agrégé, et du docteur Heuyer, médecin des hôpitaux, a commencé une série de douze leçons de psychiatrie médico-légale, le lundi 2 mars, à 6 heures (amphithéâtre Vulpian). Les leçons seront faites tous les jours pendant deux semaines.

— COURS D'HISTOLOGIE. — M. Prenant, professeur d'histologie, a commencé le cours le mardi 3 mars, à 16 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, au grand amphithéâtre de la Faculté.

— COURS DE PHYSIOLOGIE. — M. Charles Richet, membre de l'Institut, professeur, a commencé le cours de physiologie le mercredi 4 mars 1925, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— CONFÉRENCES DE PARASITOLOGIE ET HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — M. le docteur Joyeux, agrégé, a commencé ses conférences le mercredi 4 mars 1925, à 17 heures, à l'amphithéâtre Vulpian, et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— COURS DE PHYSIOLOGIE APPLIQUÉE A L'ÉDUCATION PHYSIQUE. — M. Chailley-Bert, chargé de cours, a commencé le cours dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, le mercredi 4 mars 1925, à 18 heures, et le continuera les mercredis suivants, à la même heure.

— COURS COMPLÉMENTAIRE D'OBSTÉTRIQUE. — M. le docteur Vaudescal, agrégé, a commencé le cours complémentaire d'obstétrique le jeudi 5 mars 1925, à 16 heures, au petit amphithéâtre de la Faculté (cours théorique), et le continuera les lundis suivants, à 15 heures; les jeudis suivants, à

16 heures, au même amphithéâtre, et les mercredis suivants, à 16 heures, au grand amphithéâtre de l'Ecole pratique (cours pratique).

— COURS D'HYGIÈNE. — M. le professeur Léon Bernard a commencé le cours le vendredi 6 mars 1925, à 16 heures, au petit amphithéâtre, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

— CONFÉRENCES D'HISTOLOGIE. — M. Verne, agrégé, a commencé ses conférences le vendredi 6 mars 1925, à 16 heures (grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— CONFÉRENCES DE PHYSIOLOGIE. — M. Richet, agrégé, a commencé les conférences de physiologie du 2e semestre le samedi 7 mars, à 18 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur A. Clerc, agrégé, commencera ses conférences de pathologie médicale le lundi 9 mars 1925, à 18 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— COURS DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. le professeur Sicard commencera le cours de pathologie médicale le mardi 10 mars 1925, à 18 heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure (petit amphithéâtre).

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. P. Moure, agrégé, commencera le cours de pathologie chirurgicale le mardi 10 mars 1925, à 17 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— COURS D'HISTOIRE DE LA MÉDECINE ET DE LA CHIRURGIE. — M. le professeur P. Menetrier commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie le mercredi 11 mars 1925, à 6 heures, pendant toute la durée de l'année scolaire.

— COURS DE PHARMACOLOGIE. — M. le docteur Busquet, agrégé, commencera le cours le vendredi 13 mars 1925, à 15 heures (amphithéâtre Vulpian), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

HÔPITAL MARITIME DE BERCK. — COURS DE PAQUES. — *Six leçons* (du lundi 6 avril au samedi 11 avril 1925) *sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaires et ganglionnaires,* par le docteur E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck.

Chaque cours sera suivi des ponctions, opérations, confection d'appareils plâtrés, etc., correspondantes. Ces cours auront lieu le matin, à l'hôpital maritime. Les après-midi seront consacrés aux visites de salles, examens de malades, exercices de laboratoire, confection d'appareils plâtrés par les élèves, etc.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

ÉCOLE PRATIQUE DES HAUTES-ÉTUDES. — ENSEIGNEMENT DE LA TECHNIQUE PHYSIOLOGIQUE APPLIQUÉE A L'HOMME ET A L'ANIMAL, sous la direction de M. J. Gautrelet, directeur du laboratoire de biologie expérimentale à l'Ecole pratique des Hautes-Etudes, avec le concours de MM. H. Cardot, docteur ès sciences, agrégé de l'Université, chef de laboratoire à la Faculté de médecine; P. Chailley-Bert, chargé du cours de physiologie appliquée à l'éducation physique à la Faculté de médecine.

Le cours comprendra quinze manipulations individuelles. S'inscrire au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine de Paris où auront lieu, l'après-midi, les exercices pratiques, du 9 au 28 mars 1925.

Une provision de 200 francs sera déposée par chaque élève pour couvrir les frais de réparation de matériel détérioré, de produits et d'animaux. L'excédent disponible sera remboursé en fin de manipulations.

QUESTION D'INTERNAT (ÉCRIT)

FORMES CLINIQUES DES PARAPLÉGIES DE L'ADULTE [1]

II. **Paraplégies par compression médullaire.** — Il s'agit le plus souvent d'une compression lente, réalisant une paraplégie spasmodique classique. Mais les troubles moteurs sont souvent précédés de troubles sensitifs, dont les uns subjectifs principalement constituent « la phase radiculaire initiale ». Ce sont, en effet, des douleurs dues à la compression des racines postérieures, douleurs pseudo-névralgiques, lancinantes, paroxystiques, mais sans points de Valleix, augmentant par la toux, et affectant une topographie radiculaire. Elles s'accompagnent souvent de troubles trophiques, telles que éruptions zostériformes, bulles pemphigoïdes, etc.

Les troubles objectifs précèdent ou accompagnent les troubles moteurs et relèvent de la compression spinale. C'est rarement une hyperesthésie, plus fréquemment une hypoesthésie ou même anesthésie dans les régions sous-jacentes à la compression. Elle peut porter sur tous les modes de la sensibilité, ou seulement sur certains, et parfois affecter le type de la dissociation syringomyélique. Sa limite supérieure peut être diffuse, variable à divers examens, cela se voit surtout dans les pachyméningites, ou au contraire elle peut être nette et fixe et dans ce cas prend une valeur de localisation très importante, elle indique la limite supérieure de la lésion compressive.

L'étude des réflexes de défense et de la zone cutanée dont l'excitation est susceptible de les provoquer, permettrait de localiser la limite inférieure de la compression (Babinski).

La paraplégie se fait ordinairement en extension, plus rarement en flexion, en général à une période avancée. Enfin, exceptionnellement, il s'agit de paraplégie flasque.

Le diagnostic de compression sera encore confirmé par la ponction lombaire qui montrera une dissociation albumino-cytologique nette, et par l'examen radioscopique après épreuve du lipiodol (Sicard).

La cause de la compression peut être variable. Le plus souvent, chez l'adulte jeune, il faut penser au MAL DE POTT, tuberculose des vertèbres dorso-lombaires. La paraplégie peut être due alors à une luxation vertébrale, ou à un abcès froid, mais le plus souvent la compression relève de la pachyméningite externe. On recherchera donc les signes de la tuberculose osseuse : déformation angulaire, rigidité de la colonne, douleur localisée à une ou plusieurs vertèbres, hyperesthésie rachidienne.

L'évolution est ordinairement favorable, lorsque le traitement est institué à temps.

Chez l'adulte âgé, la compression relève souvent d'un CANCER VERTÉBRAL, généralement d'ailleurs secondaire à un cancer du sein, de l'utérus ou de l'estomac. Dans ces cas les douleurs sont extrêmement marquées, d'où le nom de « paraplégie douloureuse » du cancer.

Les *tumeurs des méninges* sont plus rares; restreintes et latérales, elles peuvent donner au début un syndrome de Brown-Séquard précédant la paraplégie.

La SYPHILIS devra être souvent incriminée, qu'il s'agisse d'exostose, de pachyméningite, de gomme, ou même encore d'anévrisme aortique. On en recherchera donc les stigmates ordinaires.

III. **Paraplégies médullaires par myélomalacie.** — Ce sont les *myélites aiguës ou chroniques*.

Les *myélites aiguës*, après un début aigu presque foudroyant et accompagné de phénomènes infectieux fébriles, de douleurs et de fourmillements dans les membres inférieurs, donnent une paraplégie flasque, limitée ou non aux membres inférieurs, suivant que les lésions sont limitées (myélite transverse) ou au contraire disséminées ou diffuses. Dans ce dernier cas elles peuvent revêtir l'aspect de la paralysie aiguë ascendante de Laudry avec mort par phénomènes bulbaires. Lorsque les lésions sont limitées et que le malade survit, la paraplégie peut devenir spasmodique et l'on peut même assister, dans certains cas favorables, à la régression des troubles moteurs.

Ces myélites aiguës reconnaissent différentes infections ou intoxications pour origine, en particulier la typhoïde, la grippe, la rage, l'encéphalite épidémique, les fièvres éruptives, la pneumonie, les septicémies et surtout la tuberculose, la SYPHILIS à sa période secondaire et la blennorragie.

La méningite cérébro-spinale s'accompagne fréquemment d'inflammation médullaire sous-jacente et donne alors une paralysie flasque dont l'aspect clinique se rapproche de celui de certaines poliomyélites aiguës avec phénomènes méningés. Le diagnostic, très délicat, sera tranché par les résultats de la ponction lombaire.

Les *myélites chroniques* sont surtout des myélites syphilitiques dont le type le plus fréquent est la PARALYSIE SPINALE SYPHILITIQUE D'ERB. Le début est annoncé par des phénomènes de paresthésie, une sensation de fatigue progressive, de la faiblesse et surtout des *troubles vésicaux* qui, dans certains cas même, sont isolés.

Puis s'installe progressivement une paraplégie spasmodique qui frappe surtout les *raccourcisseurs* (P. Marie), limitant la flexion dorsale du pied, de la jambe et de la cuisse.

Les réflexes sont exagérés, le réflexe plantaire se fait en extension, les troubles sensitifs sont à peu près nuls. Mais il existe des troubles sphinctériens et en particulier des *envies impérieuses d'uriner* dont la valeur diagnostique est grande. Il existe également une impuissance génitale plus ou moins marquée. L'évolution est chronique et lente et parfois se produit une amélioration spontanée.

Mais, fait à noter, le Wassermann du sang et du liquide céphalo-rachidien est négatif, il n'y a pas de lymphocytose rachidienne, et jusqu'ici le traitement spécifique s'est montré peu actif.

La *myélite transverse chronique*, ordinairement de nature syphilitique, donne une paraplégie spasmodique avec contractures souvent douloureuses à l'occasion de mouvements volontaires, troubles sensitifs, troubles vaso-moteurs et trophiques (escarre) et troubles sphinctériens, incontinence ou rétention. Ici on retrouve les stigmates de la syphilis, et le traitement détermine une amélioration rapide.

IV **Paraplégies médullaires de causes diverses.** — C'est surtout :

La SCLÉROSE EN PLAQUE : paraplégie spasmodique avec contracture marquée, souvent associée à des troubles cérébelleux.

Le diagnostic sera confirmé par l'existence du tremblement intentionnel, du nystagmus, de la parole scandée. La ponction lombaire donne un liquide sans réaction cellulaire, avec Wassermann négatif, épreuve du benjoin colloïdal positive.

La *sclérose latérale amyotrophique* donne une paraplégie associée à des troubles moteurs des membres supérieurs. Les troubles bulbaires sont fréquents : atrophie de la langue, des lèvres, troubles de la déglutition.

Les *scléroses combinées* (scléroses des cordons postérieurs et latéraux) réalisent, soit la maladie de Friedreich, soit surtout un tabes avec paraplégie flasque.

L'*hématomyélie* est généralement d'origine traumatique, ou plus rarement spontanée. Elle est caractérisée cliniquement par un début apoplectiforme, parfois avec perte de connaissance durant quelques heures, et une paraplégie flasque avec troubles sensitifs (dissociation syringomyélique, douleurs spontanées) et sphinctériens qui, si le malade survit, peut évoluer vers la spasmodicité.

La *syringomyélie* donne rarement une paraplégie, et du type spasmodique. Les troubles sensitifs y sont caractéristiques et constituent ce que l'on appelle la dissociation syringomyélique : abolition de la sensibilité thermique et douloureuse avec conservation de la sensibilité tactile.

Les troubles trophiques associés, scoliose, arthropathies, maux perforants, panaris analgésiques, permettront de reconnaître cette affection.

En résumé, diverses affections peuvent chez l'adulte déterminer l'existence d'une paraplégie flasque ou plutôt spasmodique. Mais les plus fréquentes de beaucoup sont le mal de Pott, la syphilis et la sclérose en plaques, dont les caractères si particuliers confèrent à ce syndrome une allure clinique caractéristique.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 16, p. 266, et n° 18, p. 300.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Chevrier, Grégoire, Apert, qui acceptent; Hartmann, Cauchoix, Gernez, Legueu, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HOSPICE DÉPARTEMENTAL PAUL BROUSSE. — Le concours de l'internat de l'hospice départemental Paul Brousse, qui a eu lieu dans la dernière semaine de février, a donné les résultats suivants :

Epreuve écrite. — Questions données : « Triangle de Scarpa. — Diagnostic des hématuries. — Signes, diagnostic et traitement de l'étranglement herniaire. »

MM. Cliquet, 13; Kyriaco, 21 1/2; Lacroix, 19; Mugnier, 27; Mlle Roques, 19; M. Sorton, 26 1/2.

Epreuve orale. — Question donnée : « Diagnostic des angines diphtériques. »

MM. Cliquet, 8; Kyriaco, 18; Lacroix, 9; Mugnier, 14; Mlle Roques, 8; M. Sorton, 11.

Epreuves pratiques (clinique et laboratoire). — MM. Cliquet, 13 1/2; Kyriaco, 14; Lacroix, 11; Mugnier, 16 1/2; Mlle Roques, 14; M. Sorton, 11.

Internes titulaires : MM. Mugnier, 57 1/2; Kyriaco, 53 1/2; Sorton, 48 1/2; Mlle Roques, 41; M. Lacroix, 39.

Interne provisoire : M. Cliquet, 34 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — Le titre de professeur sans chaire est conféré, à compter du 1er avril 1925, à M. Rouvière, agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Paris. (*J. O.*, 7 mars 1925.)

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES TRAVAUX PUBLICS. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Grandchamp, médecin de l'administration des Chemins de fer de l'Etat.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Est nommé :

Officier d'Académie. — M. Mordagne (de Paris).

Nous adressons nos sincères félicitations à notre confrère Mordagne qui, après avoir été l'un des dirigeants de l'Association corporative, occupe maintenant une place distinguée dans la presse scientifique.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La médaille en argent est décernée à MM. les médecins-majors Rigoulet (31e R. I.), Chabasse (Bordeaux), Helmsch (144e R. I.), Colin (Alger).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Delaborde, directeur du Service de santé de la 13e région, a été placé dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire, à compter du 5 mars 1925.

— SERVICE DE SANTÉ. (Armée active.) — Mutations :

Médecin principal de 1re classe. — M. Sallet, médecin chef de l'hôpital Pasteur, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecin principal de 2e classe. — M. Blan, de la place de Nice, est désigné comme médecin chef de l'hôpital militaire Pasteur à Nice et président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Dugrais, du 31e d'infanterie, est affecté au recrutement de la Seine; Reverchon, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est affecté (pour ordre) au gouvernement militaire de Paris et détaché à la mission militaire française auprès de l'armée hellénique; Bovier-Lapierre, du 99e d'infanterie, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Jarry, du laboratoire de bactériologie d'Amiens, est affecté au laboratoire de bactériologie de Montpellier; Franchi, des territoires du Sud algérien, est affecté à la place de Bastia; Martene, hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté au 16e chasseurs à cheval à Beaune; Humblot, du 26e bataillon de chasseurs à pied, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Desplats, de l'armée du Rhin, est affecté à l'armée du Levant; volontaire; Louis, hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté au 3e hussards à Strasbourg; Dechet, du 166e d'artillerie à pied, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecin aide-major. — M. Bousseau, à l'armée du Levant,

est affecté au 110e d'infanterie à Dunkerque. (*J. O.*, 9-10 mars 1925.)

L'ACADÉMIE DE MÉDECINE a procédé à la nomination des commissions de prix pour 1925. La Commission du prix Albert-Ier (de Monaco) sera nommée ultérieurement, le sujet à récompenser devant être désigné dans un prochain Comité secret.

POUR LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS, ŒUVRE CRÉÉE PAR L'UNION NATIONALE DES ÉTUDIANTS DE FRANCE. — Aux termes d'une récente circulaire, le Ministre de l'Instruction publique avait demandé aux recteurs de faire un appel à tous les étudiants de France afin qu'ils versent leur obole pour la création de l'œuvre bien conçue et très bien conduite, du Sanatorium des étudiants.

Nos jeunes camarades viennent d'y répondre avec un élan que, nous nous plaisons d'autant mieux à signaler que la dureté des temps rend modiques les ressources dont ils disposent.

C'est ainsi qu'une collecte faite parmi les étudiants de première et de deuxième années, vient de rapporter 1458,50.

D'autres collectes seront faites parmi les internes, les externes et les étudiants de troisième, quatrième et cinquième année. Nous en donnerons les noms dans nos prochains numéros.

Rappelons que la situation financière de cette œuvre si belle, dont l'initiative revient à la Section de médecine de l'Association, fait bien augurer de l'avenir. Elle atteint maintenant deux millions, c'est-à-dire les deux tiers des sommes qui sont nécessaires pour achever sa construction.

Tout récemment, enfin, un don généreux de 500.000 francs fait par Mme Plat, en mémoire de son mari, vient de récompenser les efforts constants des promoteurs de l'œuvre.

Tous les fonds doivent être adressés à M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (chèques postaux : Lyon 188-37). Pour tous renseignements et demande de notice détaillée, s'adresser au secrétaire général, M. Crouzat, 1, rue Pierre-Curie, Paris-Ve. Bureaux ouverts de 14 à 18 h. 30).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Armand Rousseau, médecin de l'hôpital Cocard, décédé à Fez, et de Mme la doctoresse Clotilde Mulon, chevalier de la Légion d'honneur. Nous adressons à son mari, le docteur Mulon, professeur agrégé à la Faculté de médecine, l'expression de notre très profonde sympathie.

CONFÉRENCE DU PROFESSEUR JACOBAEUS. — Mardi 3 mars a eu lieu, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, la conférence du professeur H.-C. Jacobaeus (de Stockholm), sur « la thoracoscopie et ses applications à la cautérisation des adhérences au cours du pneumothorax artificiel ». La conférence, organisée par l'A.D.R.M., était présidée par M. le Doyen et avait attiré une nombreuse assistance tant d'étudiants que de médecins.

En un français concis et clair le professeur Jacobaeus exposa les origines de sa méthode, ses principales applications et développa sa technique de la cautérisation des adhérences pleurales. A l'aide de merveilleuses projections photographiques qu'il fit passer devant l'écran, il démontra la possibilité d'obtenir le collapsus complet du poumon, lorsqu'il existe des brides qui retiennent ce dernier à la paroi, en détruisant avec le galvano-cautère, sous le contrôle du thoracoscope, ces adhérences.

Le lendemain, à l'hôpital Laënnec, le professeur Jacobaeus fit une démonstration de sa méthode, sous le patronage du professeur L. Bernard et des docteurs Rist et Bourgeois. Devant une assistance nombreuse qui comprenait la plupart des phtisiologues français et des médecins étrangers, il exécuta sur plusieurs sujets et avec un plein succès la cautérisation de nombreuses adhérences pleurales.

Une dernière démonstration eut lieu enfin sur de jeunes sujets à l'hôpital Hérold, dans le service du docteur Armand-Delille.

Le court séjour du professeur Jacobaeus à Paris lui a donné l'occasion de faire connaître au public médical une méthode encore trop ignorée (Hervé) et qui vient apporter un progrès appréciable pour l'application du pneumothorax thérapeutique.

DES CONSULTATIONS MÉDICALES PAR T. S. F. A BORD DES PAQUEBOTS. — Le voyage de retour de l'*Angers*, courrier de Chine et du Japon, arrivé l'autre jour en rade de Marseille, a été marqué par un événement qui mérite d'être signalé.

Le navire se trouvait entre Colombo et Djibouti, en plein océan, lorsque le vapeur *Capitaine-Faure*, de la même compagnie, qui se trouvait à plusieurs milles, fit connaître qu'un officier du bord venait de tomber gravement malade.

Il n'y avait pas de docteur à bord du *Capitaine-Faure*. Par T. S. F., pendant plusieurs jours, le médecin de l'*Angers* donna des soins à l'officier malade. Au bout d'une semaine, les consultations radiotélégraphiques prirent fin, l'officier étant désormais hors de danger.

Un de nos amis, revenant récemment de Syrie, à bord d'un des Courriers d'Orient, a été appelé à donner aussi, en Méditerranée, et d'accord avec le médecin du bord qui l'avait appelé en consultation à la cabine Marconi, une série de conseils à un navire hollandais. Celui-ci réclamait assistance médicale pour un de ses matelots atteint, d'après les renseignements cliniques de T. S. F., d'un zona extrêmement douloureux.

Cela n'est, d'ailleurs, pas un fait isolé; il s'est passé plus d'une fois à bord de nos bateaux du Congo, dont l'organisation sanitaire peut être citée en modèle : dernièrement encore le docteur Carré, le sympathique médecin du *Thysville*, nous donnait la relation de tout un traitement qu'il avait dirigé par T. S. F., plusieurs jours durant, au *Mateba*, de la C. B. M. C., dont un homme de l'épuipage était tombé gravement malade. (*Bruxelles-Médical*).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 16 AU 21 MARS 1925)

THÈSES

Mardi 17 mars. — Jury : MM. Richet, président; Jeanselme, Bezançon et Carnot. — M. LEFRAND. Les glycosuries nerveuses expérimentales. — M. POTEZ. Les classifications françaises et allemandes des formes de la tuberculose. — M. ARNAOUTOVITCH (M.). Neurosyphilis auditives. — M. DAVIDOVITCH (L.). Diagnostic précoce de la syphilis au cours du chancre mixte.

Jury : MM. Lejars, président; Cunéo, Duval et Lecène. — M. PÉCHIN (R.). Désinfection des cancers ulcérés du col utérin. — M. MEAUME (G.). Corps étrangers du duodénum chez l'enfant. — M. ZÉRAH (H.). Etude de l'épiphysite vertébrale de croissance. — M. THIN (G.). Etude de la suture primitive retardée ou primo-secondaire dans le cas d'appendicite à chaud.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Teissier, président; Petit, Maignon, Robin et Nicolas. — M. ROUSSEAU. Des applications directes de la phagocytose dans le traitement des maladies infectieuses des animaux domestiques. — M. PINEAU. De l'emploi de l'électrargol dans le traitement des maladies du chien.

Samedi 21 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeanselme, président; Duval, Robin, Coquet et Moussu. — M. BOKAT. Le purpura hémorragique des femelles de l'espèce bovine. — M. AMIOT. Les injections intraveineuses de chlorure de baryum dans les obstructions des équidés.

REVUE GÉNÉRALE

LE VOLVULUS DU DIVERTICULE DE MECKEL[1]

Par M. le docteur GUIBÉ,
Professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine de Caen.

Symptômes. — Tantôt le début des accidents est brusque et subit, tantôt au contraire il est précédé de prodromes.

Nous avons vu qu'en interrogeant les antécédents des malades on arrivait assez souvent à trouver l'histoire de crises douloureuses, simulant les coliques hépatiques ou la gastralgie et vraisemblablement dues à des ébauches de volvulus qui ne s'étaient pas complétées.

Qu'il y ait eu ou non des prodromes, la crise débute habituellement brusquement, quelquefois la nuit, par une douleur extrêmement vive dans l'abdomen, bientôt suivie de vomissements.

Plus rarement le début est moins brutal, par des symptômes d'occlusion intestinale subaiguë ou avec rémissions marquées.

Le cas le plus typique à cet égard est celui de Parker où, du 23 décembre au 2 janvier, survinrent de violentes douleurs abdominales intermittentes et des vomissements se répétant tous les jours.

De même, dans un cas de Fehre, première crise le 3 décembre, de durée de quatre jours, puis amélioration sans guérison complète; il persistait des douleurs abdominales et de la constipation. Mais, le 26 décembre, les accidents reprenaient de plus belle.

Inutile de dire que dans les cas d'occlusion congénitale tout se passe comme s'il s'agissait d'une simple imperforation de l'anus.

Quel que soit le mode de début, les symptômes évoluent comme dans toute occlusion intestinale par étranglement interne.

Parfois la marche est suraiguë, foudroyante en quelque sorte, comme dans le cas de Lilley, où la mort survint en moins de trente-six heures.

Mais le plus souvent on se trouve en présence d'une occlusion intestinale aiguë classique : douleurs abdominales vives, arrêt des matières et des gaz, puis météorisme abdominal, vomissements, d'abord bilieux, pouvant devenir fécaloïdes, enfin collapsus et mort.

Les douleurs ne manquent guère dans le volvulus du diverticule. Elles peuvent être constantes ou intermittentes; mais, même dans le premier cas, elles présentent des crises de renforcement dues aux contractions de l'intestin.

Dans le cas de Koehler, les douleurs sous forme de coliques aboutissaient à un point fixe dans la profondeur, un peu au-dessous de l'ombilic où elles cessaient sans qu'il y ait de douleur particulière à la pression en ce point.

Ces crises d'exacerbation peuvent survenir dans diverses conditions. Dans mon cas, le malade souffrait davantage dans le décubitus dorsal et préférait rester couché sur le côté droit.

Le siège de la douleur est assez variable, comme il était à prévoir. Les douleurs peuvent siéger, soit à l'épigastre (Fayollet), soit à l'hypogastre (Guibé), soit dans le flanc droit (Sweringen), soit à l'ombilic (Kryger); mais le siège habituel de la douleur est un peu au-dessous et à droite de l'ombilic, dans la région du point de Mac Burney par conséquent.

Dans le cas de Riedel, il y avait eu au début un peu de ténesme vésical, ce qui s'explique très bien, puisque ici le diverticule était venu adhérer à la vessie. Dans le cas de Lilley, le malade se plaignait d'une pesanteur au-dessus du pubis et présentait de la rétention d'urine.

La recherche de la douleur à la palpation est sujette aux mêmes variations. Et d'abord il n'est pas constant de trouver un point nettement douloureux à la palpation, même en l'absence de toute douleur généralisée par péritonite diffuse. Toutefois lorsqu'on arrive à déterminer un point de douleur maxima, presque toujours il siège au-dessous et à droite de l'ombilic, soit au niveau du point de Mac Burney, parfois plus bas, juste au-dessus du ligament de Poupart (Riedel). Mais on peut le trouver au niveau même de l'ombilic (Fayollet) ou même à gauche entre l'ombilic et l'os iliaque (Naumann).

La constipation absolue, caractérisée par l'absence complète de matières et de gaz, est la règle en pareil cas, quoique, comme nous l'avons vu, il n'y ait pas toujours obstacle absolu à la circulation des matières.

Les seules exceptions que nous constations sont les suivantes :

Fayollet : selles diarrhéiques au début.

Gildersleeve : vingt-quatre heures après le début un deuxième lavement ramène quelques matières.

Roth : plusieurs selles liquides chez un enfant de seize mois avec une évolution subaiguë de l'affection.

Fehre : constipation non obstinément opiniâtre au moins au début.

Sailer : une selle dans les premières vingt-quatre heures.

Comme toujours les vomissements sont très variables ; mais rarement ils manquent tout à fait. Ce ne sont souvent que des renvois, des nausées, aboutissant à l'expulsion de quelques gorgées de liquide plus ou moins acide, souvent coloré en vert par de la bile.

D'autres fois, ce sont des vomissements copieux qui finissent par devenir franchement fécaloïdes.

Nous ne parlerons que pour mémoire du ballonnement du ventre qui est un symptôme quasi-constant et relativement précoce. Il semble rarement atteindre un haut degré, comme d'ailleurs c'est la règle dans les occlusions du grêle.

Par suite du mode même d'occlusion, il devrait être possible d'arriver à sentir quelque part dans l'abdomen, une tumeur ou une tuméfaction correspondant au diverticule tordu.

Nous trouvons, en effet, le fait signalé dans un certain nombre de cas. On sent une tumeur au point de Mac Burney (Sweringen); on sent une large masse mal définie, sensible, à l'épigastre et à la région du flanc droit (Parker). Juste à droite de l'ombilic et occupant apparemment la place d'un des segments du muscle droit, on sent une saillie donnant une légère sensation de résistance (Sailer).

Dans le cas de Campbell, il y avait un léger gonflement de la région crurale gauche ; mais il était dû à une hernie crurale.

Enfin, dans le cas d'Elliott, ce ne fut qu'une fois le malade anesthésié qu'on arriva à sentir une large masse dure vers le milieu de l'abdomen, juste au-dessous et à droite de l'ombilic.

Comme on le voit, il s'en faut qu'il s'agisse là

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 19, p. 309.

d'un phénomène, je ne dis pas constant, mais même fréquent.

Il est des cas où la perception d'une tumeur est impossible parce que cette tumeur n'existe pas : tels sont les cas où le diverticule servait à faire un anneau dans lequel le grêle était étranglé.

Puis, quand le diverticule forme tumeur, ce n'est pas encore une raison suffisante pour qu'il puisse être senti, il faut encore tenir compte de la tension de la paroi abdominale, du ballonnement des anses voisines, voire même de la situation du diverticule tordu. C'est ainsi que dans mon cas le diverticule était logé dans le petit bassin et n'aurait guère pu être senti que par le palper et le toucher combinés.

Les symptômes généraux sont ceux de toutes les occlusions intestinales.

L'affection est tantôt apyrétique, tantôt fébrile, surtout vers la fin de son évolution. Cette fièvre s'explique d'ailleurs fort bien par les phénomènes de gangrène du côté du diverticule et les phénomènes de péritonite qui en sont fatalement la conséquence.

Le pouls s'accélère de bonne heure et devient vite fréquent, faible et dépressible.

Les urines se font rares. Le facies prend l'aspect péritonéal classique, et, si on n'intervient pas, tôt ou tard le collapsus met un terme à l'affection.

Si telle est l'évolution habituelle de l'affection, il faut cependant convenir que quelques cas font exception.

Nous avons dit que les volvulus chez les nouveau-nés provoquaient un syndrome simulant l'imperforation anale.

De même dans le cas de Roth, chez un enfant de seize mois, la symptomatologie fut très particulière: Le petit malade au début du mois d'août dut rester quatorze jours au lit avec de violents vomissements pendant trois jours. Le 25 août apparaissaient de la tension et du ballonnement de l'abdomen et chaque jour plusieurs selles liquides Mort le 2 septembre.

Mais il semble qu'ici le pédicule vasculaire de la tumeur ait été un peu tordu et que celle-ci n'ait subi que des altérations relativement peu marquées, n'ayant abouti que très tard à des phénomènes péritonéaux, d'où l'absence prolongée de signes d'occlusion.

Dans le cas de Riedel, les troubles n'ont consisté qu'en douleurs abdominales avec ténesme vésical sans vomissements, ni ballonnement de l'abdomen. Mais ce cas est aussi très spécial, car les lésions avaient abouti à un véritable infarctus hémorragique du diverticule qui, une fois les premiers accidents passés, était en train de s'organiser.

Enfin, dans le cas de Campbell, les symptômes avaient été réduits à un minimum : absence de selles pendant deux jours et vomissements pendant vingt-quatre heures; mais il s'agissait d'un dément de soixante-dix ans, toujours constipé, dont la hernie inguinale droite qu'il présentait était vide. Les lésions, rappelons-le aussi, étaient ici très spéciales.

Diagnostic. — Il nous semble inutile de nous appesantir longuement sur ce point, car le diagnostic n'a jamais été fait et peut-être n'est-il pas possible.

Le diagnostic le plus facile à poser est évidemment celui d'occlusion intestinale. Toutefois ce n'est pas toujours celui qui fut posé. D'abord dans les cas avancés, il est difficile de savoir si on est en présence d'un cas de péritonite ou d'occlusion pure et simple; il est vrai que pareil diagnostic n'est plus de mise ici puisque en réalité les deux affections coexistent.

Mais, dans les cas au début, les conditions sont tout autres. En pareil cas, le diagnostic habituellement porté est celui d'appendicite aiguë. Il fut porté dans six cas au moins : Atherton, Dugan, Elliott, Fehre, Sweringen, Taylor. Il ne peut avoir d'inconvénient que s'il conduit à mettre en œuvre un traitement médical. Mais il peut conduire à pratiquer une incision iliaque, inutile ou insuffisante qui peut faire méconnaître la nature réelle de l'affection en cause.

D'autres diagnostics ont pu être portés. Celui de péritonite par perforation au début l'a été dans un cas de Fehre, mais comme il a conduit à une intervention immédiate il fut utile.

Dans le cas de Sailer, où les accidents débutèrent au cours d'une fièvre typhoïde, huit jours après une hémorragie intestinale, d'ailleurs modérée, on ne pouvait guère admettre qu'une péritonite par perforation.

Donc, en général, les erreurs de diagnostic ne présentent pas d'inconvénients sérieux.

Mais, même le diagnostic d'occlusion intestinale admis, il est presque impossible d'en préciser la cause.

En effet, il faut d'abord reconnaître qu'il s'agit d'une occlusion ayant pour cause un diverticule de Meckel. Ce n'est pas encore là peut-être le plus difficile, surtout chez les sujets jeunes, où cette cause d'occlusion est des plus fréquentes et à laquelle on doit toujours penser en présence d'une occlusion aiguë.

Mais, en admettant qu'on puisse affirmer, ce qui est rare, qu'on se trouve en présence d'une occlusion par diverticule, il est vraiment difficile d'aller plus loin et d'affirmer qu'il s'agit là d'un volvulus, tellement cette complication atteint rarement le diverticule.

Aussi ne croyons-nous pas excéder les bornes permises en disant que le diagnostic de volvulus du diverticule de Meckel est impossible.

Hâtons-nous d'ajouter que cela n'a aucune importance, pourvu que le diagnostic d'intervention immédiate soit posé.

Pronostic. — Le pronostic du volvulus du diverticule de Meckel est extrêmement grave, car la mort a toujours été la terminaison des cas non traités chirurgicalement. Mais il est possible qu'un certain nombre de cas aient pu guérir spontanément et, comme ils n'ont pu être diagnostiqués, ils ont fatalement passé inaperçus.

Cela est fortifié par ce fait que nous voyons assez souvent dans les antécédents des malades atteints de volvulus des crises douloureuses qui peuvent être interprétées comme des ébauches de volvulus.

Toutefois il convient de ne pas aller trop loin dans cette voie parce que il n'est pas prouvé que justement ces crises n'aboutissent pas presque fatalement un jour ou l'autre au volvulus constitué. En outre, il est fort à supposer que le diverticule qui a été déjà atteint de volvulus présente des lésions de ses parois qui le prédisposent à de nouveaux accidents et de fait, nous voyons dans l'histoire des malades qui ont déjà eu des accidents que les crises vont presque toujours en augmentant de fréquence et d'intensité.

Aussi croyons-nous devoir dire que sans inter-

vention, le volvulus du diverticule de Meckel aboutit fatalement à la mort.

Même après opération, son pronostic reste grave puisque sur 22 cas opérés, nous ne trouvons que huit guérisons au plus.

Traitement. — Le diagnostic d'occlusion intestinale ayant été établi et l'indication d'une intervention posée, comment pratiquer celle-ci?

Il convient de distinguer ce qui a été fait et ce qu'il convient de faire.

Les divers auteurs qui sont intervenus pour volvulus du diverticule de Meckel ont employé des voies différentes, non par désaccord sur la voie à employer, mais par suite de l'incertitude du diagnostic porté.

La laparotomie médiane d'emblée a été utilisée certainement dans deux cas (Guibé, Fayollet); en réalité, elle a dû l'être dans la majorité des cas suivants : Anschütz, Dugan, Köhler, Kryger, Milko, Naumann, Parker, Riedel; malheureusement cela n'est pas suffisamment spécifié.

Lorsqu'une autre incision a été adoptée, c'est presque toujours par suite du diagnostic d'appendicite, qui a fait inciser dans la fosse iliaque droite; il faut toutefois en exclure le cas de Lance où on intervint avec le diagnostic d'occlusion intestinale et dans le but bien déterminé de pratiquer un anus iliaque cæcal.

Quelques chirurgiens, surtout ceux qui sont passés soit à travers le grand droit (Von Sweringen) soit sur son bord externe (Elliott, Sailer, Taylor) ont néanmoins pu mener leur intervention à bien. Mais d'autres ont dû joindre à leur incision latérale une incision médiane (Fehre, 2 cas); il semble difficile qu'il en soit autrement lorsque l'incision primitive a porté en pleine fosse iliaque, comme dans le cas d'Atherton.

Un cas enfin se distingue des autres, c'est celui de Carwardine, où ce chirurgien incisa successivement à gauche, puis à droite; mais nous rappellerons qu'il s'agissait ici d'une volumineuse tumeur chez un nouveau-né.

De ce qui a été fait, nous pouvons conclure ce qui doit être fait :

1° Dans tous les cas où le diagnostic exact aura été fait, on doit recourir à l'incision médiane sous-ombilicale;

2° L'incision le long du bord externe du muscle droit à droite peut être suffisante. Quand on y aura eu recours par erreur, on pourra la conserver, quitte à l'agrandir. Mais s'il semblait trop difficile d'opérer ainsi, on la complétera par une incision médiane plutôt que de fendre le droit en travers;

3° L'incision oblique dans la fosse iliaque droite, type incision de Roux, est notoirement insuffisante. Quand on l'aura pratiquée par erreur, aussitôt reconnue l'intégrité de l'appendice, il faudra sans retard intervenir par la voie médiane.

L'abdomen ouvert, que va-t-on faire?

1° Si on est intervenu en pensant à une appendicite, fatalement, on se portera vers l'appendice, qu'il sera généralement facile de trouver. Quand on aura constaté son intégrité, il faudra rechercher une autre lésion.

2° Chez les malades chez lesquels on intervient avec le diagnostic d'occlusion intestinale, les choses peuvent se présenter avec un aspect bien différent.

Lorsqu'il s'agit de la torsion d'un diverticule peu volumineux, formant tumeur, dès l'ouverture de l'abdomen la tumeur se présentera souvent d'elle-même à la vue, sinon l'exploration de l'abdomen n'aura guère de peine à la mettre en évidence.

Lorsque, au contraire, le diverticule tordu provoque l'occlusion en agissant comme bride ou en faisant un nœud autour de l'intestin, le diagnostic sera beaucoup plus difficile, comme le prouve l'histoire du malade de Lance. C'est alors qu'il conviendra de rechercher méthodiquement l'obstacle en dévidant peu à peu l'intestin à partir du cæcum. Il faut remarquer qu'on aura rarement à pousser très loin cette manœuvre avant d'arriver sur le diverticule parce que ce dernier ne s'insère jamais bien loin du cæcum.

Il ne sera pas toujours facile, arrivé sur le diverticule de reconnaître du premier coup à quelle lésion on a affaire : bride simple, bride épiploïque, diverticule, appendice, intestin lui-même. En pareil cas, si on hésite, il est indispensable pour pouvoir s'orienter de vider l'intestin étranglé et distendu par ponction ou entérostomie. Il devient après relativement facile de s'y reconnaître et d'agir en connaissance de cause.

Il va sans dire que le diverticule doit être réséqué. Pour cela, s'il est adhérent par son extrémité distale, on le libérera : on détachera cette extrémité simplement s'il s'agit d'une adhérence récente purement inflammatoire. S'agit-il au contraire d'une adhérence ancienne, fibreuse et surtout d'une adhérence naturelle congénitale, il sera bon avant de la sectionner de jeter sur elle une ligature, car elle peut contenir quelques vaisseaux.

Quant à l'extrémité proximale ou intestinale du diverticule, le mode de traitement variera avec les cas.

Le diverticule présente-t-il un pédicule grêle, il sera alors facile de se conduire comme en cas d'appendicectomie, c'est-à-dire qu'on sectionnera le pédicule entre deux ligatures et qu'on enfouira le moignon dans l'intestin soit par une suture en bourse, soit par un court surjet séro-séreux.

Quand le pédicule est large, pour éviter l'occlusion que ne manquerait pas d'entraîner un semblable procédé, il faut sectionner le pédicule entre deux pinces et fermer la brèche intestinale par un double plan de sutures comme d'habitude.

Ce que nous venons de dire là ne s'applique qu'aux cas où l'intestin est sain au niveau de l'insertion du diverticule; lorsque, au contraire, en ce point l'intestin est sphacelé ou fortement compromis, c'est à une intervention plus radicale qu'il conviendra de recourir, à la résection de l'intestin malade suivie d'anastomose immédiate des deux bouts.

Exceptionnellement enfin, surtout s'il y a déjà de la péritonite, on pourra se servir de la résection du diverticule pour établir une dérivation intestinale sous forme d'entérostomie. Nous l'avons fait dans notre cas, mais sans succès.

Quels ont été les résultats obtenus par ces divers modes de traitement?

Notons d'abord deux cas où on se contenta d'une entérostomie et qui se terminèrent par la mort :

Carwardine : volvulus congénital du diverticule.

Lance : où le diagnostic porté avait été occlusion intestinale et où l'état général du malade était trop bas pour permettre autre chose qu'un anus artificiel.

Il en fut de même dans le cas de Ketteler, sur lequel nous manquons de détails.

Dans les trois cas d'Anschütz, de Makins et de Naumann; nous ne savons guère ce qui fut fait.

Tous les trois se terminèrent d'ailleurs par la mort.

Restent alors 19 cas de résection, qui ont donné 10 guérisons et 9 morts.

Les opérations le plus souvent pratiquées ont consisté en résection pure et simple du diverticule avec fermeture de l'intestin, 14 cas, avec 10 guérisons et 4 morts.

On pratiqua une fois une résection suivie d'entérostomie (Guibe, mort).

Une fois une résection avec détorsion d'un volvulus du grêle (Elliott, mort).

Trois fois la résection du diverticule avec une résection intestinale (3 morts). Mais, deux fois les résections ne portèrent que sur la portion d'intestin où s'implantait le diverticule (Kryger, Köhler), tandis que dans le cas de Milko, la résection porta sur une longueur de 110 centimètres d'intestin nécrosé par suite de son étranglement dans le nœud formé par le diverticule.

Observation personnelle. — Le 30 novembre 1911, je suis appelé d'urgence à l'hôpital Beaujon pour un malade atteint, me dit-on, de péritonite diffuse.

Il s'agit d'un homme de vingt-neuf ans, entré le jour même, mais malade depuis trois jours.

Dans la fosse iliaque droite, une longue cicatrice, due à une opération d'appendicite à chaud, qui aurait été pratiquée chez lui il y a vingt ans. Il dit avoir eu alors l'appendice enlevé. En tout cas, depuis il n'a présenté aucun trouble intestinal, ni stomacal. Comme il a travaillé chez un peintre, il se croit atteint de colique de plomb, quoiqu'il n'en ait jamais eu.

Début il y a trois jours par une douleur très vive au niveau du bas ventre sur la ligne médiane; depuis arrêt complet des matières et des gaz. Ballonnement de l'abdomen et vomissements.

Examen. — Etat général assez bon; pas de faciès péritonitique marqué. Langue un peu sèche. Pas de cyanose des extrémités. Pouls à 120, assez bon. T. 38°4.

Douleurs pas extrêmement vives, quoique assez marquées : il souffre davantage dans le décubitus dorsal et préfère se coucher sur le côté droit.

Absence complète de matières et de gaz.

Vomissement alimentaires, puis bilieux; ne semblent pas encore fécaloïdes. Pas très abondants.

Urines rares et chargées.

A l'inspection, abdomen météorisé; aucune trace de météorisme local.

A la palpation, paroi abdominale uniformément tendue. Pas de point particulièrement sensible à la pression, mais sensibilité plus marquée dans la région hypogastrique. On ne sent aucun ballonnement, aucune voussure localisée. Clapotage cæcal manifeste. Pas de sensation de flot.

A la percussion, on ne note pas de signe net d'épanchement abdominal, mais une sonorité tympanique très marquée occupe la partie droite de l'abdomen et la région sus ombilicale; ailleurs le tympanisme est moins marqué.

Au toucher rectal, rien de particulier.

Intervention immédiate. Anesthésie à l'éther. Incision médiane sous ombilicale. Dès l'ouverture du péritoine, s'écoule une quantité relativement peu abondante d'un liquide mi-purulent, mi-sanguinolent à forte odeur fétide et apparaissent quelques anses grêles rouges, adhérentes entre elles, mais peu distendues. Le doigt introduit dans le petit bassin sent sur le paroi postérieure de l'abdomen un corps gros environ comme le poing, arrondi, ferme et résistant.

Après avoir épongé le pus, j'amène facilement ce corps dans la plaie : il était situé en avant et un peu à gauche du promontoire. On se trouve alors en présence d'une portion d'intestin ressemblant au cæcum, car, comme lui, elle se termine en bas en cul-de-sac présente des boursoufflures latérales. Elle est de coloration noirâtre en certains points, blanchâtre en d'autres et paraît en pleine voie de sphacèle. Mais surtout on voit qu'elle se continue avec de l'intestin rouge et congestionné par une portion rétrécie, où il est facile de reconnaître que la tumeur est tordue d'environ 360 degré dans le sens des aiguilles d'une montre. La détorsion est d'ailleurs très facile et s'exécute presque d'elle-même après qu'on a sectionné une bride graisseuse semblant se diriger de la tumeur vers le mésentère.

Au premier abord, je crus avoir à faire à un volvulus du cæcum; mais je renonçai vite à cette idée. 1° Parce que l'intestin sur lequel s'insérait la tumeur était manifestement du grêle et 2e parce qu'il ne me fut pas difficile d'amener dans la plaie, le cæcum qui était encore pourvu de son appendice, d'ailleurs sain.

Il ne pouvait donc s'agir ici que d'un volvulus du diverticule de Meckel. Ce diverticule était remarquable par ses dimensions. Il s'implantait sur la face convexe antimésentérique du grêle par un pédicule ou mieux par un rétrécissement qui présente néanmoins environ les dimensions du grêle un peu distendu lui-même. Ce rétrécissement se présente comme un sillon blanchâtre dont la vitalité est plus que douteuse et peut-être ce sphacèle tendait-il à s'étendre sur l'anse grêle elle-même.

Aussi, vu l'état du malade, je me contentai de drainer le petit bassin à l'aide de deux gros drains passés par une contre-ouverture faite dans chacune des deux fosses iliaques, puis, après avoir refermé presque toute l'incision abdominale, je réséquai le diverticule et suturai la brèche intestinale à la peau en forme d'entérostomie.

L'opération a duré entre 30 et 40 minutes.

Sérum rectal continu et position demi-assise.

Le lendemain, 1er décembre, le malade semble perdu. Pouls à 150; abdomen ballonné. L'entérostomie n'a pas fonctionné. Ecoulement très modéré par les drains. Quelques vomissements. Température 39 degrés.

Le 2 décembre, température 38°2; pouls 135 à 140, un peu moins bon. Extrémités cyanosées et froides. L'anus n'a pas fonctionné. Vomissements d'aspect fécaloïdes. Lavage d'estomac qui évacue une grande quantité de liquide. Le soir, température 39°4.

Le 3 décembre, température 38°4; pouls à 125 à 130, peu brillant. Cyanose des extrémités. L'anus n'a pas fonctionné. Les vomissements n'ont pas reparu hier, mais ils viennent de recommencer. Lavage d'estomac qui ramène peu de chose. Les deux gros drains sont enlevés et remplacés par deux petits.

Mort le soir à 19 heures.

BIBLIOGRAPHIE

1. Anschutz. *Medizin. Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur*, am 17 I, 1902, in *Allg. med. Central.*, 1902, n° 15.
2. Atherton. Case of strangulation of a loop of ileum through a hole in the mesentery, with a Meckel's diverticulum attached, *Brit. med. Journ.*, 9 oct. 1897, p. 975-976.
3. Brenneke. Meckel's Diverticulum and Complications, *Surg., gyn. and obst.*, vol. XVI, n° 2.
4. Campbell. Strangulation of Meckel's Diverticulum, *Brit. med. Journ.*, 25 mai 1901, p. 1263.
5. Th. Carwardine. Volvulus of Meckel's Diverticulum, *Brit. med. Journ.*, 4 déc. 1897, p. 1637.
6. W. C. Dugan. Meckel's Diverticulum, *Paediatrics*, 1896, vol. II, p. 71-74.
7. J. W. Elliott. Strangulation of Meckel's Diverticulum caused by Volvulus of the ileum, *Brit. med. Journ.*, 1894, vol. CXXX, p. 586-587.
8. A. Fayollet. Contribution à l'étude des gangrènes du diverticule de Meckel, *Th. de Paris*, 19 juillet 1909.
9. Fehre. *Deut. Zeit. f. Chir.*, Bd LXXVIII, p. 170.
10. Tr. Fox. *Pathol. Soc. of London*, 18 janv. 1898, in *Lancet*, 1898, t. I, p. 227.
11. A. S. Frasier. Volvulus of Meckel's Diverticulum, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1916, vol. LXVI, n° 16, p. 1197.
12. C. R. Gildersleeve. A case of intestinal Obstruction due to Meckel's Diverticulum, *Med. News*, 1898, vol. LXXII, p. 392-393.
13. Ketteler. Das Meckel'sche Divertikel als Ursache des Ileus, *Göttingen Inaug. Diss.*, 1900, obs. VI.
14. Kohler. Beitrag zur Kasuistik des Ileus durch ein Meckel'sches Divertikel., *Fort. d. Med.*, 1901, n° 8, p. 141-147.

15. VON KRYGER. Ein Fall von Darmverschluss durch ein Meckel'sches Divertikel bedingt, *Münch. med. Woch.*, 1902, n° 7.
16. LANCE. *Bull. de la Soc. anat. de Paris,* 1902, p. 664.
17. G. H. LILLEY. Acute intestinal obstruction by persistent vitelline duct, *Brit. med. Journ.*, 1884, t. I, p. 57.
18. MAKINS. Meckel's Diverticulum perforated by numerous ulcers (Card specimen), *Brit. med. Journ.*, 1893, t. I, p. 147, et *Trans. of the pathol. Soc. of London,* 1898, vol. XLIV, p. 90.
19. W. MILKO. Durch ein Meckel'sches Divertikel verursachte Darmincarceration, *Pester med.-chir. Presse*, 1908, Bd XLIV, p. 407.
20. NAUMANN. Chirurgisch-Kasuistische Beiträge zur Kenntniss des akuten Darmverschlusses durch Meckel'sches Divertikel, *Leipzig Inaug. Diss.*, 1901.
21. E. A. PARKER. Report of a case of intestinal Obstruction with gangrene of Meckel's Diverticulum due to twisting, *Amer. Journ. of surg.*, 1910, n° 1, p. 23.
22. PHILIPOWICZ. Mitteilungen über Darmverschluss, *Arch. f. klin. Chir.*, 1903, Bd LXX, p. 734.
23. REBLAUD. Un cas de gangrène totale du diverticule de Meckel, *Paris chir.*, 1909, t. I, p. 140 à 145 (c'est le cas de Fayollet).
24. RIEDEL. *Verhandl. des deut. Ges. f. Chir.*, 1902, p. 92.
25. ROTH. Ueber Missbildungen im Bereiche des Ductus Omphalo-mesentericus, *Virch. Arch.*, 1881, Bd LXXXVI, p. 374.
26. J. SAILER and Ch. FRAZIER. Case of strangulated Meckel's Diverticulum, complicating typhoid fever, *Univ. Pennsylvania med. Bull.*, 1903, vol. XVI, p. 314-318.
27. B. VAN SWERINGEN. A unique accident due to a Meckel's Diverticulum, *Surg., gyn. and obst.*, 1909, vol. VIII, p. 405.
28. W. J. TAYLOR. Volvulus of Meckel's Diverticulum with recovery after operation, *John's Hop. hosp. Bull.*, 1901, vol. XII, p. 326-329.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 MARS 1925)

Sur l'activation du suc pancréatique par acidification. — M. LISBONNE.

L'effet photo-électrique produit par les rayons ultra-violets chez l'homme. — M. Jean SAIDMAN.

Traitement insulinien prolongé et survie du chien dépancréaté. — MM. H. PENAU et H. SIMONNET. Les expériences des auteurs confirment l'opinion du professeur Hédon (voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 18, p. 298). L'administration prolongée d'insuline et à des doses élevées n'a pas, pour une période d'une année au moins, d'effets nocifs.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MARS 1925)

M. Pierre BAZY offre à l'Académie un portrait de Jules Rochard (père), président de l'Académie en 1894.

M. J.-L. FAURÉ donne lecture du très beau discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie et de la Société de chirurgie, à l'inauguration des monuments élevés à la Lyon à la mémoire de Jaboulay et de Poncet.

Sur la vaccination antisyphilitique. — M. DOLÉRIS complète la communication faite le 2 décembre dernier sur la syphilis expérimentale par deux savants argentins, MM. Jaurégui et Lancelotti.

Il rapporte notamment que des textes et des dessins très suggestifs, provenant des vieilles tribus indiennes de l'Amérique du Sud, ont montré la possibilité de la transmission de la syphilis de l'homme au lama.

Un auteur espagnol, Gomara, affirmait en 1552 qu'une maladie des lamas, qui paraît être la syphilis, fut donnée aux Espagnols par les femmes indigènes, puis ramenée en Europe et communiquée à des Napolitaines qui contagionnèrent à leur tour des soldats français, d'où le nom de *mal napolitain.*

Les expériences de MM. Jaurégui et Lancelotti ont prouvé qu'effectivement le lama peut contracter la syphilis. Un accident de laboratoire a montré aussi que la syphilis du lama peut repasser à l'homme.

Le lama est donc bien un animal de choix pour l'étude de la syphilis expérimentale, sa longévité permet de suivre les lésions aux trois périodes classiques.

MM. Jaurégui et Lancelotti ont employé des cultures pures du germe spécifique dans le sérum humain en anaérobiose, puis ils ont poursuivi l'atténuation graduée de ce même organisme par la chaleur à 41 degrés.

L'animal d'expérience une fois immunisé devient fournisseur de sérum curatif pour la syphilis du lama en période primaire et secondaire.

La guérison s'effectue en quelques semaines. Après quatre mois elle se vérifie par l'aptitude de l'animal à contracter de nouveau la maladie.

Chez l'homme, les auteurs ont obtenu des résultats encourageants, mais il est nécessaire d'attendre l'épreuve du temps avant de se prononcer.

Ces recherches vont être continuées et contrôlées à l'Institut Pasteur de Paris qui va recevoir de Bolivie des lamas destinés à poursuivre les expériences.

M. JEANSELME rappelle en quelques mots les premiers travaux entrepris sur la syphilis expérimentale, ceux entre autres de Roux et Metchnikoff.

Mais si importantes que soient les recherches sur la syphilis expérimentale, son étude doit être poursuivie et les nouvelles recherches doivent être soumises au contrôle de l'expérimentation, ainsi que l'a indiqué M. Doléris.

Mode d'action des rayons X sur les cellules. Peut-on modifier expérimentalement la radiosensibilité? — M. J. JOLLY. Un objet très radiosensible, comme le ganglion poplité du lapin, séparé de ses connexions vasculaires ou qu'on a privé de l'afflux sanguin par la ligature des artères afférentes, manifeste des lésions moindres que le ganglion témoin de l'autre patte irradié par le même faisceau. La cellule ne subit donc pas l'effet des radiations d'une manière simplement passive. L'isolement, qui a diminué la vitalité du ganglion, ne l'a pas rendu moins résistant et plus altérable par les rayons. La cellule, même la plus radiosensible, a besoin, pour réagir, de conserver sa vitalité et sa nutrition dans toute leur intégrité.

La radiosensibilité d'une cellule dépend, non seulement de l'espèce cellulaire, mais des conditions physiologiques particulières dans lesquelles se trouve placée cette cellule au moment de l'irradiation. Il paraît donc possible d'agir sur la radiosensibilité au lieu de profiter simplement des conditions plus ou moins favorables que nous offrent l'espèce cellulaire et le stade d'évolution cellulaire.

Les expériences précédentes paraissent donner raison aux auteurs qui admettent que l'action des rayons X sur la cellule est une action indirecte due à des substances toxiques mises en liberté et véhiculées par le sang. Mais il n'en est rien. L'action nocive des rayons X est avant tout une action directe sur la cellule. Si, en effet, on protège convenablement un organe sensible comme le ganglion poplité du lapin, une irradiation intense du reste de l'animal ne provoque pas de lésions dans l'organe protégé. Sans nier absolument l'intervention secondaire de substances toxiques mises en liberté à distance par les rayons et transportées par le sang, on peut dire que cette action toxique, admise aujourd'hui par beaucoup d'auteurs, n'apparaît guère jusqu'ici dans les expériences bien conduites.

Photographie et cinématographie du larynx. — M. MARAGE expose des expériences qu'il a faites sur le fonctionnement du larynx.

Il s'agit de savoir quel est le rôle particulier du larynx et de la bouche dans la formation des voyelles.

Première expérience : M. Marage annule le rôle de la bouche en la remplissant de stents qui est la substance dont se servent les dentistes pour prendre les empreintes. Dans ces

conditions, le sujet peut parfaitement émettre les cinq voyelles fondamentales OU, O, A, E, I.

Deuxième expérience : Quand on enlève le larynx d'un chien chloroformé, cet organe reste vivant pendant quelques minutes; si on fait contracter par un courant électrique les divers muscles, et si en même temps on fait passer dans le larynx un courant d'air chaud et humide, on entend les aboiements de l'animal comme s'il était vivant. L'organe en entier change de forme à chaque note. Donc le larynx seul, sans la bouche, peut produire ces vibrations.

Troisième expérience : Que se passe-t-il dans le larynx? Pour résoudre cette question, M. Marage a cinématographié les cordes vocales avec le concours de M. Vlès et de Mmes Marage et François-Franck. Le très beau film qui a été obtenu et qui est projeté permet non seulement de faire voir merveilleusement les cordes vocales à tout un auditoire, mais encore il permet d'étudier à loisir les vibrations des cordes vocales, leurs changements de longueur et de largeur et les variations de forme du larynx pendant la phonation.

Lampe à rayons ultraviolets pouvant être introduite à l'intérieur du corps. — M. Jean SAIDMAN.

La mécanique mathématique doit être le suprême point de vue de l'esprit scientifique pour édifier l'anthropomètre normal abstrait. — M. ROUSSY.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1925)

Arthroplastie. — M. CUNÉO n'attache pas autant d'importance à la distinction entre les ankyloses fibreuses et les ankyloses osseuses qu'à l'état des tissus péri-articulaires dont la rétraction peut être très gênante. Aussi, insiste-t-il sur la nécessité de la section des ligaments latéraux et croisés, ainsi que sur le modelage des extrémités osseuses.

Ostéotomie. — M. CADENAT insiste sur l'importance du calcul des angles de déviation pour faire des coupes osseuses exactes à l'aide de son appareil. Il expose en détails sa technique.

M. SORREL reconnaît que l'appareil de M. Cadenat est très bon pour les cas de déviations en deux sens, mais pour celles en trois sens il préfère son procédé de modelage des extrémités en genouillères.

Appendicite à forme néoplasique. — M. CADENAT fait un rapport sur une observation de M. Lombard (d'Alger). Homme de soixante-huit ans souffrant de douleurs dans la fosse iliaque droite. Poussée aiguë à la suite de laquelle le malade souffre, maigrit et se cachectise. On constata bientôt la présence d'une tumeur. M. Lombard fait une incision sous anesthésie locale, ouvre une collection d'où s'échappe un pus fétide, draine. Guérison. M. Lombard croit qu'il s'agissait dans ce cas d'une appendicite à forme néoplasique. M. le rapporteur regrette qu'il n'y ait pas plus de détails sur l'appendice et le cæcum.

M. SAUVÉ indique un moyen de diagnostic qui consiste à cercler la tumeur dans un fil métallique et à radiographier pour voir si l'ombre cæcale est ou non comprise dans le fil.

M. TUFFIER fait observer qu'il est souvent difficile de faire un diagnostic entre le cancer ou la tuberculose. Aussi attache-t-il une grande importance à l'examen du sang.

Occlusion intestinale par kyste de l'ovaire. — M. MOCQUOT fait un rapport sur un cas d'occlusion intestinale par un kyste de l'ovaire à pédicule tordu, adressée par M. Leveuf. On sent nettement une tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Bientôt apparaissent des vomissements, de la diarrhée, une température de 39 degrés, puis des signes nets d'occlusion. Laparotomie d'urgence. On se trouve en face de nombreuses adhérences intestinales qu'on libère peu à peu. On arrive sur la poche, on l'ouvre, on la vide et on la résèque, sauf son basfond qui est adhérent à l'intestin. Drainage, guérison.

Fracture grave du poignet. — M. MOUCHET analyse une observation de M. Verges (d'Alger). Il s'agit d'une fracture du scaphoïde avec luxation du grand os et énucléation lunaire au sixième jour.

En raison d'une trépanation du crâne pour fracture qu'avait subie ce malade, pour réduire la fracture du poignet on a recours à l'anesthésie locale. Ne pouvant arriver à réduire la fracture du poignet, M. Verges a recours à l'intervention sanglante. Il remit en place le semi-lunaire, réunit les deux fragments du scaphoïde. Consolidation. Guérison avec bon résultat fonctionnel. M. Mouchet, dans ce cas, eût préféré tenter la réduction simple sous anesthésie générale.

M. DUJARIER, dans un cas semblable, n'a pu réussir à réduire, même sous l'anesthésie générale. Il a dû aussi recourir à la réduction sanglante.

Pied bot varus équin. — M. OMBRÉDANNE, à propos du rapport fait dans l'avant-dernière séance par M. Mathieu, fait une communication magistrale sur les divers procédés opératoires applicables au traitement des diverses variétés de pied bot varus équin.

Il y a d'abord une période de réductibilité jusqu'au quinzième mois pour laquelle le traitement orthopédique suffit. Vient ensuite une période d'irréductibilité relative où il peut suffire d'agir sur les parties fibreuses rétractées (opération de Kirmisson, procédé de Massari et d'Intignano). Vient enfin la période d'irréductibité absolue où seules les opérations sur le squelette peuvent donner des résultats. Ici, M. Ombrédanne pratique de préférence le désossement tarsien plus ou moins modifié, opération de Lucas-Championnière. Passant en revue les diverses opérations proposées il estime qu'il y a une hiérarchie dans l'importance des articulations du pied et qu'il faut considérer la tibio-tarsienne comme la reine à laquelle on ne doit pas toucher. C'est pourquoi il donne la préférence à la tarsectomie cunéiforme de Farabeuf.

En conclusions, M. Ombrédanne estime qu'il ne faut pas opérer trop tôt. Il faut attendre huit à dix ans afin d'éviter les inconvénients que peut avoir l'ostéogenèse qui, jusqu'à cet âge, peut exercer une fâcheuse influence sur les corrections tentées auparavant.

Anesthésie par le somnifène. — M. FREDET fait une nouvelle communication sur ce mode d'anesthésie générale. Sa statistique porte actuellement sur 110 cas. Sur ces 110 cas, il y a 4 morts postopératoires qui ne sont pas imputables à l'anesthésie.

M. Fredet peut conclure de ces faits que le somnifène n'est nuisible ni pour le foie, ni pour les reins, ni pour le poumon, ni pour le cœur. Par des expériences sur le chien, M. Fredet a étudié séparément le mode d'élimination des deux substances qui composent le somnifène. Il a pu en conclure que la moitié de l'allyl se fixe sur le système nerveux, le sang, les hématies, la rate. Elle est à peu près nulle sur le foie et les reins. L'examen des urines pendant dix jours a montré une élimination très lente.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 17 FÉVRIER 1925)

Gibbosités costales des nourrissons et scoliose congénitale. — M. LANCE présente quatre enfants atteints de gibbosités dorsales observées quelques semaines après la naissance. Chez le premier on note une scoliose congénitale grave, la gibbosité a été peu modifiée par le traitement. Chez deux autres la gibbosité est disproportionnée à une déviation rachidienne minime, enfin le dernier présente une gibbosité et un rachis absolument rectiligne. Les trois cas se sont améliorés rapidement par le traitement ou même spontanément. A côté des gibbosités scoliotiques il semble donc exister des gibbosités costales primitives, par anomalie de développement du thorax, indépendantes de toute anomalie du rachis. Ces gibbosités semblent avoir une tendance spontanée à la guérison.

Tubercule cérébral. — MM. L. BABONNEIX et Maurice LÉVY présentent un jeune homme de dix-sept ans bien portant jusqu'en mars 1923 et qui, à cette époque, présente, en peu de

temps, tous les signes d'une tumeur cérébrale : céphalées, vomissements, stase pupillaire, vertiges. En l'absence de tout signe permettant une localisation nette, le chirurgien se contente de faire une trépanation décompressive qui détermine une amélioration temporaire.

Il s'agit sans doute ici d'un tubercule cérébral, l'examen complet du malade ayant décelé l'existence, chez lui, d'un noyau épididymaire tuberculeux. A noter qu'il y a infection mixte, la réaction de Wassermann étant faiblement positive pour le sérum, et le traitement spécifique ayant semblé donner de bons résultats.

Splénomégalie chronique. — MM. L. Babonneix et Maurice Lévy présentent une jeune fille de seize ans chez laquelle existe, depuis au moins trois ans, une splénomégalie avec anémie. A quelle cause rattacher cette splénomégalie ? Il semble que l'on ne puisse incriminer ni la leucémie, car la formule sanguine n'est nullement celle que l'on observe dans cette affection, ni le paludisme, ni l'hérédo-syphilis, ni le kala-azar, mais bien la tuberculose, la malade ayant été atteinte, en 1921, de péritonite tuberculeuse. Comme traitement, ils ont conseillé, en plus des reconstituants habituels, la radiothérapie splénique, étant bien entendu que les doses de rayons seront faibles, et les séances espacées.

Discussion. — M. Lesné a observé chez une fillette de douze ans une splénomégalie analogue, le Wassermann de la mère étant positif, le traitement par les arsénobenzols fut tenté et amena la guérison.

M. Robert Debré cite un cas absolument superposable à celui de M. Lesné dans lequel, sans signe d'hérédo chez l'enfant mais avec un Wassermann positif chez la mère, le traitement amena la guérison.

M. Trèves pense que dans tous les cas où il y a doute entre la tuberculose et la syphilis on doit faire le traitement d'essai avec des arsenicaux.

M. Guinon a observé de deux à dix-huit ans un enfant porteur d'une rate énorme qui guérit spontanément de sa splénomégalie, mais finit par mourir de méningite bacillaire; la méningite était en cause.

M. Babonneix. L'origine bacillaire ne paraît pas douteuse chez cette enfant; elle a présenté une péritonite tuberculeuse, et lors de l'opération on constata des granulations disséminées et déjà une grosse rate.

Syndrome choréique postencéphalitique. — MM. L. Ribadeau-Dumas et J. Debray présentent un enfant de treize mois atteint d'un syndrome choréique qu'ils attribuent à une encéphalite aiguë banale apparue à la suite d'infections multiples et en particulier de grippe.

Processus de méningo-encéphalite subaiguë difficile à classer. — MM. Nobécourt et Pichon présentent une fillette chez laquelle se sont échelonnés, sur l'espace de quatre mois, quelques mouvements involontaires, une parésie faciale droite, de l'incontinence d'urine, une diplopie par paralysie du moteur oculaire externe, l'exagération d'un des réflexes rotuliens, et enfin quelques myoclonies très passagères d'une joue. Une très forte lymphocytose rachidienne s'est montrée et persiste encore. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Myopathie ossifiante progressive. — MM. Veau et Lamy. Début à deux ans par la région lombaire, envahissement progressif des muscles du dos et particulièrement des grands dorsaux qui unissent de façon tout à fait rigide l'humérus au thorax, d'où impossibilité de faire mouvoir les épaules.

Depuis deux mois envahissement rapide des muscles masticateurs qui ne peuvent plus l'écartement des dents que d'un demi-centimètre. Les auteurs demandent l'avis de la Société au sujet du traitement.

Deux collapsothérapies d'un même poumon réalisées à deux ans d'intervalle. — MM. J. Génévrier et A. Robin avaient traité en 1923, par le pneumothorax artificiel, une fillette de cinq ans atteinte d'une abondante suppuration pulmonaire; la tuberculose n'était pas en cause; après sept insufflations la guérison était obtenue.

En décembre 1924 l'enfant recommence à tousser et à cracher; la radiographie puis la présence des bacilles de Koch démontrent la nature tuberculeuse d'un foyer de condensation important du poumon gauche, siège de la suppuration traitée en 1923. Un nouveau pneumothorax est établi le 17 décembre, vingt mois après la cessation du précédent collapsus pulmonaire. Le résultat est actuellement parfait.

Deux faits intéressants sont à retenir de cette observation : d'une part, la tuberculisation très rapidement envahissante d'un poumon atteint préalablement d'une suppuration banale, et, d'autre part, la réalisation d'une parfaite collapsothérapie malgré l'application, vingt mois plus tôt, de la même méthode qui avait par conséquent laissé la plèvre dans un état de parfaite intégrité.

Le tubage dans l'anorexie des nourrissons. — M. Barbier rappelle les diverses variétés d'anorexie que l'on rencontre chez le nourrisson, parmi lesquelles l'anorexie nerveuse parfois très grave survenant chez les convalescents de maladies, les cachectiques ayant perdu l'habitude de s'alimenter et la sensation de la faim. Dans ces cas il est nécessaire d'employer le gavage à la sonde.

Discussion. — M. Guinon croit avec Weill (de Lyon) qu'il s'agit dans ces cas surtout de pharyngospasme, et qu'il suffit de passer la sonde dans le pharynx; le plus souvent d'ailleurs l'isolement des membres de la famille suffit en quelques jours à guérir l'enfant. Il y a cependant une forme grave nécessitant en plus parfois le tubage, c'est l'anorexie avec vomissements.

M. Comby croit que ces cas d'anorexie à tous les âges se voient chez des sujets nerveux, de souche nerveuse, qui guérissent par l'isolement et un traitement calmant (hydrothérapie, etc.).

MM. A. Delille et Nobécourt rapportent des cas chez des sujets de famille névropathique, ayant guéri par l'isolement.

M. Weill-Hallé cite deux cas analogues et fait remarquer que les deux enfants étaient hérédo-syphilitiques.

M. Gillet rappelle l'anorexie des coquelucheux qui ne mangent pas pour ne pas vomir. Le tubage ne peut être pratiqué parce qu'il provoque des quintes.

M. Lesné. Dans ce cas le tubage nasal peut être effectué et ne donne pas de quintes.

M. Schreiber pense que ces anorexies sont surtout fréquentes chez les hérédo-syphilitiques.

M. Henri Lemaire, en plus de ces différents types d'anorexie, a observé l'anorexie dans deux autres cas : chez des enfants comme signe prémonitoire de crises acétoniques, et aussi chez des enfants atteints de tétanie. Le traitement de ces affections fait disparaître l'anorexie.

M. Babonneix. Chez les jeunes filles atteintes d'anorexie nerveuse l'immense majorité guérit par l'isolement, mais quelques cas ne sont que le début d'une démence précoce.

Hémorragies méningées par pachyméningite hémorragique chez le nourrisson. — MM. Robert Debré et Semelaigne présentent trois observations de nourrissons atteints de pachyméningite hémorragique. Les deux premiers, entrés à l'hôpital pour convulsions, présentaient des signes évidents de distension cranienne : aspect d'hydrocéphalie légère avec élargissement des fontanelles et disjonction des sutures craniennes. Le diagnostic a pu être affirmé par la ponction lombaire et surtout par la ponction de la fontanelle qui a donné issue, à 1 centimètre de profondeur environ, à un liquide présentant tous les caractères de l'hémorragie méningée (liquide sanglant, incoagulable), l'écoulement du liquide cessant lorsque l'aiguille était enfoncée plus profondément. L'un des malades présentait également des hémorragies rétiniennes bilatérales. Le premier a parfaitement guéri, le second est mort par infection secondaire de son épanchement. La troisième observation concerne une forme fruste de cette même maladie. Il s'agit d'une affection qui n'est pas exceptionnelle chez le nourrisson, puisque les auteurs ont pu en réunir une soixantaine d'observations publiées en une dizaine d'années. Les signes cliniques capitaux et souvent uniques sont les signes de distension cranienne produits par l'épanchement sanguin sous-jacent; le diagnostic ne peut être fait que par la ponction de la fontanelle et les caractères du liquide retiré qui écartent le diagnostic d'hydrocéphalie. Elle est due, comme chez l'adulte,

à une prolifération dure-mérienne aboutissant à la formation de fausses membranes fortement vascularisées dans lesquelles se produisent des hémorragies. L'origine est inconnue. La syphilis héréditaire doit sans doute être incriminée.

Episodes fébriles chez les enfants soumis à la cure solaire. — M. Jaubert (d'Hyères) étudie les réactions fébriles au cours des cures héliothérapiques; il montre que la cure solaire doit être dirigée chez certains enfants avec une extrême prudence.

Essai de vaccinoprophylaxie antiscarlatineuse dans un hôpital d'enfants. — M. Giovanni de Toni (d'Alexandrie) a, sur quarante et un enfants exposés à la contagion, employé le sérum du professeur Carona (de Rome) sans aucun cas de contagion. Ces injections de sérum n'ont entraîné aucun inconvénient. Il demande que ces essais soient poursuivis.

Raideur méningitique dans la poliomyélite. — M. Eschbach (de Bourges) rapporte deux observations de poliomyélite avec raideur méningitique, contracture si intense que les malades couchés se tiennent en hyperextension, tête renversée, avec contracture tétanique au moindre effort pour soulever la tête. Il s'agit de poliomyélite grave où les phénomènes paralytiques ont succédé dans les membres à des phases de contracture.

Mort subite à la suite d'une première injection sous-cutanée de sérum antidiphtérique. — MM. Lesné et Barreau. Un enfant de quatre ans atteint d'une angine diphtérique quinteuse, ayant un bon état général et peu de fièvre, meurt quelques minutes après une première injection sous-cutanée de 50 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. A la suite de quelques vomissements la mort survient au milieu de convulsions cloniques généralisées, malgré une injection intraveineuse d'adrénaline. Cet enfant n'avait jamais reçu antérieurement d'injection sérique, il n'avait jamais ingéré de viande crue de cheval ou de sérum équin; il n'avait jamais eu de crise d'asthme. L'autopsie ne révéla aucune lésion tuberculeuse, le corps thyroïde semblait normal; il n'y avait pas d'hypertrophie du thymus; les vaisseaux du cerveau étaient gorgés de sang et, à la coupe, la substance cérébrale présentait un piqueté hémorragique correspondant à des capillaires dilatés. Sans qu'on puisse en trouver la raison, l'injection de sérum antidiphtérique paraît bien avoir déterminé cette mort rapide. Ce cas exceptionnel ne doit pas faire rejeter l'emploi de fortes doses de sérum dans le traitement de la diphtérie, mais incite à rechercher des sérums épurés, privés le plus possible d'albumine hétérogène.

Discussion. — M. Voisin a observé il y a trois ans un cas identique. Chez un jeune homme de treize ans une injection préventive de 10 centimètres cubes de sérum sous la peau du ventre provoque en trois minutes la mort sans autre phénomène que l'apparition d'écume rosée à la bouche. L'enfant avait eu deux ans auparavant une bronchite aiguë asthmatiforme. S'agissait-il ici d'asthme vrai souvent méconnu chez l'enfant.

M. Terrien a vu aussi un cas de mort quatorze heures après une injection préventive de 10 centimètres cubes.

M. Lesné répète que ces cas malheureux inexplicables sont tellement exceptionnels qu'ils ne doivent pas empêcher d'injecter le sérum.

M. Lereboullet se joint à M. Lesné pour souligner l'exceptionnelle rareté de ces faits. Si on en trouve quelques exemples dans la littérature, dans lesquels l'asthme paraît jouer un rôle dans 35 p. 100 des cas, il faut surtout avoir présent à l'esprit la statistique de Park qui n'a relevé que 2 décès sur 150.000 injections, soit 1 p. 75.000. Ce chiffre qui est encore plus élevé que celui que donnerait la statistique française montre que l'injection sérique n'expose pas à plus de risques que n'importe quelle autre intervention médicale (ponction exploratrice, anesthésie, etc.) et qu'il n'y a pas lieu de renoncer à la ligne de conduite actuelle et à créer, à l'aide de tels faits, un état de sérumphobie préjudiciable à la santé des enfants.

M. Barbier, en trente ans, a pratiqué plus de 2.000 injections par an, et une seule fois il a vu un cas d'accidents formidables avec suffocation; ces cas sont donc d'une extrême rareté et absolument négligeables.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1925)

Cure thermale de Saint-Honoré. — M. DU PASQUIER signale les effets favorables de la cure thermale de Saint-Honoré chez les vieillards même très âgés, atteints de catarrhes chroniques des bronches et cite quelques observations typiques. La cure prudemment conduite est toujours bien supportée et amène la diminution de la toux, de l'expectoration, de la dyspnée d'effort et des crises asthmatiques. Quelques exercices rationnels de rééducation respiratoire sont souvent un utile adjuvant de la cure.

Calculs de l'uretère pelvien. — M. Raymond PETIT rapporte deux cas de calculs de l'uretère pelvien. Le premier chez une femme de trente ans avait entraîné un « prolapsus » de l'uretère dans la vessie d'une longueur de 2 centimètres. Au cours d'une quinte de coqueluche l'expulsion spontanée (cas très rare) se produisit.

Le second cas a trait à une femme de cinquante-trois ans présentant un fibrome utérin en torsion, de l'anurie persistante et trois images radiographiques considérées comme dues à des calculs de l'uretère pelvien. Hystérectomie. Expulsion des calculs dans la vessie après incision de l'uretère. Pas de fistule urinaire consécutive. La radiographie faite de nouveau montre la persistance de l'une des trois ombres constatées précédemment. On explore et on acquiert la certitude que cette ombre était due à une ancienne thrombose pelvienne et non à un calcul. L'auteur insiste sur cette cause d'erreur et montre plusieurs radiographies de thromboses pelviennes.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCES DU 10 ET DU 31 JANVIER 1925)

Cholécystite aiguë : cholécystectomie à chaud. — MM. BERNARDBEIG et TROUETTE présentent la vésicule biliaire et l'appendice d'une femme de soixante et un ans hospitalisée d'urgence pour un syndrome péritonéal grave. Le siège de la douleur et l'existence d'antécédents lithiasiques firent porter le diagnostic de péritonite biliaire.

Laparotomie médiane : nettoyage de la cavité péritonéale qui contient un liquide louche et quelques flocons purulents dans le cul-de-sac de Douglas ; extirpation d'un appendice congestionné.

L'exploration de la région sus-méso-colique conduit sur une énorme vésicule recouverte de fausses membranes et contenant un liquide purulent et des calculs.

Cholécystectomie ; drainage sous-hépatique ; guérison.

Deux cas de sténose médio-gastrique. — MM. J. TAPIE et L. MOREL présentent l'observation et les radiographies de deux malades atteintes de sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse.

A propos de ces deux malades, les auteurs insistent sur les difficultés du diagnostic clinique de cette complication relativement fréquente de l'ulcus de la petite courbure. On doit toujours y songer quand, chez un vieil ulcéreux, les douleurs et les vomissements alimentaires deviennent plus précoces ; la sensation de plénitude gastrique au début des repas, la contracture du muscle grand droit du côté gauche sont des signes de réelle valeur ; l'image radioscopique est seule pathognomonique.

Complications ostéo-articulaires de la variole. — MM. J. TAPIE, BOUNHOURE et Louis MOREL présentent un homme de trente-neuf ans dont les membres supérieurs sont considérablement raccourcis et atrophiés dans leur segment rhizomélique. Ce malade présente par ailleurs, au voisinage des articulations sterno-claviculaires et scapulo-humérales, de nombreuses cicatrices mutilantes consécutives à de vieilles suppurations ostéo-articulaires. La radiographie montre des dégâts considérables au niveau des articulations de l'épaule et de la partie supérieure de la diaphyse humérale.

A l'âge de cinq ans, cet homme fut atteint de variole hémorragique compliquée de multiples suppurations articulaires. L'atteinte des cartilages de conjugaison explique l'arrêt de développement du squelette et le raccourcissement des membres inférieurs.

Tuberculose iléo-cæcale avec prédominance des lésions au niveau de l'iléon. — M. GORSE présente un malade chez qui la palpation révèle une tuméfaction de la fosse iliaque droite dont le fond paraît correspondre à l'extrémité inférieure du cæcum. La radiographie a montré que cette masse correspondait en réalité à l'extrémité inférieure de l'iléon.

Polynévrite alcoolique. — MM. CAFFORT et COUDANE présentent un malade, grand éthylique, atteint de polynévrite des quatre membres. L'affection est ici remarquable par son début rapide et par sa gravité.

Cholécystostomie pour cholécystite suppurée. — M. VIGUIÉ présente un malade opéré d'urgence pour des accidents péritonéaux qui firent porter le diagnostic de collection sous-hépatique.

On trouva sous le foie une première poche à contenu séreux et, plus profondément, une vésicule calculeuse pleine de pus. Cholécystostomie ; guérison.

L'auteur croit que la collection séreuse était consécutive à l'inflammation du repli péritonéal précystique.

LIVRES NOUVEAUX

Le Volume jubilaire du professeur Emile Forgue. Mémoires originaux dédiés au docteur Emile Forgue, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, à l'occasion de sa quarantième année d'enseignement et de sa promotion au grade de commandeur de la Légion d'honneur (1).

Je n'ai pu, à mon grand regret, au mois de novembre dernier, aller à Montpellier assister au Jubilé du professeur Forgue. Et voici que le magnifique Volume jubilaire qui lui fut offert, à l'occasion de sa quarantième année d'enseignement, me fournit l'occasion de m'associer, bien que trop tardivement, à la belle manifestation dont fut l'objet le maître aimé et respecté de la Faculté sept fois centenaire de Montpellier.

Peut-on imaginer pour un homme de science un plus magnifique hommage que ce livre, recueil unique des meilleurs travaux des plus grands chirurgiens de notre époque ?

Dans ce volume, qui honore autant la science que celui à qui il est destiné, Jeanbrau a réuni des mémoires écrits spécialement par leurs auteurs en l'honneur de M. Forgue et résumant en quelques pages les plus beaux travaux de ces dernières années.

Il nous suffira de citer les noms de MM. Abadie, Alessandri, Alglave, Pierre Bazy, Bégouin, Bérard, Bergonié, A. Broca, Chevassu, Dartigues, Delagenière, Delmas, Dujarier, Pierre Duval, J.-Ch. Roux et H. Béclère, Estor, Etienne, J.-L. Faure, J. Fiolle, Fredet, Gaussel, Giordano, Gosset, Hartmann, Hédon, L. Imbert, Jacob, Jeanbrau, Marcel Labbé, Lambret, Lejars, Leriche, Marion, de Martel, Masmonteil, Matas, Mériel, Michel, Mouchet, Mouret, Nové-Josserand, Okinczyc, Pauchet, Pousson, Proust, de Quervain, Recasens, Regaud, Riche, Rivière, Roux (de Lausanne), Roux et Augé, Savariaud, Anselme Schwartz, Sieur, Témoin, Tixier, Toubert, Tuffier, Vialleton, Villard, Walther et Willems.

Liste d'auteurs incomparable qui montre l'estime et l'affection que M. Forgue a su inspirer à ses collègues français et étrangers.

Nul n'était plus digne de recevoir un pareil hommage que M. Forgue.

Quand un chirurgien a parcouru une carrière comme la sienne, carrière si remplie de travail, de conscience et d'honneur, il a le droit de ressentir la plus légitime des fiertés.

La *Gazette des hôpitaux*, qui s'honore d'avoir compté M. Forgue au nombre de ses collaborateurs, ne pouvait manquer de s'associer très sincèrement à l'hommage éclatant qu'on vient de lui rendre. F. L. S.

(1) Gr. in-8 de 700 p. avec de nombr. fig. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.







BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Troubles fonctionnels du cœur. Sémiologie et thérapeutique, par R. LUTEMBACHER. Un volume de 520 pages avec 297 figures. — Prix : 45 francs. — Paris, Masson et Cie.

Précis de pathologie générale, par le docteur LIBERT, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Paris. Un volume in-8 de 500 pages, avec figures. — Prix : 26 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

L'Ulcus gastrique et duodénal, par Sir Berkeley MOYNIHAN (de Leeds). Traduction française, par Victor PAUCHET. In-8 de 80 pages avec 21 figures dans le texte. — Prix : 8 francs. — Paris, G. Doin.

Pour diminuer le risque opératoire, par le docteur DUPUY DE FRENELLE. Un volume, 358 pages, 51 figures. — Paris, A. Maloine.

Oto-rhino-laryngologie. Documents pour les praticiens, par le docteur G. DE PARREL. Un volume, 425 pages, 86 fig. — Paris, A. Maloine.

Les Défauts. Réactions de défense, par le docteur Ch. FIESSINGER. — Un volume, 330 pages. — Paris, A. Maloine.

N° 22. — MARDI 17 & JEUDI 19 MARS 1925. 98e ANNÉE. MARDI 17 & JEUDI 19 MARS 1925. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Chevrier, Grégoire, Apert, Hartmann, Cauchoix, Gernez, Legueu.

CENTRE ANTICANCÉREUX DE BORDEAUX. — M. le professeur Sabrazès a été, ainsi que nous l'avons déjà annoncé, nommé directeur du Centre régional de lutte anticancéreuse de Bordeaux et du Sud-Ouest de la France, en remplacement de M. le professeur Bergonié.

Ont été nommés chefs des divers services :

M. Chavannaz, professeur de clinique chirurgicale, chef du service de chirurgie, chargé des consultations.

M. le professeur Réchou, agrégé de physique, chef du service de curiethérapie.

M. le professeur Foch, professeur d'électricité industrielle à la Faculté des sciences, chargé des services techniques.

M. le professeur agrégé Jeanneney, chirurgien adjoint du chef de service de chirurgie.

MARINE. — Est nommé :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Hederer.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur René Beckers, administrateur du *Bruxelles médical.*

MÉDAILLES DE LA MUTUALITÉ. — *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Kemhadjian, Montagné, Roques, Schwob (de Paris), Cadiot, médecin inspecteur de l'armée.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Feuillette (de Saint-Quentin), Cohen, Darras, David (M.-H.), Fabre, Garin, Lafage, Langle, Manceau, Rosenthal, Schrœder, Tissot (G.-P.) (de Paris), Nicard, médecin-major de 1re classe.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs de Alberti (de Nice), Dautheville (de Chomérac), Salles (de Marseille), Bertrand (d'Aix), Etienne (de Pont-à-Mousson), Bonnel, Cavaillès, Crolle, Debled, Durand, Faucon, Griveau, Imhoff, Jacob, Labiche, Lacaille, Lenoble, Léoty, Lescudé, Lucas, Mallet, Manson, Masingue, Mercier, Michaux, Montalti, Neveu, Ozenne, Schwartzschild, Sichère, Stépinski, Viclot (de Paris), Lireux (de Rouen), Marini (du Kef).

Mentions honorables. — MM. les docteurs Cros (de Montréal), Kayat (de Paris).

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS. — L'assemblée générale annuelle aura lieu le samedi 16 mai 1925, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu.

En raison de l'importance des questions à l'ordre du jour, les membres de l'Association sont instamment priés d'y assister.

Le banquet de l'internat aura lieu le soir au Palais d'Orsay, sous la présidence du docteur Desnos, membre de l'Académie de médecine.

Pour tous renseignements relatifs à l'Association, s'adresser au docteur F. Bonnet-Roy, secrétaire général, 13, rue de Turin, ou à M. L. Arnette, éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association de la Presse médicale française s'est tenue samedi 28 février, dans les salons de l'hôtel Lutetia, sous la présidence de M. le professeur agrégé Maurice Loeper.

Soixante et un membres étaient présents ou représentés.

Après une allocution du Président, le docteur Pierra, secrétaire général a donné lecture de son rapport moral et fait ressortir, en particulier les progrès constants de l'Association, qui groupe aujourd'hui quatre-vingt-six revues et journaux de langue française et à laquelle a adhéré la quasi-unanimité des grands éditeurs médicaux. Puis le trésorier M. Georges Baillière, a fait connaître la situation financière.

L'Assemblée a prononcé ensuite l'admission définitive des membres reçus en 1924, MM. Dequidt (*Le Mouvement sanitaire*), Desgrez (*Bulletin général de Thérapeutique*), Gautrelet (*La Médecine*), Genty (*Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*), Goudard (*Bulletin de la Société médicale de Pau*), Grollet (*Revue de Pathologie comparée*), Hamonic (*Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*), Hartmann (*Gynécologie et Obstétrique*), Imbert (*Marseille médical*), Lisbonne (*Revue de Chirurgie*), Petit (*Bulletin de la Société de Biologie*), Pierret (*Journal de Physiologie et de Pathologie générale*), Vigot (*Archives de Médecine et d'Hygiène coloniales*) comme membres titulaires et Falloise (*Revue belge de la tuberculose*), comme membre correspondant étranger.

MM. le professeur Cruchet et le professeur agrégé Fiessinger, membres sortants du Conseil d'administration, ont été

réélus à l'unanimité. Le Conseil reste donc composé, pour l'année 1925, de la façon suivante : MM. Loeper (*Le Progrès médical*), président; Cruchet (*Journal de médecine de Bordeaux*), et Noël Fiessinger (*Journal des Praticiens*), vice-présidents; Pierra (*Revue française de Gynécologie*), secrétaire général; Baillère (*Paris médical*), trésorier; Combemale (*l'Echo médical du Nord*), Gardette (*La Presse thermale et climatique*), Leriche (*Lyon chirurgical*), M. F. Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*), président honoraire continue également à faire partie du Conseil.

Rappelons à nos lecteurs que toute la correspondance de l'Association (candidatures, demandes de renseignements, etc.) doit être adressée au Secrétaire général, M. le docteur Pierra, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

MÉDECINS DES ASILES. — Un poste de médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne) est vacant par suite de la nomination de M. le docteur Perret en qualité de directeur médecin de cet établissement.

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de vacances. Pâques 1925.* — *Lundi 6 avril.* — 10 h. : M. le professeur Nobécourt. Ouverture du cours; — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Notions actuelles sur la diphtérie; — 16 h. : M. Tixier. La syphilis infantile (1re leçon); — 17 h. : M. Babonneix. Les encéphalopathies et le mongolisme.

Mardi 7 avril. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Les syndromes endocriniens (1re leçon); — 16 h. : M. Tixier. La syphilis infantile (2e leçon); — 17 h. : M. Babonneix. Les chorées.

Mercredi 8 avril. — 10 h. 30 : M. Babonneix. La poliomyélite aiguë; — 16 h. : M. Tixier. Les anémies infantiles; — 17 h. : M. Lereboullet. Les syndromes endocriniens (2e leçon).

Jeudi 9 avril. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. La tuberculose du médiastin (étude clinique); — 16 h. : M. Janet. Le diabète des enfants; — 17 h. : M. Paraf. Notions nouvelles sur la scarlatine.

Vendredi 10 avril. — 10 h. 30 : M. Lereboullet. Les pneumococcies de l'enfance; — 16 h. : M. Tixier. Notions nouvelles sur le rachitisme; — 17 h. : M. Paraf. Notions nouvelles sur la rougeole.

Samedi 11 avril. — 10 h. 30 : M. Bidot. L'urologie chez l'enfant.

Mercredi 15 avril. — 10 h. 30 : M. Mathieu. L'encéphalite épidémique; — 16 h. : M. Janet. Les néphrites des enfants; — 17 h. : M. Nadal. L'asthme infantile.

Jeudi 16 avril. — 10 h. 30 : M. Janet. Syndromes coliques et appendicite; — 16 h. : M. Mathieu. L'épilepsie et ses nouvelles médications; — 17 h. : M. Pichon. Le rhumatisme cardiaque.

Vendredi 17 avril. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiologie du poumon et du médiastin; — 16 h. : M. Paraf. Notions nouvelles sur la méningite cérébro-spinale; — 17 h. : M. Nadal. Les dilatations des bronches chez l'enfant.

Samedi 18 avril. — 10 h. 30 : M. Duhem. Radiologie du cœur; — 16 h. : M. Pichon. Les tuberculoses aiguës; — 17 h. : M. Duhem. Les rayons ultraviolets en thérapeutique infantile.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES. — M. le professeur J. Duvergey fera sa leçon inaugurale le samedi 30 mars, à 17 heures, à la Faculté.

CROISIÈRES DE CURE DE REPOS EN MER. — La croisière organisée par le docteur Loir (du Havre), à bord du « Louqsor », pour les médecins et étudiants, aura lieu du 6 au 28 avril.

L'itinéraire spécial obtenu pour ce voyage par le sous-secrétariat d'Etat de la marine marchande, est le suivant :

Dunkerque, départ le 6 avril à 18 h.; — Le Havre, arrivée le 7 avril à 8 h., départ le 11 avril à 6 h.; — Bordeaux, arrivée le 14 avril à 7 h., départ le 17 avril à 7 h.; — Lisbonne, arrivée le 20 avril à 7 h., départ le 20 avril à 18 h.; — Tanger, arrivée le 22 avril à 6 h., départ le 22 avril à 18 h.; — Alger, arrivée le 25 avril à 6 h., départ le 25 avril à 22 h.; — Marseille, arrivée le 28 avril.

Pendant le voyage, le docteur Loir fera un cours pour les médecins désirant obtenir le diplôme de médecin sanitaire maritime.

Des excursions sont prévues dans tous les ports d'escale.

Les prix de cette croisière sont les suivants :

Catégorie I, ticket : 900; supplément : 275; total : 1.175 fr.

Catégorie II, ticket : 500; supplément : 235; total : 735 fr.

Catégorie III (réservée aux étudiants), ticket : 400; supplément : 190; total : 590 fr.

Les dames sont admises en Ire et IIe catégorie.

Le prix des suppléments varie d'après la catégorie, principalement en raison des différences, considérables suivant les classes, des taxes difficiles de débarquement exigées dans tous les ports par les Etats et les Municipalités.

Dans ces suppléments sont compris : 1° la vie et la nourriture à bord pendant les escales; 2° les frais de débarquement; 3° les taxes de débarquement; 4° la visite organisée des escales; 5° les excursions en auto, accompagnées de guides.

Des réceptions sont réservées dans les ports à nos touristes.

Inscriptions : docteur Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

RENSEIGNEMENTS

IMPORTANTS LABORATOIRES FRANÇAIS, exploitant produits biologiques (opothérapie et vaccins), cherchent, pour diriger leur publicité médicale en Italie, jeune médecin français parlant et écrivant couramment italien. Situation importante et d'avenir, mais exigeant très bonne culture médicale jointe à sens des affaires, activité méthodique et ordonnée, initiatives.

Ne pas se présenter, mais envoyer *curriculum vitæ* à M. LECLERE, 21, rue d'Aumale, PARIS (9e), qui convoquera.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES P.-L.-M. AU DÉPART D'AVIGNON ET DE NIMES. — Les services automobiles que la Compagnie P.-L.-M. organise pour la visite des monuments romains et du moyen âge fonctionneront cette année au départ d'Avignon et de Nîmes dans les conditions suivantes :

1° *Circuits au départ d'Avignon.* — Jusqu'au 30 septembre, tous les jours, Arles-les-Baux, par Tarascon, Saint-Rémy, Maillane, prix : 35 francs; Uzès-Nîmes-Pont du Gard, par Villeneuve-les-Avignon, prix : 40 francs; les lundi et vendredi, Orange-Vaison par Malaucène, Carpentras, prix : 40 fr.; les mardi, jeudi et samedi, Aigues-Mortes-Les Saintes-Maries-de-la-Mer, par Tarascon, Saint-Gilles, Arles, prix : 60 francs; Fontaine-de-Vaucluse, par l'Isle-sur-Sorgue, Chateauneuf-de-Gadagne, prix : 18 francs.

Du 15 juin au 15 septembre, le lundi, Mont Ventoux, par Carpentras et Pernes, prix : 70 francs.

Du 22 juillet au 27 août, un deuxième service sera mis en marche le mercredi (coucher au Mont Ventoux).

2° *Circuits au départ de Nîmes.* — Du 1er avril au 30 septembre, les lundi et jeudi, Pont du Gard, par Collias et Saint-Bonnet, prix : 18 francs; les mercredi et vendredi, le Grau du Roi, par Saint-Gilles et Aigues-Mortes, prix : 40 francs; les mardi et samedi, Le Musée du Désert, par Anduze et Alais, prix : 50 francs.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

PATHOLOGIE CHIRURGICALE GÉNÉRALE

L'action curatrice de la sérothérapie massive dans le tétanos : action conjuguée du chlorure de calcium intraveineux. (L. MORENAS et P. SEDALLIAN. *Lyon méd.*, 30 nov. 1924, t. CXXXIV, p. 694.) — L'inefficacité curative du sérum antitétanique a paru longtemps tout à fait démontrée aussi bien dans le domaine expérimental qu'en pathologie humaine. Cette vérité d'hier est remise en question aujourd'hui grâce à quelques observations de tétanos grave dans lesquelles la sérothérapie employée à doses massives a été suivie de guérison.

Un des deux cas relatés par les auteurs est intéressant en outre par l'introduction nouvelle, dans la thérapeutique du tétanos, du chlorure de calcium intraveineux.

La première observation concerne un homme de soixante ans dont les accidents tétaniques apparurent trois semaines après une blessure du médius droit ayant donné lieu à un hématome sous-unguéal. Au moment de l'entrée à l'hôpital les symptômes étaient au complet et graves. On ampute la première phalange du doigt blessé et le malade reçoit 70 grammes de sérum le premier jour, puis une dose quotidienne de 100 grammes les jours suivants. Bientôt l'amélioration des symptômes et la chute de la température amènent à diminuer les doses quotidiennes. La quantité totale de sérum injecté a été de 1.040 centimètres cubes en dix-huit jours. Le malade s'est levé le dix-huitième jour et a quitté l'hôpital guéri le trente-huitième.

Le second malade, âgé de trente-sept ans, trois jours après une contusion légère du gros orteil, a de la gêne de la mastication. Dès le lendemain apparaissent la contraction des muscles de la nuque et du dos, la gêne de la déglutition, un trismus intense. On injecte 60 centimètres cubes de sérum intraveineux et 80 centimètres cubes sous la peau. Les deuxième et troisième jour, injection quotidienne de 140 centimètres cubes par voie sous-cutanée; 100 centimètres cubes les quatrième et cinquième jours. A ce moment, crises convulsives avec asphyxie. Température, 39°5.

Le chloral étant inefficace contre les contractions, on injecte chaque jour en deux fois 40 centimètres cubes de solution de chlorure de calcium à 10 p. 100. Chaque injection diminue les contractions et supprime les crises convulsives. Le sérum est continué à la dose de 140 centimètres cubes. Au bout de huit jours, amélioration; on ramène les doses pour le sérum à 100 centimètres cubes, pour le chlorure de calcium à 10 centimètres cubes. Le vingt-deuxième jour les injections sont supprimées; le malade avait reçu 2.980 centimètres cubes de sérum et 25 grammes de chlorure de calcium. Aucun accident sérique.

A ce moment l'amélioration des signes tétaniques était considérable. Le malade souffrait peu, pouvait s'asseoir dans son lit et s'alimentait. Malheureusement une injection d'huile camphrée donna lieu à un abcès avec fusées profondes, et le trente-sixième jour une hémorragie secondaire très abondante provoqua la mort.

De ces deux observations, la seconde, malgré la mort du malade due d'ailleurs à une autre cause que le tétanos, est beaucoup plus probante que la première parce qu'elle concerne un de ces cas de tétanos suraigu qui sont toujours rapidement mortels.

Les auteurs, au sujet de l'action curative du sérum qu'ils ont employé, émettent une idée intéressante. Ce sérum provenait de chevaux immunisés depuis très longtemps (quatre ans et trois ans) et on peut se demander si le pouvoir curatif du sérum n'est pas fonction du temps d'immunisation des animaux producteurs.

Quant au chlorure de calcium il a paru agir par deux de ses propriétés : 1° son action antispasmodique actuellement bien établie et largement utilisée en thérapeutique mais non jusqu'ici contre le tétanos; 2° son action antianaphylactique qui permet de mettre en œuvre sans accidents la sérothérapie intensive.

Le médicament doit être introduit par la voie veineuse en solution à 10 p. 100 à la dose de 5 à 10 centimètres cubes deux fois par jour.

Un cas de tétanos grave guéri par la sérothérapie intensive. (P. DANIEZ et DESMIDT. *Echo méd. du Nord*, 6 déc. 1924, p. 591.) — Il s'agit d'un cas de tétanos survenu dix jours environ après une blessure du pied. Le traitement consista en injections de sérum antitétanique pratiquées simultanément par voies intrarachidienne, intraveineuse, sous-cutanée. Les injections intrarachidiennes furent arrêtées au bout de huit jours, les autres furent poursuivies pendant un mois. Au total le malade a reçu 140 centimètres cubes de sérum intrarachidien, 350 intraveineux, 1.200 sous-cutanés. La guérison était complète après un mois de traitement.

ENCÉPHALE ET MOELLE

L'intervention chirurgicale par voie fronto-temporale dans les tumeurs de l'hypophyse. (R. LE FORT. *Echo méd. du Nord*, 6 déc. 1924, p. 587.) — La chirurgie de l'hypophyse assez peu pratiquée jusqu'ici en France comporte cependant, dit l'auteur, une technique aujourd'hui bien réglée. Après avoir cherché à atteindre l'hypophyse par des voies très diverses, comme la voie transmaxillaire, la transpalatine, la transnaso-ethmoïdale on n'en utilise plus guère que deux : la voie basse, transsphénoïdale et la voie haute, cranienne.

Elles ont l'une et l'autre leurs indications et leurs partisans. Certains chirurgiens sont éclectiques comme Cushing qui préfère cependant plutôt la méthode transsphénoïdale. D'autres sont exclusifs comme Poussep dont toutes les interventions sont faites par la voie transfrontale. Cette dernière, plus sûrement aseptique, est, en outre, plus commode pour les chirurgiens non spécialisés. Elle présente deux variétés : la voie frontale extradure-mérienne et la voie fronto-temporale intradure-mérienne. Le Fort donne l'avantage à la seconde qu'il a suivie dans le cas qui fait le sujet de ce travail et il insiste sur les points suivants de la technique :

1° Le volet fronto-pariétal à charnière externe sera taillé très large.

2° A la partie inférieure la section osseuse doit passer immédiatement au-dessus de la voûte orbitaire. Il faut autant que possible respecter le sinus frontal dont l'ouverture peut être une cause d'infection.

3° Le lambeau dure-mérien doit être taillé largement à quelques millimètres du rebord osseux pour permettre une libération aisée du lobe cérébral antérieur.

4° Ce lobe sera relevé doucement après ponction ventriculaire. Le suintement sanguin est maîtrisé à l'aide de tampons imbibés de sérum adrénalisé. Le sujet étant opéré en position de Rose, il est aisé d'apercevoir, outre le chiasma, la bandelette optique du côté opéré.

Voici résumée l'observation du cas opéré par l'auteur.

La malade, âgée de trente-neuf ans, a, depuis trois ans, une céphalée de plus en plus violente et rebelle à toute thérapeutique. Elle présente un syndrome hypophysaire typique. Le

nez, la langue, la mâchoire inférieure, les mains et les pieds sont très augmentés de volume. Dos voûté. Suppression des règles. Amaigrissement notable. Diminution de l'acuité visuelle avec lésions bilatérales de chorio-rétinite diffuse, œdème papillaire et rétrécissement du champ visuel du côté temporal. Sur la radiographie, les apophyses clinoïdes postérieures ne sont plus représentées que par une mince ligne qui élargit beaucoup la selle turcique, les clinoïdes antérieures sont floues. Une zone claire qui déborde la selle turcique en haut et en arrière paraît représenter la tumeur. On suppose qu'il s'agit d'un kyste de la poche de Rathke.

L'opération est pratiquée, après injection de scopolamine-morphine, sous anesthésie à l'éther d'abord, au chloroforme ensuite, pour éviter, pendant le temps cérébral, la congestion vasculaire de l'encéphale.

Lambeau fronto-pariétal à charnière externe taillé à l'aide de quatre trous de fraise réunis sur trois côtés par des sections à la scie de Gigli. Incision du lambeau dure-mérien. Ponction ventriculaire qui ne donne pas de liquide. Le lobe antérieur prudemment soulevé, le chiasma apparaît et il s'écoule alors un liquide brunâtre, puis on extrait des parties demi-solides qui semblent être des débris kystiques. Remise en place du cerveau et rabattement du volet qui reste légèrement soulevé.

La plaie est complètement cicatrisée au bout de huit jours. Le pouls a oscillé entre 86 et 124 et la température entre 36°7 et 38°2. Les douleurs ont disparu. Elles reparaissent deux mois plus tard et reprennent leur intensité première en même temps que la cécité fait des progrès.

L'examen histologique portant sur de petits fragments n'a pu permettre de déterminer la nature exacte de la tumeur qui est probablement un gliome kystique.

Cf. — Modifications au procédé transorbito-ethmoïdal de Chiari pour aborder l'hypophyse. (LUIGI DELLA TORRE. *Arch. ital. di chir.*, vol. X, p. 254.)

Un cas de tumeur de la moelle épinière enlevée par laminectomie. (Jacob NORDENTOFT. *Acta chir. Scandinavica*, 31 déc. 1924, vol. LVII, p. 537.)

Tumeurs de la moelle épinière. Leur diagnostic et leur traitement. Observations. (James T. NIX. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, déc. 1924, vol. LXXVII, p. 233.)

CŒUR ET VAISSEAUX

Symphyse du péricarde et opération de Brauer. (J. JACOEL. *Pratique méd. franç.*, janv. 1925; p. 36.) — Il existe deux variétés essentielles de symphyse : l'intrapéricardique qui soude les deux feuillets de la séreuse et l'extrapéricardique dans laquelle les adhérences s'étendent aux organes du voisinage et à la paroi thoracique. La première variété est bénigne, la seconde trouble gravement le fonctionnement du cœur.

Le diagnostic de cette dernière affection, toujours malaisé, a fait de gros progrès grâce à l'examen radiologique. Et sa thérapeutique a également beaucoup gagné avec l'opération de Brauer qui, en donnant de la mobilité à la paroi thoracique, lui permet de suivre le cœur dans son retrait systolique et facilite ainsi le travail de l'organe.

Pour que cette opération présente le maximum de sécurité et de succès, elle doit être pratiquée dès que les crises d'asystolie se rapprochent de plus en plus et que, malgré l'emploi de médicaments cardiaques, les accidents ne régressent plus qu'incomplètement.

L'auteur relate une intéressante observation qui montre bien l'efficacité du traitement chirurgical de la symphyse péricardique.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-six ans qui a eu de nombreuses crises de rhumatisme articulaire aigu depuis l'âge de douze ans. Une double lésion mitrale fut constatée dès la fin de sa première crise. Puis apparurent des troubles fonctionnels : palpitations et dyspnée d'effort et cinq ans plus tard des signes graves d'insuffisance cardiaque : œdème des membres inférieurs, congestion hépatique avec ictère et légère ascite, toux et expectoration. L'amélioration survint sous l'effet de cures digitaliques. En 1920 nouvelle crise asystolique grave qui regresse encore par le traitement médical. A partir de ce moment les crises se répètent. En 1922 outre les signes précédemment décrits on note une dyspnée intense, le retrait systolique de la pointe, une dépression pluricostale, un souffle systolique intense et le dédoublement du deuxième bruit. Le pouls est irrégulier et rapide, la pression artérielle est de 9/7,5. Après quelques mois de repos et une série de cures de digitaline et d'ouabaïne, les troubles fonctionnels persistant, l'opération est proposée et acceptée.

Elle a lieu en mai 1923 sous anesthésie locale. Résection des troisième, quatrième et cinquième côtes avec les cartilages sur une étendue respective de 5, 6 et 7 centimètres et demi. Le périoste est enlevé en avant et en haut.

Les effets de l'intervention furent remarquables et ressentis par le malade sur la table même d'opération. Puis dès les premières semaines les signes d'insuffisance cardiaque disparurent en même temps que l'état général et local ne cessait de s'améliorer progressivement. Actuellement le malade peut vaquer à son métier, rester debout huit heures et monter trois fois par jour les escaliers du sixième étage où il habite.

La valeur de l'opération de Brauer n'est plus guère discutée aujourd'hui. Des échecs ont été signalés cependant mais qui semblent avoir été causés généralement par le retard apporté à l'intervention.

Cf. — La guérison de la symphyse péricardique fibreuse par la résection du péricarde. (V. SCHMIEDEN. *Acta chir. Scandinavica*, 13 août 1924, vol. LVII, p. 268.)

Trois cas d'embolectomie : deux à la bifurcation de l'aorte, un au niveau de l'iliaque primitive. Opérations. (OLOF LUNDBLAD. In *Acta chir. Scandinavica*, 1924, vol. LVII, fasc. 3 et 4, p. 375.) — L'auteur rappelle les travaux de Key, Michaelsson, Lundberg et Perman sur l'embolectomie et publie à son tour trois observations.

I. Un ouvrier de trente-sept ans cardiaque, convalescent d'une pneumonie, ressent brusquement une forte douleur dans la jambe et le pied gauches. Le membre est froid et insensible jusqu'au genou ; aucune pulsation n'y est perceptible. L'aorte abdominale bat normalement. Congestion modérée de la base des deux poumons.

Sous anesthésie locale l'artère fémorale est mise à nu dans le triangle de Scarpa. Le vaisseau, à la palpation est dur, non dépressible et sans battement. Incision dans l'axe de l'artère; extraction de deux caillots de 5 centimètres à l'aide d'une pince coudée et par expression manuelle. Pas d'hémorragie après l'extraction. En prolongeant par en haut l'incision des tissus périvasculaires on n'arrive pas à percevoir la moindre pulsation. Laparotomie sous anesthésie à l'éther, le malade en position demi-assise. On trouve un thrombus volumineux à la bifurcation de l'aorte. Les pulsations, bien marquées en amont n'existent pas en aval. Compression élastique de l'aorte abdominale et incision de 4 centimètres portant par moitié sur l'aorte et par moitié sur l'iliaque gauche. Extraction du thrombus et suture de l'artère par points séparés à la soie n° 0. — Réapparition des battements dès qu'on supprime la compression. — Quelques caillots perçus dans l'iliaque gauche sont acheminés doucement jusqu'à l'incision de la fémorale, puis extrait à travers elle. La suppression de la compression fait sourdre à ce niveau une hémorragie profuse. Après suture de la paroi vasculaire, aucune pulsation n'est ressentie dans la portion distale de l'iliaque interne.

L'état général s'améliore; les douleurs diminuent et la sensibilité se réveille dans la jambe gauche. Mais au bout de quelques heures, le cœur fléchit et la mort survient.

L'autopsie montra dans l'iliaque externe et la fémorale gauches, de petits thrombus de formation récente.

II. Une femme de trente-cinq ans atteinte de rétrécissement mitral présente brusquement des troubles circulatoires intenses qui font penser à la possibilité d'un thrombus au niveau de l'iliaque primitive droite.

Une rachi-cocaïnisation donne une zone d'insensibilité insuffisamment élevée. On doit y ajouter une anesthésie par infiltration qui permet la mise à nu, par dissection rétro-péritonéale de l'iliaque primitive et de l'iliaque externe droites. En raison du volume exagéré de l'utérus qui masque le champ opératoire, il faut recourir pour mener à bien l'opé-

ration, à une laparotomie sous-ombilicale avec narcose à l'éther.

Le caillot volumineux présentait trois portions : l'une contenue dans l'iliaque primitive, la seconde dans l'iliaque externe, la troisième dans l'iliaque interne. Les suites opératoires furent excellentes et la malade guérit.

III. Un cocher de quarante-cinq ans, cardiaque, accuse brusquement, au cours d'une bronchopneumonie, une douleur très vive dans la jambe droite et une moins vive dans la jambe gauche. L'état général est mauvais, la température est à 38 et les urines sont fortement albumineuses.

Le pouls perçu aux membres inférieurs est manifestement plus faible que le pouls radial. On pense à un embolus diminuant sans l'obturer, la lumière de l'aorte, au niveau de sa bifurcation.

Laparotomie sous-ombilicale avec narcose à l'éther donné goutte à goutte. Opération laborieuse en raison de l'adiposité du sujet et de la dilatation intense de l'intestin par les gaz. Incision de l'iliaque un peu au-dessous de la bifurcation aortique. Une pince coudée saisit l'embolus et l'écrase. Ses débris sont expulsés par un flot sanguin rapide et abondant.

Le malade est tellement shoké qu'on doit terminer rapidement l'opération. Suture vasculaire difficile; entre les points, du sang s'écoule. Une mèche tassée sur la suture est laissée à demeure. Fermeture de l'abdomen en un seul plan.

Contre toutes espérances les suites immédiates sont bonnes; mais rapidement le sujet s'affaiblit et succombe.

Ces observations suggèrent à l'auteur d'intéressantes réflexions pratiques. Il signale la fréquence des cardiopathies et des pneumonies chez les sujets porteurs d'embolus. Ce sont là des conditions qui compliquent l'acte opératoire et assombrissent le pronostic.

L'anesthésie locale est en principe préférable à la narcose, mais elle est parfois insuffisante.

La méthode de Key, écrasement à l'aide d'une pince intra-artérielle du caillot dont le jet sanguin expulse les fragments, est d'un emploi facile et commode, surtout quand l'état du malade est grave. Les instruments sont paraffinés, les gants, les compresses et le champ opératoire imbibés d'une solution de citrate de soude à 2 p. 100.

Un cas d'embolectomie. (W. Gesrot. *Acta chir. Scandinavica,* 31 déc. 1924, vol. LVII, p. 542.) — L'auteur relate un cas d'embolectomie pratiquée sur une femme de soixante-dix ans. Le caillot qui obstruait entièrement le vaisseau siégeait dans l'artère axillaire juste au-dessous de l'origine de l'artère circonflexe postérieure. Il fut enlevé une heure quarante-cinq minutes après son arrêt en ce point. La circulation brachiale se rétablit parfaitement, mais la malade fortement artério-scléreuse et hypertendue mourut huit jours plus tard. L'autopsie montra que l'artère au niveau de l'embolie et de l'incision opératoire, s'était cicatrisée sans thrombose secondaire.

TUBE DIGESTIF ET ABDOMEN

Corps étrangers de la langue. (William H. Schmidt. *Med. Journ. and Record*, 15 oct. 1924, p. 375). — Les corps étrangers de la langue sont moins rares qu'on ne pourrait le croire et on n'y songe pas assez en présence de certaines lésions de l'organe, surtout quand l'histoire de la maladie comporte un accident qui rend possible la pénétration d'un corps étranger. Les troubles qu'on observe en pareil cas revêtent des formes diverses. La plaie accidentelle ne se cicatrise pas. Des hémorragies secondaires surviennent et se répètent. Ou bien les tissus s'enflamment au voisinage du corps étranger et celui-ci s'évacue avec le pus d'un abcès. Plus souvent l'inflammation chronique aboutit à la formation d'une tumeur dure, indolore qui persiste indéfiniment. On comprend que des erreurs de diagnostic puissent être commises. Une plaie linguale qui ne guérit pas est prise pour une ulcération tuberculeuse, la tuméfaction inflammatoire pour une tumeur maligne. La radiographie rendrait des services si l'on avait des doutes sur la nature de l'affection. L'extraction de ces corps étrangers linguaux est loin d'être toujours simple et il faut être averti de l'éventualité d'une hémorragie qui a été quelquefois mortelle.

L'auteur ayant eu l'occasion d'extraire de la langue d'un de ses malades un fragment de tuyau de pipe a recherché dans la littérature médicale les cas analogues et il en a trouvé cinq.

Dans le premier cas (Butlin et Spencer) le malade avait eu sa pipe enfoncée et brisée dans la bouche par un coup de coude. Plaie traversant obliquement la langue de droite à gauche et que le chirurgien explore sans rien trouver. Gonflement de la langue et de la gorge gênant la parole et la déglutition. A partir du sixième jour, vomissements de sang abondants et répétés. La tuméfaction de la langue augmente, trismus. La mort survient le quinzième jour à la suite d'une grosse hémorragie. A l'autopsie, la double plaie linguale est cicatrisée mais le trajet contient un fragment de tuyau de 2 pouces et demi et en face de la plaie linguale de sortie, au-dessous et en arrière de l'amygdale gauche existe une plaie dans laquelle s'ouvre la carotide.

Dans le deuxième cas (Hamilton) la pipe s'enfonce dans la bouche au cours d'une chute. Le quatrième jour on ouvre un abcès de la langue, puis à cause de la dyspnée, on explore la cavité de l'abcès et on en retire un fragment de tuyau de 4 pouces. Aussitôt hémorragie énorme qui tue le malade en moins d'une minute. Ici encore on constate nécropsiquement une plaie des gros troncs vasculaires du cou.

Le troisième cas (Anderson) se distingue par la durée du séjour d'un bout d'ambre qui a été d'un mois.

Le quatrième cas (Murry) est plus remarquable encore au même point de vue que le précédent. Le tuyau de pipe resta inclus huit mois et la fistule qu'il causait ne disparut qu'après son extraction.

Le cinquième cas (Saffley) fut opéré deux fois avant qu'on découvrît le corps étranger qui là aussi entretenait une fistule et resta dans la langue trente-cinq jours.

Enfin voici l'observation du cas observé par l'auteur :

Un homme tombe ayant sa pipe à la bouche. Douleurs locales. Hémoragie au bout de vingt-quatre heures, la langue est très enflée et très douloureuse. Adénite et périadénite cervicale. On est obligé d'alimenter le malade à la sonde pendant une semaine. L'exploration buccale devenue possible montre que la langue a été blessée par les dents. Quatre dents sont arrachées dont une molaire inférieure gauche de laquelle paraît venir du pus. Mais le pus vient aussi de la face dorsale de la langue du côté droit, surtout quand on appuie sur le menton et la langue est dure à ce niveau. Explorations négative de la plaie linguale. Le cinquième jour grosse hémorragie. Le gonflement diminue mais non la douleur. Une fistule se forme dans la région sous-maxillaire. Au bout de huit semaines nouvel examen, nouvelle extraction dentaire. On voit sur la face dorsale de la langue une ulcération d'aspect néoplasique. Finalement croyant qu'une dent brisée a pu pénétrer dans l'intérieur de la langue, on cherche et on extrait le corps étranger qui se trouve être un bout de tuyau de pipe. L'extraction est suivie de l'évacuation d'un flot de pus, puis rapidement les fistules linguale et sous-maxillaire se cicatrisent.

L'histoire de ce dernier cas, en raison des symptômes observés, de l'évolution et des tâtonnements du diagnostic, est particulièrement instructive.

L'entérostomie dans l'iléus paralytique postopératoire et succédant à la contusion. (O. Cignozzi. *Il Policlinico* (sez. chir.), 15 déc. 1924, p. 629.) — L'auteur estime que le meilleur traitement de l'iléus paralytique ayant pour origine un traumatisme opératoire ou accidentel est la laparotomie exploratrice terminée par une entérostomie. Il rappelle les diverses opinions qui ont déjà été émises sur ce sujet. Certains chirurgiens mettent en doute la réalité de l'iléus paralytique et pensent qu'il s'agit toujours dans ces occlusions secondaires de coudures intestinales causées par des adhérences. D'autres croient que l'opération est en pareil cas très grave et peu efficace. D'autres, au contraire, veulent que l'entérostomie soit une opération aussi nécessaire et aussi remarquable par ses résultats que la trachéotomie.

En réalité, l'observation rigoureuse des faits montre de plus en plus que l'iléus peut être causé, en dehors de tout phénomène inflammatoire, par un trouble de l'innervation intestinale et que le manque de péristaltisme arrête mécaniquement la progression des matières. Ce trouble fonctionnel atteint d'ailleurs une étendue plus ou moins grande de l'in-

testin et quelquefois tout l'intestin aussi bien le côlon que le grêle.

Mais pour poser l'indication opératoire il faut savoir distinguer l'iléus paralytique pur de celui qui accompagne la péritonite. Le premier se reconnaît aux caractères suivants : le pouls est presque normal pendant les deux, trois ou quatre premiers jours et l'apyrexie à peu près constante, le facies n'est pas grippé, les vomissements sont rares, il n'y a généralement pas de douleur abdominale diffuse ni spontanément, ni à la palpation et le météorisme est irrégulier.

Le traitement médical, en particulier l'emploi de l'atropine, suffit quelquefois à guérir l'iléus paralytique. Mais il convient de ne pas trop compter sur lui et on surveillera le malade avec grand soin pour être prêt à intervenir si les symptômes persistent ou s'aggravent.

L'auteur relate une observation personnelle d'iléus paralytique traité par l'entérostomie. Cet iléus survint chez un homme de cinquante-quatre ans opéré de hernie crurale étranglée, sans lésion de l'intestin. Aucune évacuation n'ayant pu être obtenue malgré atropine, purge, lavements, massage électrique, les vomissements étant devenus incoercibles et le météorisme considérable on fit le troisième jour une laparotomie latérale du côté précédemment opéré. On ne trouva qu'une distension paralytique de tout l'intestin grêle et colique, mais plus marqué sur ce dernier. Anus cæcal large. Tous les troubles d'occlusion s'amendèrent rapidement. La réparation de l'anus artificiel demanda plusieurs interventions et ne fut complète qu'au bout d'un an.

Traitement des paralysies intestinales postopératoires. (A. MAYER. *Münch. med. Woch.*, 11 juillet 1924.) — L'auteur recommande les injections intraveineuses de sérum contenant de l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse.

Cf. — L'obstruction intestinale aiguë nécessitant une résection intestinale. (H. R. SHANDS. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, déc. 1924, vol. LXXVII, p. 228.)

Occlusion intestinale par torsion de l'anse vitelline. Rupture du duodénum et de l'estomac. (V. P. FONTANA. *Anales de la Facultad de med.* (Montevideo), août 1924, t. IX, p. 745.)

Sur le diagnostic de l'iléus par calcul biliaire. (Ernst TENGWALL. *Acta chir. Scandinavica,* 13 août 1924, vol. LVII, p. 298.) — Ayant observé quatre cas d'iléus par calcul biliaire, l'auteur a remarqué que la marche de cette affection avait habituellement une allure typique.

La maladie débute violemment avec des symptômes d'iléus grave. Cette crise dure quelques heures et se calme pendant un laps de temps égal, d'une à douze heures. Puis les symptômes d'iléus reparaissent et les vomissements deviennent fécaloïdes. Nouvelle phase de bien-être relatif. La crise suivante est moins grave avec des douleurs, mais quelquefois sans vomissements. Enfin, après une dernière interruption plus ou moins longue, l'occlusion complète se confirme et se manifeste par tous ses signes.

L'occlusion n'est pas uniquement un phénomène mécanique. L'intestin irrité par le calcul se contracte sur lui et le bloque. Les mêmes symptômes peuvent être observés dans le cas de corps étrangers intestinaux volumineux. C'est ainsi que l'auteur a observé une occlusion tout à fait analogue à l'iléus par calcul biliaire chez une vieille femme édentée qui avait avalé une poire confite entière.

Un procédé opératoire simple pour obtenir la continence de l'anus artificiel. (H. GAUDIER et SWYNGHEDAUW. *Gaz. des prat.*, 15 déc. 1924, p. 369.) — Ce procédé consiste essentiellement à faire cheminer entre peau et paroi musculo-aponévrotique le bout intestinal afférent qui sera rendu continent par compression. L'opération est ainsi conduite :

On taille dans le flanc gauche un lambeau cutané carré de 10 centimètres qui est relevé sur sa charnière postérieure. Puis on ouvre l'abdomen par une incision trapézoïdale qui découpe un second volet large de 8 centimètres, comprenant les muscles et le péritoine et relevé dans le même sens que le précédent. On extériorise une anse colique et on la fixe par ses extrémités aux angles postérieurs de l'incision musculo-aponévrotique. Le lambeau profond est passé à travers une brèche du méso, remis en place et suturé à deux plans. Enfin, le lambeau cutané recouvrant l'intestin est ramené à son tour et suturé sur sa périphérie, sauf au niveau de l'angle postéro-inférieur où l'intestin visible et amarré à la peau par quelques points sera ouvert deux ou trois jours plus tard.

La cicatrisation obtenue, on applique une ceinture avec pelote transversale rigide qui comprime assez bien l'intestin pour empêcher l'issue des matières au moins solides. Il en fut d'ailleurs ainsi chez le malade auquel ce procédé a été appliqué par l'auteur.

Invagination colo-colique au niveau de l'angle splénique. (MASSABUAU et GUIBAL. *Bull. de la Soc. des sciences méd. et biol. de Montpellier,* nov. 1924, p. 29.) — Un enfant de dix-huit mois est amené à l'hôpital pour des phénomènes d'occlusion intestinale datant de quatre jours.

Une laparotomie médiane sous-ombilicale donne accès sur un boudin de 8 centimètres environ, dur, violacé, incurvé, à concavité interne, rattaché à la paroi postérieure par un court méso, allant verticalement de l'hypocondre gauche à l'épine iliaque antérieure et supérieure du même côté.

On se rend compte qu'il s'agit d'une invagination du côlon transverse dans le côlon descendant. Une tentative prudente de désinvagination est couronnée de succès. Il n'existe aucune adhérence entre la gaine et le boudin. Les surfaces séreuses sont congestionnées, mais peu dépolies; pas de lésion de sphacèle, pas de sillon d'étranglement.

L'intervention a été faite sous anesthésie au chloroforme donné avec ménagement. Une syncope s'est produite au début, assez angoissante. Le pouls s'étant maintenu mauvais, on juge bon, après reposition du cadre colique, de suturer la paroi en un plan.

Une selle est émise assez rapidement, mais les vomissements porracés qui existaient avant l'opération réapparaissent. La température monte et atteint 40 degrés le soir du deuxième jour. L'enfant succombe quarante-huit heures après l'intervention.

L'intérêt de cette publication réside d'abord dans la rareté des invaginations du côlon dans le côlon, puis dans ce fait que les lésions macroscopiques étaient assez peu prononcées si l'on se souvient surtout que les signes initiaux remontaient à quatre jours. Peut-être eût-il été préférable de pratiquer une résection ; mais la fatigue du sujet et la défaillance du myocarde plaidaient en faveur du procédé le plus rapide et le moins shockant.

Pronostic et traitement des complications infectieuses locales du cancer du rectum. (X. DELORE et P. MALLET-GUY. *Lyon méd.*, 23 nov. 1924, t. CXXXIV, p. 663.) — Les complications infectieuses, particulièrement les suppurations locales, qui surviennent à une période avancée du cancer du rectum, sont classiquement considérées comme des accidents de la fin contre lesquels il y a peu de chose à faire. C'est là une notion inexacte et d'autant plus fâcheuse qu'elle prive les malades d'une intervention propre à les sauver momentanément et à les faire bénéficier d'une survie appréciable. Les auteurs donnent trois observations de complications de ce genre qui furent ainsi traitées et deux fois avec succès.

Dans le premier cas on avait fait à un malade atteint d'un cancer inopérable de l'ampoule rectale un anus iliaque gauche à pont. Un an et demi plus tard, les douleurs ont reparu, amaigrissement, fièvre, suppuration anale, cachexie. Un médecin consulté a pensé que cet état résultait d'une extension de la tumeur aux fosses ischio-rectales. La région anale, en effet, est boursouflée, dure, violacée, trouée de plusieurs fistules. Au toucher, au-dessous de la tumeur qui ne paraît pas augmentée de volume, on sent les fosses ischio-rectales indurées et la pression à leur niveau fait sourdre du pus par les fistules. La température oscille de 39 à 40 degrés. Il s'agit bien d'un double phlegmon qu'on traite par l'ouverture large des deux fosses ischio-rectales avec débridement des clapiers. La cicatrisation fut obtenue en un mois et le malade vécut encore deux ans avant de succomber à son cancer.

La deuxième observation est très analogue. Ici encore il avait fallu faire un anus artificiel chez un homme dont le cancer rectal était inextirpable. Au bout de seize mois un phlegmon des deux fosses ischio-rectales se développa et fut largement ouvert. L'opération toute récente (septembre 1924) a donné un excellent résultat.

La troisième observation concerne un cas assez différent

des précédents. La tumeur siégeant au niveau de l'ampoule rectale est traitée par l'amputation périnéale large du rectum. La suture de la muqueuse ayant cédé, il se produit un rétrécissement cutanéo-muqueux qu'on doit dilater avec des bougies. Deux ans après on enlève une petite récidive occupant le bord cutanéo-muqueux. Nouvelle récidive, celle-ci inopérée, sept mois plus tard. Enfin, le malade succombe en dix jours à un phlegmon gangréneux de la région anale à marche rapide avec extension à la fesse droite. Des incisions au thermocautère furent pratiquées sans résultat.

Si l'infection dans ce cas s'est montrée plus grave, c'est sans doute parce qu'elle s'est produite dans un milieu souillé par le passage des matières et au sein d'un tissu cellulaire cicatriciel privé de ses défenses lymphatiques normales.

Eclatement de la rate. Splénectomie. Paludisme postopératoire. Guérison. (DECHERF. *Echo méd. du Nord*, 24 janv. 1925, p. 42.) — I. Un homme de vingt et un ans, conducteur de chemin de fer, est violemment projeté contre un frein de wagon. Il perd connaissance, puis revenant à lui éprouve une vive douleur abdominale. Examiné quelques heures plus tard il souffre dans la partie supérieure du ventre et respire difficilement. Son pouls, quoique irrégulier, est bon. Sa paroi est en contracture légère, et la pression est particulèrement douloureuse sous les fausses côtes droites. Il n'y a pas de vomissements. On pense à un éclatement du foie. L'opération est pratiquée le jour même de l'accident. Laparotomie en L. Sang et caillots. Mais le foie est intact, l'hémorragie vient de la rate. Celle-ci est éclatée au niveau du hile. Splénectomie et fermeture sans drainage.

Dans les jours qui suivent l'opération la température monte au-dessus de 40 degrés. On apprend alors que le blessé a eu du paludisme en Algérie. Quelques doses de quinine ramènent la température à la normale. Guérison rapide et complète.

II. Tamponné par une automobile, un journalier de vingt-sept ans est projeté au loin. Il présente des contusions multiples et accuse une vive douleur dans l'étage supérieur de l'abdomen. Pas de contracture des droits, pas de vomissements. Pouls excellent. Le lendemain, signes d'anémie aiguë. On opère par laparotomie en L. Le ventre contient du sang et des caillots. La rate présente un éclatement superficiel dans la région hilaire. Splénectomie. Suture sans drainage. Guérison.

L'auteur, commentant ses observations, fait remarquer le retard des signes d'hémorragie dans le second cas, moins grave d'ailleurs que le premier au point de vue des lésions spléniques, et il montre que les hémorragies traumatiques de la rate présentent une variété d'aspects qui les rapproche des hémorragies par rupture de grossesses extra-utérines.

Cf. — Résultats tardifs de la splénectomie pour rupture traumatique de la rate. (PFEIFFER et SMYTH. *Ann. of surg.*, oct. 1924, p. 562.)

La splénectomie dans le purpura hémorragique. (Malvern B. CLOPTON. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 3 janv. 1925, vol. LXXXIV, p. 62.) — L'auteur a employé cette méthode de traitement dans trois cas. Deux enfants opérés depuis plus de dix mois et après l'échec de multiples médications sont actuellement à peu près guéris. Une femme opérée plus récemment est très améliorée. Chez les deux petits malades la numération globulaire donnait au moment de leur entrée à l'hôpital et malgré une transfusion préalable, respectivement 2.600.000 et 2.500.000 hématies. La splénectomie qui amena une augmentation progressive et plus ou moins rapide des éléments cellulaires du sang eut un effet presque instantané sur le temps de saignement qui, pris aussitôt avant et après l'opération, tomba, chez le jeune garçon, de treize à une minute, et chez la fille de douze à deux minutes. En outre, dans un cas on vit, au cours même de l'opération, s'arrêter une hémorragie en nappe de la séreuse dénudée dès que la rate eut été enlevée, et dans l'autre cas une épistaxis s'arrêta de même spontanément sur la table d'opération. La rate examinée microscopiquement fut trouvée normale chaque fois. Les malades n'ont plus eu aucune manifestation hémorragique depuis le sixième mois. Ils ont pris du poids et se portent bien.

Cf. — La splénectomie dans le purpura hémorragique. (I. I. LEMANN et Isidore COHN. *New-Orleans med. and surg. Journ.*, janv. 1925, vol. LXXVII, p. 282.)

MEMBRES

Luxation de l'extrémité interne de la clavicule en avant et en bas. (CHAUVIN et TOINON. *Marseille méd.* 1924). — Cette lésion a été observée chez une femme de soixante-dix ans à la suite d'une chute d'un deuxième étage, qui avait d'autre part causé une fraction du radius du même côté et une plaie contuse de la face. On notait au niveau de l'articulation sternoclaviculaire droite une tuméfaction notable et obliquement dirigée. La palpation à peine douloureuse permettait de reconnaître l'épiphyse interne de la clavicule et de la mobiliser de haut en bas dans une étendue de 4 à 5 centimètres sur le sternum, en déterminant de gros craquements durs. Le déplacement de l'os vers le bas ne mettait pas en tension le chef claviculaire du muscle sterno-delto-mastoïdien probablement désinséré. Il y avait peu de troubles fonctionnels. Les mouvements actifs de l'épaule paraissaient surtout gênés par le poids de l'appareil platré contenant la fracture radiale. Tous les mouvements passifs étaient libres. Quand la malade fut au bout de quelques jours guérie d'une grave congestion pulmonaire, on put confirmer le diagnostic par la radiographie et tenter la réduction. Celle-ci obtenue par de fortes traction de l'épaule droite en arrière était instable et se reproduisait aussitôt. Mais il ne parut pas utile de pratiquer une ostéosynthèse car la malade était âgée et sa lésion ne lui causait aucune gêne fonctionnelle sérieuse.

Fractures du col chirurgical de l'omoplate. — BIZARD et PASTOIR (*Gazette des praticiens*, 15 déc. 1924, p. 377.) — Les fractures du col de l'omoplate sont rares. Les auteurs en ont observé deux à trois mois d'intervalle, chez des sujets âgés tous deux de cinquante-neuf ans, et à la suite de chute violente sur l'épaule.

Les signes cliniques ont été à peu près les mêmes dans les deux cas mais ils ont pu être mieux observés chez l'un des malades qui fut examiné beaucoup plus tôt que l'autre après l'accident. Voici ces symptomes :

Impotence absolue du membre atteint. Bras collé au thorax en légère rotation interne. Déformation en épaulette peu marquée. Par contre tête humérale saillante dans le sillon delto-pectoral. Vide sous-acromial moins profond que dans la luxation. Points douloureux dans le creux axillaire au niveau du tubercule glénoïdien inférieur et en arrière le long d'une ligne allant du creux de l'aisselle au milieu du bord spinal de l'omoplate. Tous les mouvements passifs du bras possibles et ne déterminant aucune crépitation osseuse dans la région de l'épaule. Pas de troubles vasculaires ni nerveux.

Ce tableau clinique assez analogue à celui d'une luxation antéro-interne de l'épaule s'en distingue pourtant par la possibilité des mouvements passifs et la localisation des points douloureux. En fait dans l'un et l'autre cas le diagnostic de luxation fut d'abord posé. Radiographiquement la lésion était très nette au moins dans le cas le plus récent. Le trait de fracture allait de la partie inférieure de la glène à l'échancrure coracoïdienne et le fragment externe solidement engrené avec le reste de l'os avait légèrement basculé en avant.

On n'employa pas d'autre thérapeutique que le massage et la mobilisation précoce et l'impotence ne fut que peu améliorée. Les auteurs se demandent si la periarthrite scapulo-humérale décrite par Duplay n'est pas quelquefois une fracture méconnue du col de l'omoplate.

Un cas de myosite ossifiante traumatique siégeant dans la région de la rotule. — (ERIC G. GERSTENBERG. *The Glasgow Med. Journ.*, vol. CIII, janv. 1925, p. 33.) — L'intérêt de ce cas réside dans la localisation plutôt rare de la lésion.

En décembre 1923, la malade en tombant se heurte le genou gauche au bord d'un trottoir. Elle peut rentrer chez elle mais les mouvements du genou sont difficiles et douloureux. Après trois jours de lit, elle reprend une vie normale ne gardant qu'un peu de gonflement et de sensibilité de la région contusionnée. Deux mois plus tard le genou déjà atteint et la cheville du même côté sont tordus dans une chute sur la glace. La cheville est rapidement guérie, mais le genou reste gros et impotent. Pensant qu'il s'agit d'une fracture on immobilise le membre en extension dans un plâtre pendant trois semaines.

En avril 1924 le genou est toujours faible et enraidi, la

marche difficile. Il n'y a pas d'hydarthrose ni de déformation de la jointure. Par contre, outre l'atrophie musculaire, on constate un élargissement de la rotule et on sent au-dessus de cet os dans le quadriceps une induration de consistance osseuse ayant les dimensions d'un pouce environ. D'autre part la rotule a perdu de sa mobilité, les mouvements actifs et passifs du genou sont limités, la flexion ne dépasse pas l'angle droit. Sur la radiographie on note un noyau d'ossification musculaire, falciforme, qui tient au bord supérieur de la rotule et siège dans le tendon du quadriceps. La rotule elle-même ne présente pas trace de fracture, ni de déplacement.

Le traitement qui a consisté en massage, mobilisation prudente et immobilisation intermittente dans un appareil de marche a donné une grosse amélioration des troubles fonctionnels sans amener aucune modification — même après trois mois — dans l'aspect radiographique de l'ostéome.

Les myosites ossifiantes juxta-rotuliennes semblent exceptionnelles. Dans le travail de Jefferson (*Brit. Journ. Surg.* vol. VII, p, 135) il n'y en a que quatre cas.

Cf. — Sur un cas de myosite calcifiante. (A. BERMADES DE OLIVEIRA. *Revista de médicina*, mai-juin 1924, nos 32-33).

Fracture de la tubérosité antérieure du tibia. (Antonio GUZMAN. *La Clinica Castellana*, oct. 1924, p. 251.)

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

HÉMOPHILIE

Maladie familiale, caractérisée par la tendance aux hémorragies répétées, abondantes, disproportionnées avec la cause qui les provoque, et par des stigmates sanguins particuliers.

Il faut en rapprocher certains états hémophiliques, non héréditaires, observés au cours de certaines infections ou intoxications.

Étiologie. — Encore mal élucidée.

Il ne semble pas qu'on puisse incriminer aucune infection ou intoxication à l'origine.

Une notion toutefois se dégage nettement, c'est le caractère familial, héréditaire de l'affection. Ce caractère présente les points particuliers suivants :

1° l'hérédité se transmet directement;

2° Elle n'atteint que les mâles presque uniquement, ou dans une proportion de dix contre un ;

Cependant les filles peuvent être atteintes, et en général il s'agit de formes frustes ;

3° Elle se transmet par les femmes, celles-ci restant d'ordinaire complètement indemnes. Cette transmission se fait, d'après Apert, suivant les lois de Mendel.

Toutefois l'homme peut dans certains cas transmettre la maladie, mais par l'intermédiaire de ses filles : une génération se trouve donc sautée.

Enfin l'hérédité peut manquer : on a cité des observations où ce caractère ne fut pas retrouvé.

Les prédispositions de races (anglo-saxonne, sémite) ne semblent pas jouer un rôle sûr (P.-E. Weill).

Symptômes. — L'affection débute dans la majorité des cas, dans l'enfance, dès que le petit garçon entre en contact avec le monde extérieur. Plus rarement le début est précoce : lors de la chute du cordon, de la circoncision, ou de la section du frein de la langue. Exceptionnellement l'hémophilie se manifeste plus tardivement : à l'âge de vingt ans, dans un cas de Chauffard.

La symptomatologie se résume dans la production d'hémorragies abondantes et répétées, et qui présentent trois grands caractères :

a Ce sont le plus souvent des **hémorragies provoquées**, à la différence du purpura. Si parfois elles paraissent spontanées, c'est que le traumatisme en cause a été minime et a pu passer inaperçu. Les causes occasionnelles sont donc extrêmement variables : coup, choc, plaie, sangsues, gerçure, morsure de langue, injections sous-cutanées, etc.

b. **Hémorragies abondantes**, presque sans tendance à l'arrêt spontané, parfois incoercibles. Il y a une disproportion énorme avec la cause provocatrice.

c. **Tendance à la récidive locale**, notée par Pr.-E. Weil, non seulement pour les arthropathies, mais également pour les autres manifestations.

Ces hémorragies peuvent affecter différents types suivant leur siège.

1. Le plus souvent il s'agit d'*épistaxis*. A la suite d'un trauma, ou sans cause apparente, se produit chez un jeune garçon, un saignement de nez. Le sang s'écoule lentement, en nappe, n'inquiétant personne au début. Puis le saignement se prolonge, sans que les moyens mis en jeu, n'arrivent à l'arrêter. Ou bien un temps d'arrêt se produit, mais après un intervalle variable, l'écoulement reprend, et peut durer ainsi des heures, et des jours, pouvant mettre en danger l'existence du sujet, si l'on n'intervient pas.

Il peut s'agir aussi de gingivorragies, plus rarement d'hémorragies viscérales gastro-entérorragies, hématuries, ou métrorragies chez les filles. Signalons également comme pouvant relever de ce processus certaines hémorragies cérébrales, ou méningées, hépatiques, pulmonaires, rétiniennes, etc.

2. Les épanchements sous-cutanés sont plus communs, qu'il s'agisse d'*ecchymoses*, ou d'*hématomes* et il faut toujours les rechercher pour appuyer son diagnostic. Les hématomes s'accompagnent parfois de tension de la peau, ou de fluctuation, et peuvent simuler un phlegmon (dangers de l'incision).

3. Enfin une variété particulière et fréquente est constituée par les *épanchements intraarticulaires* (*arthrites hémophiliques*). Atteignent avec prédilection le genou, le cou de pied, la hanche, les coudes.

Débutent brusquement par : douleurs, gonflement rapide de l'article intéressé. Tension de la peau, parfois ecchymoses sous-cutanées. Choc rotulien douloureux. (Tableau d'arthrite aiguë). Puis les phénomènes douloureux s'atténuent, l'arthrite devient chronique : on constate de l'empâtement, de la raideur, et tout peut faire croire à une arthrite fongueuse. L'évolution peut être entrecoupée de poussées aiguës : élévation de température, recrudescence des douleurs et du gonflement. La radiographie peut montrer une pachysynovite, avec érosions cartilagineuses. Cette arthrite peut aboutir à l'ankylose.

Signes généraux très souvent nuls. On a signalé la fièvre au cours des arthrites.

Syndrome anémique variable suivant l'abondance et la répétition des hémorragies : vertiges, bourdonnements, pâleur, refroidissement, lipothymies, syncopes. *(A suivre.)*

FACULTÉ DES SCIENCES. — LABORATOIRE DE PHYSIOLOGIE GÉNÉRALE. — Une série de conférences et de démonstrations pratiques sur la chronaxie, sa mesure, ses diverses applications physiologiques et pharmacodynamiques, aura lieu au laboratoire de physiologie générale de la Sorbonne, au cours des vacances de Pâques 1925, sous la direction du professeur Lapicque, avec le concours des docteurs Bourguignon, Cardot, A. et B. Chauchard, Marcelle Lapicque, Laugier et C. Veil. Tous les physiologistes sont cordialement invités ; ceux qui se proposent de venir feront bien d'en donner avis aussitôt que possible. Les dates exactes et les détails de l'organisation leur seront annoncés ultérieurement, après avoir été réglés d'après le nombre prévu pour les participants, chacun d'eux, en principe, devant manipuler personnellement.

Ces conférences et manipulations sont gratuites ; pour être admis, il suffit d'être recommandé par un physiologiste qualifié.

Des dispositions seront prises pour faciliter l'organisation matérielle du séjour à Paris, aux physiologistes qui en exprimeraient le désir. Prière d'adresser adhésions et demandes de renseignements à M. Laugier, chef de travaux, laboratoire de physiologie générale de la Sorbonne, 1, rue Victor-Cousin, Paris, 5e.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Candidats admissibles :

MM. Hutinel, 71; Nicaud, 69; Boulin, 68; Alajouanine et Chevalley, 67; de Gennes, 66 1/2; Moreau, 66; Binet, 64 1/2; Mouquin, 64; Gutmann, 63 1/2; Ravina et Levesque, 63.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Arles-sur-Rhône. — Un concours aura lieu à l'Ecole de médecine de Marseille, le lundi 27 avril 1925, pour une place de médecin adjoint de l'hôpital d'Arles-sur-Rhône. Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices d'Arles avant le 13 avril.

A. D. R. M. — Le Conseil de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.), dans sa dernière réunion, s'est occupé de pourparlers au point de vue de l'édification par les Américains d'une maison dans la Cité universitaire.

Une convention a été passée avec le professeur Araya, doyen de la Faculté de Rosario (Argentine). L'A. D. R. M. se chargera d'échanges de publications avec cette Faculté. La Faculté de Rosario créera une bourse dite « bourse de Paris » pour envoyer chaque année un médecin argentin dans notre Faculté.

L'A. D. R. M. ayant été chargée par M. le Doyen de l'organisation du Congrès médical franco-polonais, la séance du Conseil a été suivie d'une réunion à laquelle assistaient de nombreuses notabilités. Au cours de cette réunion, le bureau définitif du Congrès a été constitué : président, M. le professeur Roger, doyen; vice-présidents, MM. Achard, Babinski, Gley, Hartmann, Letulle et Noir; secrétaires généraux, MM. Lemierre et Okinczyc; secrétaires : M. Hufnagel et Mme Sosnowska; trésorier, M. Pierre Masson; trésorier adjoint, M. Fribourg-Blanc.

LE CENTENAIRE DE CHARCOT. — Les 25, 26 et 27 mai prochain auront lieu à Paris les fêtes commémoratives de la naissance de Charcot.

Le mardi 26 mai sera le jour consacré aux fêtes commémoratives du *XXVe Anniversaire de la Société de neurologie et du Centenaire de Charcot.*

A 9 heures, séance exceptionnelle de la Société de neurologie, au siège habituel de ses séances, rue de Seine.

A 15 heures, séance de l'Académie de médecine où l'éloge de Charcot sera prononcé par M. le professeur Pierre Marie.

A 21 heures, séance au grand amphithéâtre de la Sorbonne, sous la présidence de M. le Président de la République. Discours de M. Babinski, président du Comité du Centenaire de Charcot. Adresses des délégués officiels des gouvernements. Discours de M. le Doyen de la Faculté de médecine. Discours des représentants de l'Institut, de l'Académie de médecine et de la Société de neurologie, de la Société de biologie et de la Société académique, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Les séances scientifiques de la *Réunion neurologique internationale* annuelle auront lieu le lundi 25 et le mercredi 27 mai.

Le lundi 25 mai, rapports et discussions sur « la sclérose latérale amyotrophique » (maladie de Charcot).

Le mercredi 27 mai, rapport et discussion sur « la migraine » (maladie qui avait été très étudiée par Charcot).

A 20 heures, banquet au Palais d'Orsay.

Une visite officielle de la clinique Charcot est prévue, soit pour le lundi 25, soit pour le mercredi 27.

Le jeudi 28 mai, à 17 heures, réception par M. le Président du Conseil municipal de Paris, à l'Hôtel de Ville, des neurologistes assistant au centenaire de Charcot et des membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

LE CONGRÈS ANNUEL DE LA FÉDÉRATION DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HÔPITAUX DE FRANCE aura lieu à Paris, le mercredi 25 mars prochain.

Ce Congrès a été décidé lors de la réunion organisée le 4 juin 1924 par l'A. E. de Bordeaux, réunion à laquelle Paris, Lyon, Marseille, Toulouse et Nantes avaient envoyé leurs délégués.

Au programme du Congrès figurent : vote des statuts définitifs de la F. A. E., discussions sur les indemnités allouées aux externes, sur les soins et le paiement des indemnités pendant les maladies contractées en service, sur les risques pro-

fessionnels, sur les vacances accordées aux externes, sur la création d'une Fédération du Corps médical hospitalier, sur le développement des A. E., etc.

Les externes et anciens externes de toutes les villes de France possédant une faculté ou une école de médecine sont priés d'envoyer des délégués à ce Congrès. A cette occasion, l'A. E. de Paris organise à leur intention une visite des installations médicales parisiennes et un banquet.

Les externes et anciens externes de la France entière devant être représentés à ce Congrès, un appel tout particulier est adressé aux villes qui n'étaient pas présentes à la réunion de Bordeaux.

Pour les détails du programme du Congrès et pour tous renseignements, écrire à M. L. Justin-Besançon, 62, rue du Cardinal-Lemoine, Paris (Ve).

MÉDECINS DES ALPES. — Le premier banquet des médecins des Alpes aura lieu le 23 mars prochain, à 19 h. 30 précises, au restaurant Radlé, 5, rue d'Hauteville. Ce banquet tiendra lieu d'assemblée générale.

Prière aux confrères qui n'auraient pas été touchés par la convocation d'adresser au plus tôt leur adhésion aux docteurs Gastou et Nadal, 104, quai de Jemmapes (Xe).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — COURS PUBLIC D'HYGIÈNE ET MÉDECINE PRÉVENTIVE. — Pour répondre au vœu exprimé par M. le ministre concernant l'ouverture de cours publics, la Faculté de médecine de Toulouse a décidé que le cours d'*hygiène et médecine préventive* professé dans cette Faculté, pourrait être ouvert au public non médical, lorsqu'il y serait traité de sujets à portée sociale ou de questions offrant un haut intérêt pratique, susceptibles d'attirer, en même temps que les étudiants en médecine, des auditeurs bénévoles étrangers.

Dans cet ordre d'idées, M. le professeur Lafforgue, titulaire de la chaire d'hygiène, a traité à raison de trois leçons hebdomadaires, du 27 janvier au 6 mars, les sujets suivants :

1° Les facteurs individuels et sociaux de la tuberculose; ses causes de germination et de propagation; les moyens d'y remédier;

2° Comment il faut se nourrir; la valeur hygiénique respective des divers régimes alimentaires; la nocivité des régimes exclusifs et ses causes.

CHRONIQUE

LE Ve SALON DES MÉDECINS (1)

Grâce au dévouement de notre confrère P. Rabier et du comité que préside M. le professeur G. Hayem, le Salon des médecins vient de connaître un nouveau succès. Il réunit cette année 158 exposants et 517 œuvres contre 104 exposants et 335 œuvres l'an dernier.

L'intérêt qu'il offre n'est d'ailleurs pas inférieur à celui du Salon précédent dont nous avions signalé le brillant succès, aussi nous sommes certains que tous les médecins qui aiment les belles choses, c'est-à-dire l'unanimité, tiendront à aller au Cercle de la Librairie avant le 27 mars.

Il est difficile de citer toutes les œuvres qui méritent une mention. Contentons-nous donc de rassembler quelques notes prises au hasard d'une promenade dans les salles de l'exposition.

Les œuvres exposées sont extrêmement variées, dessins, peinture, sculpture, gravure, art décoratif sous toutes ses formes.

Il semble cependant que nos confrères aient un faible pour les notes à l'aquarelle, c'est un genre dans lequel ils réussissent généralement très brillamment. Signalons donc celles d'Artheiner, de Paul Antoine, de Lucien Barbillion, Gaston Bernard, A. Brintet, de Mme Brouardel, de Jean Bureau, Canis, Caussade et Mme Caussade, Debuchy, Mme Claudie Fourneau-Segond, Gardette, Grimbert, Jumentié, Laignel-Lavastine qui se révèle peintre Saharien, Malherbe, Maurice, Moullin, Papin, Rendu, Théron et Viguier.

De belles toiles aussi, signées Albertin, Christiane Auber, Barbié, G. et A. Baudouin, Bernard, Cabou, Coutière, Davenport, Debuchy, Delmont-Bebet, Marguerite Delorme, Desmier, Dumont, Grégoire, Henneguy, Kolb, Paul Laurens, Le Gendre, Lesur, Lortat-Jacob, A. Magitot, Pécharmant, Pereire, Mme Perrens-Bonamy, R. Petit, Powilewicz, Sonia Routchine-Vitry, Daniel Routier, Tassili, Wilborts, Vibrant.

La sculpture est très brillamment représentée. Villandre expose un remarquable buste de la Tour; Champion, des masques de grès flammé; Hérain, un buste et un jeune faune; notons encore les envois de Dhotel, de Maurice Faure (de Nice), de M. G. Hayem, de J. Jacquemin, de F. Martigny dont la Léda est remarquée, de Moncassin, Peralté, Sabouraud, Sildet, de Mme R. Vautier qui expose un très remarquable buste du professeur Léon Bernard.

Il faudrait encore citer les beaux plats de faïence décorés par Mlle Alice Baillière dont le talent s'affirme, la collection de médailles du professeur Gilbert, les très jolis crayons de M. Henri Janet, les eaux-fortes de J. Jullien, les amusants dessins de M. Tahindjis.

N'oublions pas les disparus : M. Pélissier, médecin de marine, mort glorieusement dans la catastrophe du *Dixmude*, avait envoyé un « joueur de boules », statuette d'une vérité saisissante; des peintures et des pastels d'une belle facture rappellent les noms de J.-L. Vauthier et de Clotilde Mulon.

F. L. S.

(1) Cercle de la Librairie, 117, boulevard Saint-Germain, du 15 au 27 mars 1925.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 23 AU 28 MARS 1925)

THÈSES

Lundi 23 mars. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Roger, président; Sergent, Vallée, Petit et Maignen. — M. LEPINAY. Les influences psychiques en thérapeutique vétérinaire. — M. OTT. Les viandes des animaux de boucherie tuberculeux.

Mardi 24 mars. — Jury : MM. Bernard, président; Carnot, Guillain et Sicard. — M. GRISEZ (Ch.). Etude de l'acidose dans les tuberculoses pulmonaires. — M. MOLTCHANOFF. Cure de voyage en mer. — M. PAVIE (P.). Considérations sur les streptococcémies. — M. DEMERLINE (M.). Etude de certains aspects du liquide céphalo-rachidien.

Jeudi 26 mars. — Jury : MM. Achard, président; Bezançon, Brumpt et Philibert. — M. DORY (L.). Rhumatisme articulaire aigu et appareil digestif. — M. CHATELIN (A.). Les malformations de l'orifice aortique. — M. CORDEY. Etude sur l'étiologie de la tuberculose. — M. STANSIEVITCH (S.). Etude du paludisme chez les Serbes, Croates et Slovènes.

Jury : MM. J.-L. Faure, président; Lejars, Jeanselme et Velter. — M. BILLARD (J.). Indications et nouvelles techniques dans l'utilisation des boutons anastomotiques. — M. ARIAN (Y.). Traitement des verrues par la cryothérapie. — M. GLORION (R.). A propos des sutures intestinales.

RENSEIGNEMENTS

IMPORTANTS LABORATOIRES FRANÇAIS, exploitant produits biologiques (opothérapie et vaccins), cherchent, pour diriger leur publicité médicale en Italie, jeune médecin français parlant et écrivant couramment italien. Situation importante et d'avenir, mais exigeant très bonne culture médicale jointe à sens des affaires, activité méthodique et ordonnée, initiatives.

Ne pas se présenter, mais envoyer *curriculum vitæ* à M. LECLERE, 21, rue d'Aumale, PARIS (9e), qui convoquera.

REVUE GÉNÉRALE

LES HYDROCÈLES VAGINALES

Par G. JEANNENEY,
Professeur agrégé à la Faculté de Médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

On entend par hydrocèles vaginales un syndrome caractérisé anatomiquement par un épanchement de sérosité, — c'est-à-dire de liquide qui n'est ni purulent ni hémorragique — dans la cavité vaginale et cliniquement par la distension plus ou moins considérable de la vaginale, donnant le syndrome de tumeur des bourses. Autrefois l'hydrocèle était considérée comme une affection spéciale : l'hydrocèle essentielle, dont on décrivait les signes avec minutie. Aujourd'hui que l'on sait que pas plus qu'il n'existe d'ascite essentielle, il n'existe à proprement parler, d'hydrocèle essentielle on dit « les hydrocèles » parce qu'elles sont le plus souvent symptomatiques de lésions sous-jacentes et parce qu'on en connaît de nombreuses variétés qui par ordre de fréquence sont :

les hydrocèles chroniques, résultat d'une vaginalite chronique séreuse, ou de lésions des organes sous-jacents,

les hydrocèles congénitales, résultats de malformation du canal vagino-péritonéal,

les hydrocèles aiguës, rares il est vrai, résultats de vaginalite aiguë, inflammatoire ou traumatique.

Etudier l'hydrocèle, c'est surtout étudier un syndrome et les causes de ce syndrome.

I. **Anatomie pathologique.** — *A.* **Le contenant : la poche séreuse.** — *A.* RAPPEL EMBRYOLOGIQUE. — On sait que le canal-vagino-péritonéal de Chassaignac, qui correspond à la migration du testicule de l'abdomen dans les bourses présente un segment inguinal, un segment funiculaire, et un segment scrotal. Ce canal s'accole et normalement disparaît dans la plus grande partie de son étendue et ne persiste

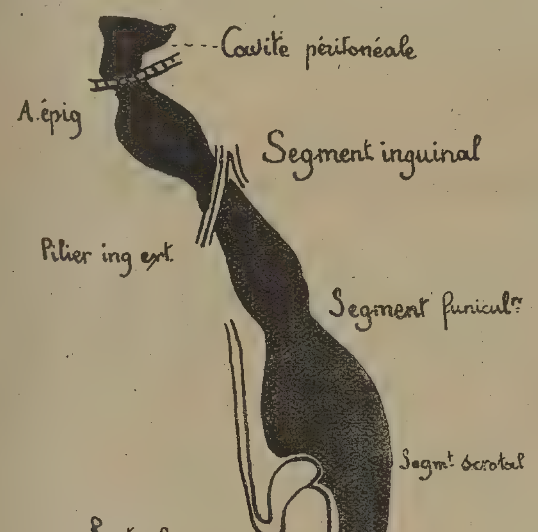


FIG. 1. — *Canal vagino-péritonéal. Hydrocèle communicante.*

que pour coiffer le testicule de ses deux feuillets séreux. Considérons ainsi la séreuse vaginale : c'est bien une séreuse dont les réactions pathologiques sont analogues à celles de la plèvre et du péritoine, et dont l'inflammation traduira la souffrance des organes sous-jacents. Cependant il est des cas où l'évolution du canal vagino-péritonéal est incomplète; il y a arrêt ou insuffisance de son accolement (Ramonède). Ces malformations donneront naissance à quelques variétés d'hydrocèles congénitales.

Hydrocèles congénitales. — Dans un premier groupe de cas, il y a absence totale d'accolement : c'est l'*hydrocèle communicante* (fig. 1) [Pierre Delbet] qui présente une poche funiculo-scrotale et un orifice de communication avec la grande séreuse péritonéale. Cet orifice est plus ou moins large, mais son existence explique la réductibilité (plus ou moins évidente) de ces hydrocèles congénitales et d'autre part le danger que peut présenter leur infection qui se propage ainsi à la grande séreuse. Quant au testicule, il peut se trouver à sa place, mais il est souvent ectopique; quelquefois coexiste avec cette hydrocèle une hernie.

Lorsque l'orifice inguinal profond du canal vagino-péritonéal est seul fermé, on aura une série de

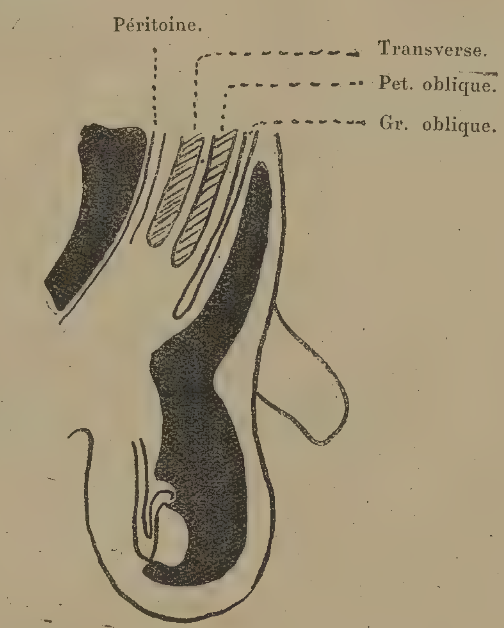


FIG. 2. — *Hydrocèle congénitale inguino-superficielle.*

variétés d'hydrocèles congénitales présentant une portion inguino-funiculaire et une portion scrotale, aussi ces hydrocèles se présentent-elles avec une forme en bissac (*hydrocèles biloculaires* de Pierre Delbet, et l'on en décrira plusieurs variétés selon le développement et la topographie de la poche supérieure : celle-ci se développe-t-elle sous la peau : il s'agit d'une *hydrocèle biloculaire inguino-superficielle* (fig. 2), dont le développement peut s'étendre jusqu'à l'ombilic. Si la poche se développe entre les muscles obliques et transverse, on aura l'*hydrocèle inguino-interstitielle* (fig. 3) et sous ces muscles, on aura l'*hydrocèle pro-périto-*



FIG. 3. — *Hydrocèle congénitale inguino-interstitielle.*

néale (fig. 4), dont le voisinage avec la séreuse est encore un danger. Lorsque le segment inguinal est tout entier oblitéré, on sera en présence d'une *hydrocèle funiculo-vaginale* (fig. 5) avec une portion funiculaire et une portion scrotale qui donneront à la tumeur un aspect bilobé : c'est l'hydrocèle en calebasse, en gourde de pèlerin.



Fig. 4. — *Hydrocèle congénitale inguino-propéritonéale.*



Fig. 5. — *Hydrocèle congénitale funiculo-vaginale.*

Enfin lorsque seul le segment funiculaire n'est pas accolé, on sera en présence d'une *hydrocèle funiculaire* ou *hydrocèle enkystée du cordon*. Enfin lorsque tout le canal vagino-péritonéal aura cependant accompli son accolement normal, la cavité vaginale restante pourra, chez un nouveau-né être le siège d'un épanchement congénital, sur la signification duquel nous reviendrons.

Parfois, enfin, un simple cloisonnement funiculaire séparera la cavité vaginale distendue par une hydrocèle de la cavité péritonéale continuée par un canal vagino-péritonéal non cloisonné occupé par une hernie : c'est ce que l'on désigne sous le nom de *hernie enkystée de la vaginale*.

Hydrocèle simple. — C'est dans cette même cavité, qu'apparait chez l'adulte l'*hydrocèle banale* (fig. 6).



Fig. 6. — *Hydrocèle congénitale funicul. (kyste du cordon).*



Fig. 7. — *Hydrocèle simple.*

Dans ces cas, la vaginale distendue se présente avec la forme d'une poire à grosse extrémité inférieure. Quelquefois elle est bridée en sablier ou en gourde, par une bandelette (Béraud).

Monod et Terrillon ont décrit encore d'autres variétés anatomiques telles l'*hydrocèle diverticulaire* dans laquelle la vaginale distendue fait une hernie, en bouton de chemise à travers la fibreuse, les hydrocèles partielles, telles l'*hydrocèle sous-épididymaire* et l'hydrocèle à double fond de Béraud.

Enfin les *hydrocèles cloisonnées* ou *multi-loculaires* (fig. 8) dont les parois irrégulières traduisent l'origine inflammatoire.

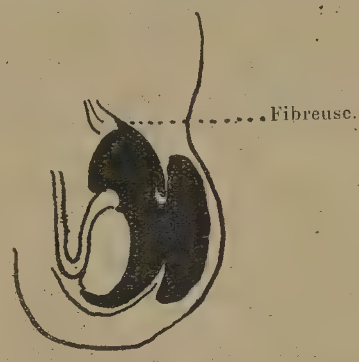


Fig. 8. — *Hydrocèle diverticulaire.*

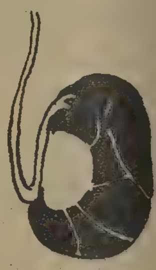


Fig. 9. — *Hydrocèle cloisonnée.*

b. État de la séreuse. — La vaginale distendue est amincie, blanchâtre, comme lavée. Un examen plus attentif peut nous révéler quelquefois d'autres lésions : ce sont quelques fausses membranes, un aspect dépoli de la surface endothéliale, des plaques calcifiées ou épaisses dans les feuillets (vaginalite); enfin la présence de corps étrangers et parfois un semis discret de granulations tuberculeuses. L'examen histologique montrerait encore l'existence de tissus inflammatoire dans les vaginalites plastiques et de follicules tuberculeux, d'ailleurs rares, dans les formes bacillaires.

c. État des organes voisins. — Le *testicule* est refoulé en bas et en arrière ; il est fixé en bas par le ligament scrotal, en haut et en arrière par l'épididyme ; son aspect n'est pas en général modifié : protégé par l'albuginée il peut conserver longtemps son intégrité ; mais à la longue on y observe des lésions de sclérose secondaire. Parfois les lésions testiculaires sont primitives, il s'agit alors de testicules atrophiques et hypertrophiques des hérédo-syphilitiques.

L'*épididyme* qui est attaché à la glande testiculaire par sa tête (canaux droits) et par sa queue, se déroule, se soulève, est refoulé en haut par le liquide, et s'étale en ruban sur la vaginale. Il en résulte une oblitération de sa lumière et souvent une sclérose secondaire définitive (Lannelongue). Il y a en somme échange de mauvais procédés, l'épididyme point de départ de l'épanchement étant à son tour lésé par lui. Le canal déférent, les vaisseaux, la fibreuse, ne présentent pas de lésions particulières.

B. **Contenu : liquide d hydrocèle.** — *a.* Caractères physiques. — On peut recueillir une quantité de sérosité allant de 100 à 500 gr. Il s'agit d'une sérosité fluide de densité = 1,2 légèrement teintée, de couleur jaune paille, jaune citrin, quelquefois plus foncée ; d'aspect limpide et parfois chatoyant à cause de la présence de paillettes de cholestérine (vieux épanchements) quelquefois ce liquide est louche, blanchâtre (spermatozoïdes), quelquefois il est lactescent (hydrocèle chyleuse de la filariose) quelquefois il est légèrement brun hématique (hydrocèles en voie de transformation en hématocèles.)

b. Caractères chimiques. — La sérosité se rapproche de la composition du sérum sanguin : elle est riche en albumines (8 à 10 p. 1000, c'est un exsudat) et coagule par la chaleur, l'acide azotique, etc. Cependant, ce liquide ne coagule pas spontanément : c'est que s'il a bien du fibrinogène, il lui manque la thrombokinase des globules blancs, aussi ce liquide coagule-t-il lorsqu'on lui ajoute du sang, des leucocytes ou des sucs de tissus tous riches en thrombokinase. Ces constatations ont été le point de départ des premières recherches sur la coagulation.

c. Caractères cytologiques. — Widal et Ravaud ont cherché à faire un cyto-diagnostic du liquide d'hydrocèle. On y rencontre : 1° quelques cellules endothéliales; 2° quelquefois des spermatozoïdes (Barjon et Cade). Dans l'hydrocèle gonococcique quelques polynucléaires.

Dans l'hydrocèle tuberculeuse, dans celle des syphilitiques, quelques lymphocites.

d. Caractères biologiques. — La recherche du *bacille de Koch* poursuivie d'après la technique de Jousset s'est montrée entre les mains de quelques expérimentateurs positive (Tuffier, Milian). L'*inoculation du cobaye* a été le plus souvent négative (Widal et Ravaud). Tous ces caractères nous montrent bien la variété de réactions de la séreuse, traduisant la *multiplicité* évidente *des causes des hydrocèles.*

II. **Étiologie. Pathogénie.** — L'hydrocèle congénitale communicante ou enkystée par persistance du canal vagino-péritonéal est une *malformation* qui rentre dans le cadre des anomalies d'ordre congénital. (Ramonède a noté chez 15 p. 100 des sujets des anomalies de ce canal.)

On observe encore chez les nouveau-nés une *hydrocèle* dite *de la crise génitale* qui correspond à cette « puberté en miniature » de Jacquet, et se résout sans laisser de traces. Quant à l'*hydrocèle congénitale unilatérale*, non communicante, elle est chez le nourrisson, un signe de probabilité d'hérédo-syphilis (Marfan). Vallery-Radot et Salès la considèrent comme une lésion nettement syphilitique, comme le prouvent l'examen clinique général, les recherches de laboratoire et l'épreuve du traitement.

Les *hydrocèles simples* sont très répandues dans tous les pays; surtout dans les contrées humides et chaudes (Antilles, Egypte); elles frappent surtout les enfants et les hommes ayant dépassé cinquante ans. Ces hydrocèles ne doivent pas être considérées comme des affections idiopathiques, mais bien comme un *signal symptôme de lésions des organes voisins.* La vaginale obéit à la loi générale : il n'y a pas d'inflammations séreuses primitives, il y a des réactions séreuses en partie encore mal connues et c'est ce qui fait la valeur du symptôme « hydrocèle », comme celle du symptôme pleurésie, ou du symptôme hydarthrose, ascite, traduisant des foyers pulmonaires, ostéo-articulaires, ou abdominaux au début.

Ces lésions sont quelquefois secondaires à des *lésions du testicule :* orchite syphilitique, tumeur du testicule. Plus souvent elles signent l'existence de *lésions de l'épididyme*, en particulier d'une épididymite tuberculeuse; ou bien du reliquat d'épididymite blennorragique, des orchi-épididymites inflammatoires des prostatiques ou enfin chez les vieillards, des épididymites scléreuses. Parfois la rupture de petits kystes de l'épididyme provoque l'apparition d'une hydrocèle, à cause de l'irritation due aux spermatozoïdes.

Les *lésions du cordon*, causes d'hydrocèles, sont rares, ce sont des funiculites avec sclérose comprimant les vaisseaux, des varicocèles amenant de la transsudation par stase; enfin des *troubles de la circulation lymphatique* par adénolymphite oblitérante, ou par obstruction mécanique des vaisseaux lymphatiques par des œufs de filaire, par exemple. Enfin l'absence de toutes lésions visibles nous conduit à la notion d'*hydrocèles essentielles*; mais l'on sait combien ce groupe tend à disparaître. Déjà Panas en avait nié avec énergie l'existence; après lui bien des auteurs ont montré qu'il faut rattacher ces épanchements à des lésions microscopiques des organes voisins ou à des infections tuberculeuses discrètes, soit qu'il y ait dans la vaginale des bacilles de Koch (Poncet, Tuffier et Milian, Jousset), soit que l'irritation des toxines seules y détermine cet épanchement riche en lymphocites. Mais dans les cas où de toute évidence, l'épanchement ne peut être rattaché à la tuberculose, et lorsqu'on aura éliminé les périviscérites de l'artério-sclérose, des cardiopathies et du mal de Bright, on sera obligé d'admettre l'existence de groupes dans lesquels l'étiologie sera indéterminée, et qu'il sera à la rigueur permis de qualifier d'*hydrocèles essentielles.*

En résumé, nous dirons que dans l'immense majorité des cas la phrase de Reclus reste toujours vraie « il n'y a pas d'hydrocèles idiopathiques : elles relèvent toutes de l'inflammation aiguë ou chronique, latente ou patente. »

III. **Symptomatologie.** — Les **signes fonctionnels** de l'hydrocèle sont pour ainsi dire nuls : l'affection n'est pas douloureuse, tout au plus s'accompagne-t-elle de tiraillements dans le cordon, de pesanteur dans les aines et elle paraît, par son volume, apporter une gêne fonctionnelle à la marche, à la miction, à l'érection, au coït; quelquefois on note du côté malade une azoospermie temporaire par aplatissement de l'épididyme ou définitive par sclérose testiculaire.

Nuls aussi, les **signes généraux** : on devra rechercher simplement dans un examen somatique rapide, les signes de présomption en faveur de la tuberculose ou de la syphilis, et passer ensuite à l'examen local.

Signes physiques. — *Inspection.* — On constate l'existence d'une tumeur unilatérale, sphérique, ovoïde ou piriforme, quelquefois bilobée, mais dont la petite extrémité est toujours supérieure. La peau tendue sur la vaginale a conservé sa coloration normale, mais elle est amincie, sans plis, et l'on y note parfois une circulation veineuse nettement marquée. Le volume de cette masse est des plus variables et si l'on n'observe plus dans nos contrées de ces énormes hydrocèles allant jusqu'au genou, jusqu'au sol même, on en voit encore dont le volume atteint celui d'une grosse orange; le pénis est alors avalé, étalé et l'on retrouve simplement au niveau de la racine des bourses au fond d'une dépression l'orifice préputial.

Palpation. — On abordera la tumeur par son extrémité supérieure : si on insinue la main à la racine des bourses, les doigts se rejoignent séparés par le seul cordon et les téguments. On fait ainsi

d'emblée une constatation d'importance majeure : il n'existe *pas de pédicule*, tout se passe dans les bourses, l'anneau inguinal est libre. L'on doit profiter de cette manœuvre pour explorer le canal déférent. La palpation au niveau de l'hydrocèle est indolente; elle permet de constater tout d'abord que la peau est restée mobile sur les plans profonds, que la poche sous-jacente à la peau est régulière, de consistance rarement molle, et fluctuante (liquide peu abondant), le plus souvent rénitente, ferme, donnant l'impression de liquide sous tension (tension kystique).

Parfois quelques points plus durs sont révélés à la palpation. Malgré son volume, le poids de cette poche n'est pas considérable; il est d'une légèreté relative; enfin cette masse est irréductible.

Lorsque l'épanchement est peu considérable, on arrive à sentir les deux feuillets de la séreuse entre les doigts : telle est la manœuvre du pincement de la vaginale de Sébileau qui ne trouve pas ici d'indication particulière, pas plus d'ailleurs que celle du pincement de l'épididyme de Chevassu. La palpation permettra enfin de se renseigner sur le *siège du testicule*, que l'on reconnaîtra en bas et en arrière par sa consistance plus ferme et sa sensibilité spéciale.

La *percussion* montre la matité absolue de l'hydrocèle. On ne manquera pas enfin de pratiquer le *toucher rectal*, qui renseigne sur l'état de la prostate et sur l'état des vésicules séminales (hydrocèle tuberculeuse).

Deux recherches restent à faire, l'*exploration de la translucidité* et quelquefois la *ponction*. La recherche de la translucidité se fera, soit simplement avec une bougie et un stéthoscope dont la partie plate appliquée sur la bourse fera écran, soit de préférence avec une lampe électrique de poche. Il est important de faire cet examen à la chambre noire et avec un éclairage suffisant si l'on veut dépister les moindres nappes d'hydrocèle (Chevassu). On s'apercevra alors nettement de la translucidité de l'épanchement à la partie inférieure duquel le testicule projette son ombre. Dans les vieux épanchements avec pachyvaginalite, la translucidité peut être irrégulière ou même absente. Il est exceptionnel d'avoir à faire une *ponction* comme épreuve de diagnostic positif; elle sera plus souvent pratiquée pour l'examen cytologique de l'épanchement, en vue d'un diagnostic étiologique et comme premier temps du traitement.

IV. **Diagnostic.** — Le diagnostic doit passer par deux étapes principales :

1° S'agit-il d'une hydrocèle?
2° Quelle en est la cause?

Diagnostic positif. — Une *hydrocèle simple* est une tumeur développée dans les bourses, donc sans pédicule, et qui présente outre les signes plus haut décrits ces trois caractères essentiels : évolution chronique, tumeur liquide et translucide.

Diagnostic différentiel. — On éliminera toutes les affections venant de l'abdomen et ayant un pédicule, en particulier les hernies et les hydrocèles congénitales; 2° toutes les affections aiguës (hydrocèles traumatiques, hydrocèles aiguës); 3° toutes les tumeurs non translucides.

Mais rappelons qu'il y a des hydrocèles opaques, ce sont des hydrocèles à contenu trouble (hydrocèles chyleuses) et les vieilles hydrocèles à parois épaisses et calcifiées avec vaginalite chronique; c'est dans ces cas que le diagnostic devra éliminer l'*hématocèle* et les tumeurs du testicule. L'hématocèle est le résultat d'une pachy-vaginalite chronique de Reclus peut-être secondaire à une hydrocèle et l'on observe toutes les formes intermédiaires d'hydrohématocèle; mais il s'agit de tumeurs lourdes avec plaques de blindage dures que l'on ne retrouve pas dans l'hydrocèle simple. Il faut également éliminer les *tumeurs* du testicule, tumeurs dures, lourdes, de consistance irrégulières. En cas de doute entre une hydrocèle en voie de transformation et une tumeur du testicule, on n'attendra pas l'évolution pour faire un diagnostic qui devra être complété sur la table d'opération. Les seules tumeurs translucides des bourses qui peuvent en imposer pour une hydrocèle simple, sont le *kyste du cordon* et le kyste de l'épididyme. Le kyste du cordon, véritable *hydrocèle enkystée* siège au-dessus du testicule, il a le volume d'une noix, il est arrondi, lisse, de consistance ferme, si bien que le sujet a l'illusion d'avoir trois testicules et quelquefois en tire vanité. Mais c'est une tumeur isolée, indépendante du testicule et de la vaginale, que l'on ne saurait par conséquent confondre avec un épanchement de la vaginale proprement dite.

Le *kyste de l'épididyme* ou kyste spermatique, lorsqu'il se présente comme un petit kyste sous-épididymaire, de Gosselin, passe inaperçu et ne peut guère être confondu qu'avec l'hydrocèle sous-épididymaire. Le grand kyste sus-épididymaire est en forme de brioche renversée (Monod et Terrillon) de poire renversée (Forgue).

Sa forme l'éloigne donc de celle de l'hydrocèle, de plus sa consistance est molle et fluctuante, il est enfin séparé du testicule qu'il domine, sa translucidité est imparfaite et sa ponction, en révélant la présence de spermatozoïdes, en donne la raison et permet de faire le diagnostic.

Diagnostic étiologique. — C'est le gros diagnostic clinique à poser; il importe lorsqu'on a un doute de faire quelques recherches *humorales générales* comme la réaction de Bordet-Wassermann, celle de Besredka, et avec le liquide de ponction de pratiquer un *examen cytologique*, une inoculation au cobaye. Enfin très simplement, l'épreuve de *coagulation chloroformique de Lisbonne et Lapeyre*; en laissant tomber dans un tube à essai rempli de liquide d'hydrocèle, XV gouttes de chloroforme, si le liquide coagule en trente minutes c'est qu'il traduit la présence de lésions avancées syphilitiques ou tuberculeuses du testicule, s'il met cinq heures pour coaguler, les lésions sont minimes, s'il ne coagule pas on peut considérer l'épididyme comme sain. Le tableau schématique suivant (p. 377) nous renseignera sur les caractères différentiels que l'on rencontre dans les différentes variétés étiologiques d'hydrocèles.

Diagnostic des lésions concomitantes. — On peut observer au contact des hydrocèles une hernie enkystée de la vaginale ou une hernie congénitale banale, on rencontre aussi diverses variétés d'ectopies testiculaires. Enfin à côté d'une hydrocèle simple peut exister un kyste du cordon.

Diagnostic des variétés cliniques. — 1° HYDROCÈLE CONGÉNITALE. — Elle se rencontre chez les jeunes bien que le qualificatif congénital s'applique plus à la malformation du canal qu'à l'hydrocèle. Elle peut

		TUBERCULOSE	SYPHILIS	BLENNORRAGIE	CANCER
Liquide	quantité	+	Variable.	Faible.	Très faible.
	cytologie	Lymphocytose.	Lymphocytose.	Polynucléose. Lymphocytose.	Sang.
	chimie	Albumine.	Albumine.	—	—
Vaginale		Mince.	Épaissie.	Mince.	Mince.
Cordon		Moniliforme.	Régulier, en crayon.	Moyen.	Normal.
Epididyme		Bosselé tête et queue.	Scléreux.	Gros (queue).	Normal.
Testicule		Normal.	Gros ou atrophique, en galet, bosselé, indolent.	Normal.	Gros, lourd.
Vésicules		Grosse.	Normale.	Grosse.	Normale.

se présenter soit comme une hydrocèle communicante dans laquelle l'orifice plus ou moins étroit rend la réductibilité plus ou moins évidente; ces hydrocèles munies de pédicules se vident la nuit en position déclive et sont absentes au réveil. Quelquefois elles apparaissent chez l'adolescent en même temps qu'une péritonite bacillaire (J.-L. Faure). L'hydrocèle congénitale non communicante se présente avec un *aspect biloculaire* en sablier et peut d'ailleurs diminuer puis disparaître à mesure que le sujet avance en âge.

2° Hydrocèles aiguës. — Elles surviennent à la suite d'une vaginalite aiguë primitive par traumatisme ou affection locale ou secondaire à une infection péritonéale ou à une infection testiculaire (orchi-épididymite-blennorragique).

Diagnostic des complications. — Elles sont rares. C'est la *rupture* à l'occasion d'un traumatisme ou au cours d'un examen clinique amenant ainsi la brusque transformation en hématocèle dans les vieilles vaginales scléreuses. C'est l'*infection* qui survenait autrefois après les ponctions; enfin c'est la transformation en hématocèle avec son retentissement fâcheux sur le testicule. Ces complications assombrissent le pronostic d'ailleurs bénin des hydrocèles, affections gênantes seulement par leur volume, le retentissement qu'elles peuvent avoir sur le caractère du malade; l'atrophie du testicule, qu'elles peuvent entraîner. Les hydrocèles lorsqu'elles sont symptomatiques d'affection sérieuse, tirent leur pronostic de leur cause même.

V. **Traitement.** — Les procédés de traitement des hydrocèles sont innombrables. De nos jours même on en voit encore publier des variantes. On se souvient des opérateurs ambulants, qui au Moyen Age n'hésitaient pas à pratiquer pour l'hydrocèle comme pour les hernies, la castration; et contre lesquels la loi dut intervenir.

1° Les méthodes. — Monod et Terrillon ont montré que les différentes méthodes thérapeutiques peuvent se ramener à quatre :

1. Applications externes,
2. Evacuation par ponction,
3. Irritation artificielle,
4. Cure chirurgicale.

1. Applications externes. — Ce sont les compressions par des bandelettes de diachylon, les applications chaudes, la révulsion, méthodes inefficaces, mais du moins innoffensives.

2. L'évacuation peut se faire par acupuncture avec drainage dans le tissu cellulaire du voisinage, — par discision sous-cutanée de Jobert au ténotome, — ou enfin par ponction évacuatrice au trocart ou au bistouri. L'incision simple avait été préconisée par Celse et fut reprise par Volkmann. Mais à cause des récidives et de l'infection alors fréquente, Chassaignac disait d'elle : « c'est une mauvaise opération à peine excusable chez les chirurgiens ignorants et barbares du temps passé ». En général, ces interventions sont suivies de récidive.

3. La ponction suivie d'injection modificatrice est au contraire une bonne méthode. Après asepsie des téguments pour laquelle on se trouve bien aujourd'hui de l'emploi du goménol, on ponctionne la poche, on l'évacue et on l'anesthésie avec une injection d'une solution de cocaïne à 1 p. 100 ou d'une solution d'antipyrine à 10 p. 100 (Pousson). L'anesthésie étant réalisée, on pratique l'injection irritative : alcool, eau iodée (Comby), eau phéniquée, iode dédoublée (Velpeau), iode iodurée, (teinture d'iode 20 grammes, iodure de potassium 2 grammes, eau 40 grammes.

On évacue totalement la poche après 4 à 5 minutes. Il ne faut jamais pratiquer une injection dans les hydrocèles communicantes. Il faut également éviter de faire une injection intra-scrotale, ou intra-testiculaire, faute rare d'ailleurs. Une réaction locale obligeant le malade à garder le lit une quarantaine d'heures avec des pansements humides et chauds, suivra cette injection qui en général donne d'excellents résultats, surtout dans les formes du début, à telle enseigne que Bazy considère que l'immense majorité des hydrocèles doit être traitée par l'injection modificatrice.

4. Cure chirurgicale. — La cure chirurgicale se fera sous anesthésie locale, rachidienne, ou même générale. Il faudra toujours veiller à faire une hémostase soigneuse. Différents procédés.

1° *Incision et résection partielle* (Julliard). Faire suivre cette opération de la suture des deux feuillets amenant leur adossement.

2° *Incision et résection totale* (Bergman; Baumgarten). Il faudra au cours de cette résection conserver une légère collerette de vaginale au niveau de l'épididyme.

3° *Incision et éversion* (Vautrain-Jaboulay et Bérard). La vaginale incisée est particulièrement réséquée, retournée autour du cordon et fixée par quelques points à ce dernier. Le testicule est alors remis en place.

2. **Indications.** — 1° Hydrocèle essentielle. — Chez le *nourisson* s'abstenir de tout traitement. Dans la *seconde enfance*, il est préférable d'exciser la partie accessible de la poche ou d'en faire le retournement, sauf si l'on soupçonne l'hérédo-syphilis qui sera aussitôt traitée. Chez l'*adulte jeune*, la cure radicale avec éversion est le traitement de choix. Chez le *vieillard* on peut hésiter suivant l'état géné-

ral entre la cure chirurgicale ou la ponction avec injection modificatrice.

2º HYDROCÈLE SYMPTOMATIQUE. — Même lorsqu'on a porté le diagnostic « hydrocèle essentielle », il importe au cours de toute cure radicale d'explorer avec soin, la cavité vaginale et ses culs-de-sac, de se rendre compte par là des lésions possibles de l'épididyme et du testicule. Alors l'ablation des corps étrangers libres ou flottants, la cure d'un kyste de l'épididyme amèneront la guérison. En cas de doute entre le testicule syphilitique ou cancéreux, pratiquer l'orchidotomie.

Toujours compléter le traitement par le traitement général chez les syphilitiques ou les tuberculeux.

3. **Résultats.** — La mortalité de ces différentes opérations est nulle. Les récidives sont rares et surviennent à peine dans 1 p. 100 des cas. Ancel et Bouin ont montré que la résection de la vaginale pouvait entraîner une sclérose persistante centripète du testicule, on lui préférera la résection partielle suivie de réfection après injection modificatrice. Le pronostic opératoire sera d'ailleurs variable d'après la *cause* même de l'hydrocèle : cette remarque nous ramène à notre point de départ : elle nous conduit à penser que l'hydrocèle idiopathique doit être considérée comme exceptionnelle et que nous devons toujours avoir dans l'esprit qu'il y a *des* hydrocèles et qu'elles sont symptomatiques.

BIBLIOGRAPHIE

BUQUET. Traitement de l'hydrocèle vaginale, *La Clinique*, avril 1922.

COMBY. Hydrocèle vaginale infantile (traitement), *Presse méd.*, 19 août 1922.

SÉBILEAU. Art. MALADIES DES BOURSES ET DU TESTICULE, *Traité de chirurgie* Le Dentu et Delbet, t. XXXII.

VALLERY-RADOT et SALÈS. L'hydrocèle du nourrisson. Rapports de certaines formes avec la syphilis héréditaire, *Presse méd.*, 9 mai 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 9 MARS 1925)

Globules sanguins et réserve alcaline. — MM. A. DESGREZ, H. BIERRY et L. LESCŒUR.

L'étude des modifications du sang et des humeurs par l'ultrafiltration. — MM. Léon BLUM et Maurice DELAVILLE. L'ultrafiltration est un procédé de filtration qui consiste à séparer des substances se trouvant en solutions colloïdales (micelles) du liquide qui les baigne (liquide intermicellaire) et des substances se trouvant en état de solution vraie par l'emploi de filtres à pores très fins qu'on a appelé ultrafiltres.

Par ce procédé les auteurs ont étudié le plasma sanguin au cours de processus physiologiques et pathologiques. Les minéraux du plasma sanguin se prêtent à une telle étude. Les résultats que fournit l'ultrafiltration donnent des renseignements précieux sur les modifications que subissent les colloïdes.

Sur les modifications structurales de certains organes, en particulier du pancréas, chez les animaux dératés. — MM. ABELOUS, ARGAUD et SOULA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 MARS 1925)

Résultats de la prophylaxie antituberculeuse chez le petit enfant par la séparation d'avec les parents tuberculeux et l'élevage en placement familial. — MM. Léon BERNARD, Robert DEBRÉ et Marcel LELONG publient les résultats de près de cinq années d'observation d'enfants préservés grâce à l'organisation de prophylaxie anténatale et postnatale dont ils ont créé les dispositifs et réglé le fonctionnement. Au nombre de 265, les enfants issus de tuberculeux recueillis avant toute contamination présentent une première période de croissance retardée jusqu'à dix-huit mois, puis ils deviennent tout à fait normaux tant au point de vue de leur poids que du rapport pondéro-statural, que de l'activité vitale et de la résistance aux maladies, notamment au bacille de Koch, car, sauf un, tous ont échappé aux contaminations accidentelles ultérieures. Leur mortalité est relativement élevée dans le premier mois de la vie. Au delà de trois mois, elle est de 5,7 p. 100, taux normal de la mortalité à cet âge.

Séparés du foyer tuberculeux bien que déjà contaminés, 171 enfants ont montré une certaine hypotrophie pendant la première année ; à partir de dix-huit mois leur état est normal, leur résistance également. La mortalité globale par tuberculose secondaire a été de 7,60 p. 100.

Les auteurs ont recherché tous les enfants qui avaient été, soit refusés par le placement, soit conservés par leurs parents malgré le conseil donné de les séparer. Sur 66 enfants retrouvés par l'enquête, 54, soit 82 p. 100, sont morts ; le taux de 82 p. 100 pour les non séparés s'oppose donc à celui de 7,60 p. 100 pour les séparés.

Pour 37 enfants, l'enquête a pu préciser les conditions subies par ces enfants : 13 d'entre eux avaient été acceptés pour le placement refusé par les parents ; 5 ont vu l'agent de contagion disparaître, ils vivent encore ; 8 ont continué à être en contact, ils sont tous morts. Les 24 autres enfants avaient été refusés pour le placement : pour 11 le contact avait cessé par la mort du parent, 10 vivent encore ; pour les 13 autres, le contact a continué ; ils sont tous morts.

Ces premiers résultats démontrent péremptoirement la valeur préservatrice de la séparation, la valeur des règles qui conditionnent celle-ci, enfin la valeur physiologique et sociale des enfants de tuberculeux, quand, grâce à la séparation, ils sont soustraits à la contagion.

M. WALLICH fait ressortir tout l'intérêt de la communication de M. Bernard. Il fait observer que dans la pouponnière de Boulogne-sur-Seine, sur 176 enfants, il n'y a eu que 2 morts. Ces pouponnières pourraient donc servir de passage, pour certains enfants, entre le moment de la séparation d'avec leurs parents tuberculeux et leur placement familial.

M. MARFAN pose à M. Léon Bernard plusieurs questions qui restent à élucider.

Les assurances sociales. — M. BALTHAZARD critique le projet de loi sur les assurances sociales. Il rappelle l'importante communication de M. Weiss, doyen de la Faculté de Strasbourg, sur le fonctionnement des assurances sociales en Alsace créé par la législation allemande.

M. Balthazard fait observer que le projet de loi actuel lèse les médecins dans leur indépendance et dans leur dignité et ne respecte aucunement le secret professionnel. Les caisses d'assurance, bien que très riches, ne cherchent qu'à faire des économies. C'est là l'origine d'abus regrettables mais qui s'expliquent par l'avarice des caisses à l'égard des médecins.

Il y a lieu d'espérer que la sévère critique de M. Balthazard portera ses fruits.

Une maladie parasitaire de la Guyane. — M. NATTAN-LARRIER étudie une lésion cutanée qui s'observe assez fréquemment sur les sujets qui ont été attaqués par les insectes dans les forêts de la Guyane. A la suite de ces piqûres, se produit une ulcération profonde et rebelle : elle est due à un parasite analogue à celui qui détermine le bouton d'Orient, mais qui s'en distingue par des caractères précis. Il ne doit pas être confondu non plus avec le microbe qui cause au Brésil et au Pérou une lésion beaucoup plus grave qui s'ac-

compagne, d'ordinaire, de mutilation de la face, de la bouche et du nez. Les symptômes, la marche, la durée et le pronostic des deux maladies ne sont pas les mêmes et leurs agents pathogènes sont sans doute distincts.

Un nouvel accident de l'électricité domestique. — M. ZIMMERN communique une observation de brûlure des doigts au troisième degré déterminée par le contact des doigts avec une petite lampe électrique.

Anthropométrie. — M. ROUSSY expose ses conceptions abstraites de l'anthropomètre ainsi que de l'état normal et de l'état anormal du corps humain.

Comité secret. — *a.* Lecture du rapport de M. NOBÉCOURT sur les candidatures au titre de correspondants étrangers dans la première division (médecine).

b. Lecture du rapport de M. SIEUR sur la revision du règlement.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 MARS 1925)

Ostéite géodique généralisée, type Recklinghausen. Lipiodol intramédullaire osseux. — MM. SICARD et CHAUVEAU présentent les pièces anatomiques d'un cas d'ostéite généralisée du type Recklinghausen. Les constatations macroscopiques et histologiques montrent qu'il ne s'agit pas en réalité de kystes intra-osseux, mais bien de véritables géodes, à cavités pleines d'un tissu mou et feutré. Les examens radiologiques sont caractéristiques. Les cavités géodiques se dessinent remarquablement. L'injection de lipiodol dans le canal médullaire du tibia a permis de constater le ramollissement extrême de l'os. La ponction trans-osseuse a pu se faire directement à l'aide d'une simple aiguille. L'image lipiodolée du canal osseux et des géodes pourra vraisemblablement avec l'aide d'observations plus nombreuses de lipiodol intramédullaire osseux, apporter au diagnostic un appoint radiologique intéressant.

Septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite maligne, filtrat streptococcique intraveineux, immuno-transfusion. Guérison. — Mlle BASS, MM. CAY, BONNET et Marcel LÉVY-WEISSMANN rapportent l'observation d'un malade atteint de septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite maligne. Toutes les thérapeutiques classiques ayant échoué, on entreprit des injections intraveineuses de filtrat streptococcique de Besredka; très rapidement l'hémoculture devint négative. Comme cependant l'état général restait grave, il fut pratiqué deux transfusions simples et quatre immuno-transfusions. Les auteurs insistent sur ce fait que les collections survenues après les immuno-transfusions se sont toutes produites au voisinage de collections antérieures.

Abcès amibien gangréneux du poumon droit, indépendant d'un abcès amibien latent du foie, chez un ancien colonial. — MM. G. CAUSSADE et André TARDIEU ont assisté à l'évolution gangréneuse, en sept jours, d'un abcès dysentérique du poumon droit. L'amibiase avait été constatée au Tonkin, huit ans auparavant. La localisation pulmonaire était totalement indépendante d'un autre abcès amibien, siégeant dans le foie et qui demeura latent jusqu'à la mort. Deux particularités à noter : d'une part, la concomitance d'un pneumothorax à soupape, siégeant à côté de l'abcès et demeuré aseptique et sec pendant toute l'évolution du foyer gangréneux. D'autre part, la présence transitoire de la symbiose fuso-spirillaire dans les crachats.

La flore microbienne était abondante et variée (cocci prenant le Gram et cultivant en anaérobie; colibacilles, tetragenes et leptothrix).

L'émétine, le sérum de Weinberg (même en injections intraveineuses) à doses croissantes et la teinture d'ail, furent inefficaces.

Un cas de mort après injection intraveineuse de somnifène. — MM. A. RAVINA et L. GIROT, attirent l'attention sur le danger que peuvent présenter les injections intraveineuses de somnifène.

Ils rapportent l'observation d'une malade atteinte d'une agitation considérable d'origine éthylique qui reçut une injection de 10 centimètres cubes de somnifène introduite dans la circulation veineuse en trois minutes.

La malade s'endort au cours de l'injection et repose pendant douze heures d'un sommeil tranquille, puis elle meurt en quelques instants après une élévation thermique dépassant 40 degrés.

L'autopsie n'a révélé aucune lésion organique, aussi semble-t-il difficile de ne pas établir un rapport entre l'injection intraveineuse et cette mort rapide avec hyperthermie.

M. FLANDIN rapporte un cas d'intoxication chronique après injection pendant trois mois de LX gouttes de somnifène chaque soir.

Evolution scléreuse de la spléno-pneumonie tuberculeuse de l'enfant avec dilatation bronchique secondaire. — MM. P. ARMAND-DELILLE, Robert LEVY, Julien MARIE rapportent l'observation de deux cas de spléno-pneumonie chronique qui ont abouti à la sclérose pulmonaire. L'examen radioscopique, après injection intratrachéale de lipiodol a montré la constatation de volumineuses dilatations bronchiques qui s'étaient constituées à l'intérieur du tissu de sclérose qui a agi comme agent de distension excentrique.

Présentation d'un nouveau modèle de stéthoscope bi-auriculaire. — M. P. ARMAND-DELILLE présente un nouveau modèle de stéthoscope construit sur ses indications par la maison Colin, muni de pavillons métalliques compacts, de gros caoutchoucs et d'extrémités s'adaptant exactement au conduit auditif, donne une transmission parfaite des bruits thoraciques.

Rôle vraisemblable du splénium dans la pathogénie de l'alexie pure par lésion de la cérébrale postérieure. — MM. Ch. FOIX et P. HILLEMAND rapportent un cas de lésion du cuneus et de la face inférieure du cerveau gauche par oblitération de l'artère cérébrale postérieure dans lequel il n'existait pas d'alexie, contrairement à ce qui arrive en général en pareil cas.

Syndromes de la cérébrale antérieure. — MM. Ch. FOIX et P. HILLEMAND présentent des pièces anatomiques de ramollissement de la cérébrale antérieure. Presque toujours l'oblitération réalise un ramollissement important quoique incomplet du territoire artériel. Le ramollissement peut être corticos ou cortical, léser le corps calleux et respecter relativement le cortex.

Cliniquement trois syndromes peuvent s'observer :

Une monoplégie crurale à prédominance distale;

Une hémiplégie à grosse prédominance crurale;

Une hémiplégie ou une monoplégie à prédominance crurale avec phénomènes apraxiques unilatéraux, toujours situés du côté gauche.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1925)

Le pouvoir glycolytique est-il diminué dans le sang des diabétiques. — En utilisant la même technique qu'ils avaient suivie pour l'étude de la glycolyse *in vitro*, MM. H. TIERRY, F. RATHERY, R. KOURILSKY, ont étudié chez 20 diabétiques et chez des chiens dépancréatés les variations du sucre libre et du sucre protéidique produite par la glycolyse *in vitro*. Les tableaux qu'ils publient montrent que dans le sang des diabétiques défibriné et gardé aseptiquement à l'étuve à 38 degrés, le sucre libre disparaît d'une manière continue; généralement la glycolyse est déjà accusée au bout de deux heures, son intensité est révélée variable avec la teneur en sucre et le sang des divers sujets. A mesure que le sucre libre disparaît, le sucre protéidique peut augmenter ou diminuer, mais le sucre total n'en subit pas moins une dimunition au cours de la glycolyse. Dans les cas très rares où on n'a pas observé, dans les deux premières heures, de disparition du sucre libre, il n'y a pas eu changement dans le sucre total.

L'insuline a-t-elle une action activante sur la glycolyse?

Dans le but de vérifier cette hypothèse, des expériences ont

été pratiquées parallèlement sur le même sang additionné ou non d'insuline ; à cet effet, ils utilisaient une insuline en poudre, purifiée (préparée avec A. Desgrez), dont ils avaient vérifié la grande activité *in vivo*. Les effets obtenus ne diffèrent pas de ceux constatés sur le sang d'individus normaux.

Les cultures cumulatives. Deuxième exemple : L'altéro-toxine diphtéro-streptococcique; Sa double atténuation. — M. Ch. Zœller apporte un second exemple de la méthode des cultures cumulatives qu'il a précédemment définie. Ayant cultivé dans la toxine diphtérique le streptocoque de Dick il obtient une altéro-toxine diphtéro-streptococcique. Ce produit secondaire cumule les propriétés de la toxine diphtérique et de la toxine streptococcique. Il tue le cobaye au 250e de centimètre cube ; il peut donner la réaction de Schick.

On réussit également à obtenir la réaction de Dick après destruction de l'élément diphtérique par un chauffage à 75 degrés pendant dix minutes, qui respecte l'élément streptoccique plus résistant. L'altéro-toxine diptéro-streptococcique, provoque chez les sujets qui sont susceptibles de les présenter la pseudo-réaction de Schick ou la pseudo-réaction de Dick.

Par action de la chaleur et du formol, l'auteur réalise la double atténuation de l'altéro-toxine dipthéro-streptococcique.

Action des rayons X sur l'équilibre acido-basique du sang. — MM. Ph. Pagniez, F. Coste et I. Solomon ont étudié chez l'homme l'effet produit par les irradiations sur le PH. du sang et la réserve alcaline.

Ils ont constaté que l'irradiation à la dose de 500 R de la région splénique produit dans 83 p. 100 des cas une alcalose constatable une heure après l'irradiation et qui peut durer jusqu'à vingt-quatre heures et plus. Il s'agit là d'un effet produit probablement sur le sang lui-même car l'irradiation d'autres régions : hépatique, thoracique et même région palmaire produit avec la même fréquence une alcalose d'importance analogue.

Lorsqu'on utilise l'irradiation ultra-pénétrante, le résultat est le même, mais par cette technique les auteurs ont dans plusieurs cas obtenu une alcalose beaucoup plus forte. Avec les rayons de pénétration moyenne, la dose nécessaire pour produire une alcalose nette paraît comprise entre 300 et 500 R.

L'alcalose observée, avec une grande fréquence, après les irradiations, est une alcalose irrégulière, car l'étude de la réserve alcaline montre que celle-ci subit des variations qui ne sont en rien parallèles à celles du Ph.

Les faits observés par MM. Pagniez, Coste et Solomon sont d'accord avec la plupart des résultats déjà enregistrés par les auteurs qui ont déjà abordé l'étude de cette question chez les animaux en particulier avec ceux de Hussey, de Hirsch et Petersen, de Cluzet et Koffiann. Leur constatation chez l'homme a peut-être plus qu'un intérêt théorique, car ils permettront probablement d'interpréter certains effets thérapeutiques produits par les rayons dans les états morbides très variés, comme certaines maladies humorales par exemple.

Action des solutions acides sur le liquide de perfusion rénale. — M. Ch. Richet fils.

Précipitation par le chlorure de sodium à saturation de la substance durétique du liquide de perfusion rénale. Sa redissolution dans une solution alcaline. — MM. Ch. Richet fils et G. A. Minet.

Dans la première note, M. Ch. Richet montre qu'en solution biologiquement neutre : P H = 7.2, la substance diurétique qu'il a découverte dans le liquide de perfusion rénale, se précipite. Acidifie-t-on très légèrement la solution (P H = 6.2), cette propriété diurétique disparaît définitivement.

Dans la seconde note les auteurs montrent que par le chlorure de sodium à saturation on précipite cette substance diurétique qui garde ses propriétés biologiques quand on la redissout.

Cette substance diurétique paraît spécifique car les organes perfusés autres que le rein ou broyés n'ont pas la propriété d'augmenter l'urèse.

M. Vincent. La pression artérielle varie-t-elle ?

M. Ch. Richet. Non, pas plus que le volume du rein.

Traitement des infections chirurgicales à staphylocoques par le bactériophage. — M. Louis Bazy. En traitant les infections à staphylocoques par un principe cytique extrait de la pulpe vaccinale, on obtient des effets thérapeutiques intéressants. Cependant il est à noter que la cure est obtenue, même dans des cas où le germe de la lésion n'est pas sensible au bactériophage utilisé et dans d'autres où il s'agit de germes autres que le staphylocoque, le streptocoque par exemple. Si l'on chauffe le lysal à 700 pour détruire le bactériophage, ou si l'on se sert de fillvals de culture spontanément lysées en tubes scellés indépendamment de toute action du bactériophage, on observe encore des guérisons. Tout ceci est à comparer avec les résultats qui proviennent de l'injection des extraits bactériens obtenus par des procédés divers d'où la conclusion que tout se passe comme si le principe cytique n'intervenait pas et comme si les effets curatifs obtenus étaient dûs tout simplement aux produits solubles issus des microbes.

Autre communication :

P. H. des tissus. — M. Portier, Mlle Gueylard et Duval.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(Séance du 6 février 1925)

Quelques résultats du traitement des syndromes parkinsonniens post-encéphalitiques par le salicylate de soude. — MM. Vedel, Puech et Pages. ont traité six parkinsonniens post-encéphalitiques par des injections intra-veineuses quotidiennes de salicylate de soude, en solution à 10 p. 100, à raison de un à quatre grammes par jour; la dose totale injectée a été de 60 à 110 grammes de médicament : A ces doses des phénomènes d'intoléranee (accidents digestifs, amaigrissement) ont obligé d'interrompre la médication. Les résultats ont été nuls dans un cas, médiocres dans quatre ; certains dans un. Le dernier malade a été considérablement amélioré.

D'une façon générale il semble que le résultat thérapeutique sera d'autant meilleur que l'atteinte encéphalitique sera plus récente et les symptômes moins accusés. On se méfiera des améliorations passagères apparues après les premières injections, mais de courte durée. Par contre il semble que les bons effets durables du traitement n'apparaissent nettement qu'après la cessation de celui-ci et l'accumulation de hautes doses.

Grenouillette à poche bi-loculaire, sub-linguale et sous-maxillaire. — MM. Etienne et Guibal.

Ictère hémolytique. Présentation de malade. — MM. Leenhardt, Mlle Sentis et M. Lapeyrie.

Présentation d'un appareil médical nouveau : la ventouse pneumatique du docteur Ducret. — M. Pech.

Radioactivité de quelques sources des Alpes, des Pyrénées, des Cévennes et du littoral méditerranéen. — M. Castagne.

(Séance du 13 février 1925)

Les eaux minérales primitives vierges de la chaîne hercyrienne. Les captages romains des eaux minérales primitives. Comment sauver de la destruction des eaux thermales. Les applications thérapeutiques (en particulier à Plombières) de ces eaux et gaz thermaux. — M. H. Charmont (de Plombières).

Résection du genou (osteo-arthrites tuberculeuses). — M. Tédenat, La cause de la résection du genou a été lentement gagnée depuis deux siècles par les anglais d'abord, puis par les français (Boeckel) Lucas-Championnière et surtout Ollier.)

L'immobilisation prolongée avec révulsion, cautérisation profondes, injections sclérogènes donnent souvent de bons résultats quand les lésions osseuses sont absentes ou minimes en étendue et peu profonde. Aux lésions osseuses plus avancées la résection convient, à la condition que les parties molles ne soient pas trop laisées.

L'auteur a fait 33 résections : 30 parmi ses opérés restent bien guéris ;

M. Tédenat recommande de faire un pansement soigné, sans liquide irritant, de bien fixer dans des attelles latérales bien moulées, humides de poser le membre pied haut dans une attelle de Boekel et de ne pas refaire de pansement avant quarante ou soixante jours. C'est la technique de Böeckel, et d'Ollier. M. Tédenat lui doit des suites opératoires excellentes.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'épidémiologie [tome I] (1), par les docteurs Dopter et Vezeaux de Lavergne.

Ce livre constitue le premier tome d'un *Traité d'épidémiologie* en trois volumes qui paraît dans la collection du *Traité d'hygiène* sous la direction de L. Martin et G. Brouardel.

Les auteurs consacrent les premiers chapitres à l'épidémiologie générale. Ils étudient les conditions de réceptivité inhérentes les unes au virus, les autres au terrain; puis ils envisagent le rôle dans la propagation des maladies infectieuses des milieux extérieurs (le sol, l'air, l'eau) et des êtres animés, l'homme et les animaux.

Etudiant en elle-même chacune des maladies infectieuses, ils passent en revue les fièvres éruptives; les infections pneumococcique, streptococcique, ourlienne, méningococcique; la grippe, la coqueluche, la poliomyélite épidémique et l'encéphalite épidémique, l'infection fuso-spirillaire, la diphtérie, le goître épidémique.

Dans ces divers chapitres le même plan se retrouve, si bien que le lecteur se familiarise rapidement avec la structure de cet ouvrage. Après des considérations historiques les auteurs décrivent les caractères et les aspects épidémiologiques habituels de l'infection considérée, puis ses conditions étiologiques, les unes déterminantes et spécifiques, les autres occasionnelles et accessoires. De l'étiologie ainsi précisée se déduit une prophylaxie rationnelle.

Ce Traité qui ne fait double emploi avec aucun autre vient à un moment où l'on avait à déplorer chaque jour l'absence d'un ouvrage d'ensemble sur les maladies épidémiques considérées au point de vue de la médecine des collectivités. Il joint aux avantages d'une érudition minutieuse, ceux d'une remarquable clarté dans l'exposition. On y rencontre à la fois le détail précis et les larges vues d'ensemble.

Chacune des notions formulées par les auteurs a subi le contrôle d'une rigueur scientifique exigeante et d'une expérience personnelle consommée.

Cet ouvrage rendra service non seulement aux hygiénistes, aux médecins de collectivité, mais aussi à tout praticien soucieux de connaître les lois d'évolution des maladies épidémiques et les conditions de la prophylaxie. Car, en pratique, la collectivité ne commence-t-elle pas à la famille?

Ce *Traité d'épidémiologie* est un ouvrage de fond. Il est, d'emblée, classique.

On ne peut que se réjouir que ce travail soit l'œuvre de l'Ecole du Val-de-Grâce qui s'enorgueillit des noms de Villemin, Laveran, Kelsch, Vaillard, H. Vincent et de ceux des auteurs eux-mêmes qui furent respectivement professeur titulaire d'épidémiologie et professeur agrégé d'épidémiologie de cette Ecole. Chr. Zœller.

Traitement manuel des déviations pathologiques du rachis, par le docteur de Frumerie. Un volume in-16 avec 61 figures démonstratives. = Prix : 5 fr. — Paris, Vigot frères.

Greffe animale. Ses applications utilitaires au cheptel, par le docteur Serge Voronoff. Un volume grand in-8 avec 59 planches dans le texte. — Paris 1924, G. Doin.

(1) In-8. — Prix : 90 francs. — Paris, Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.

N° 24. — MARDI 24 & JEUDI 26 MARS 1925. 98e ANNÉE. MARDI 24 & JEUDI 26 MARS 1925. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de médecin des hôpitaux. — Ce concours commencera le 31 mars 1925.

Le jury est provisoirement composé de MM. Louis Ramond, Fiessinger, Barbier, Mouchet, qui acceptent; Comte, Guillain, Sainton, Lesage, Rathery, Gandy, Milian, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de l'internat en pharmacie. — Le jury est définitivement composé de MM. Cruet, Hérissey, Bougault, Fabre et Vaudin.

Concours de médecin en chef des asiles de la Seine. — Le concours, ouvert le 16 mars, s'est terminé le 21 mars par la nomination de M. Petit et de Mlle Pascal.

Le jury était ainsi composé :

Président : M. le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs; MM. Toulouse, Marie, Capgras, médecins chefs des asiles de la Seine; M. Camus, médecin de la Salpêtrière; M. Lerat, médecin chef de l'asile de La Rochelle; M Danjean, médecin directeur de l'asile d'Aix; M. Adam (juge suppléant), médecin chef de l'asile de Rouffach.

Faculté de médecine du Caire. — Le gouvernement égyptien vient de nommer M. le docteur Schrumpf-Pierron professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine du Caire.

Ministère de l'instruction publique et des beaux-arts. — Concours organisé par la résidence générale de France a Tunis et l'office national des recherches scientifiques et industrielles et des inventions pour l'épuration et la distillation de l'eau. — Après entente entre le ministre résident général à Tunis et l'office national des recherches scientifiques et industrielles et des inventions, il a été décidé d'ouvrir deux concours dans le but d'améliorer les conditions de ravitaillement en eau potable des postes du Sud tunisien et des convois appelés à circuler dans ces régions.

La question présente un intérêt général et sa solution est susceptible d'application dans toutes les régions pourvues seulement d'eaux fortement minéralisées.

Le premier concours portera sur les meilleurs moyens d'épuration, par un procédé chimique, d'eaux contenant de 2 à 6 grammes de résidu sec par litre, ce résidu étant constitué approximativement de moitié de chlorure de sodium et moitié d'un mélange de sulfates et de chlorures de calcium et de magnésium.

La quantité de matière épurante à employer devra être indépendante de la composition centésimale de l'eau, c'est-à-dire qu'un excès de matière épurante ne devra pas avoir d'influence nocive pour l'homme et les animaux domestiques et ne pas augmenter notablement le résidu sec de l'eau.

Les appareils présentés devront être des appareils portatifs capables d'épurer au minimum 25 litres d'eau à l'heure.

Ce concours est doté d'un prix en espèces de 1.000 francs.

Le deuxième concours portera sur un appareil fixe permettant de produire de l'eau distillée par utilisation de la chaleur solaire, et capable de fournir environ 100 litres d'eau pure par jour, durant la période d'insolation moyenne de l'été, dans le Sud tunisien. L'eau à épurer se trouve à la température moyenne de 22 degrés.

Il sera tenu compte pour le classement : du poids, du prix, de la robustesse de l'appareil, et de la facilité de remplacer et de changer les pièces qui le constituent.

Ce deuxième concours reçoit une dotation en espèces de 5.000 francs qui pourra être attribuée par le jury en un ou deux prix.

Dans le cas d'essais satisfaisants, les services tunisiens seraient très vraisemblablement acquéreurs de plusieurs de ces appareils.

Des renseignements plus précis pourront être demandés : sur la composition des eaux, au laboratoire des services administratifs de la régence, 24, rue d'Angleterre, à Tunis; sur les données climatériques du Sud tunisien, au service météorologique, direction générale des travaux publics à Tunis.

Les projets et appareils seront soumis à l'office national des recherches scientifiques et industrielles et des inventions,

1, avenue du Maréchal-Galliéni, à Bellevue (Seine-et-Oise), auquel ils doivent être adressés.

Ces concours seront clos le 1er janvier 1926.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille d'or.* — M. le médecin principal Vallet (à titre posthume).

Médaille d'argent. — M. Laplagne, médecin aide-major de 1re classe.

Médaille de bronze. — Mlle Bonnel, aide bactériologiste au laboratoire de bactériologie du 16e corps d'armée.

HOMMAGE AU PROFESSEUR ESCAT (DE MARSEILLE). — Les élèves et amis du professeur Escat ont constitué un Comité chargé d'ériger à l'Hôtel-Dieu de Marseille un monument à la mémoire du maître mort victime du devoir professionnel.

Ils font appel à tous ceux qui ont connu et apprécié les hautes qualités scientifiques et morales du professeur Escat.

Les souscriptions sont reçues chez M. le docteur Desnos, 59, rue La Boëtie, à Paris, et chez M. le docteur Fiolle, 14, rue Edmond-Rostand, à Marseille.

LA LIGUE CONTRE LE CANCER A MADRID. — La Ligue contre le cancer a tenu, sous la présidence du roi et de la reine entourés de la reine douairière, des princes et des princesses, son assemblée annuelle. M. Justin Godard, ministre de l'Hygiène de France, assistait à la séance.

Divers orateurs, et notamment le docteur Bandelac de Pariente (de Paris), les docteurs Goyannes, président de la section espagnole de la Ligue; Bartnann, vice-président de la Ligue; Murillo, directeur général des services de santé, ont pris la parole.

M. Justin Godart, très applaudi, a parlé ensuite, faisant un exposé des efforts et des résultats de la campagne anticancéreuse en Franee.

L'amiral de Magaz a annoncé à l'assemblée que le roi a conféré à M. Justin Godart la grand'croix de l'ordre de la Bienfaisance, dont les insignes ont été peu après remis au ministre français par le roi Alphonse XIII lui-même.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — La 63e assemblée générale annuelle de l'Association générale des médecins de France aura lieu le dimanche 26 avril 1925, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Conformément à l'article 53 des statuts, ne peuvent assister à l'assemblée générale que les membres du Conseil général et les présidents et délégués des sociétés locales.

Chaque société a droit à un délégué par cinquante membres ou fraction de cinquante membres (statuts, art. 63). Dans nombre de sociétés, les délégués doivent être statutairement choisis parmi les membres des commissions administratives.

Les présidents des sociétés locales font partie de la délégation et ne sont pas compris dans le nombre statutaire des délégués. Ils peuvent se faire remplacer par un vice-président.

Le Conseil général prie instamment les sociétés locales de faire parvenir, avant le 11 avril 1925, à M. le secrétaire général A. Thiéry, 5, rue de Surène, la liste exacte de leurs délégués.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — L'assemblée générale aura lieu le samedi 28 mars, à 19 heures, à l'hôtel Lutétia.

Elle sera suivie d'un dîner qui sera présidé par le médecin inspecteur général Toubert.

Le 25 mars, à 17 heures, l'Association se rendra au tombeau du soldat inconnu pour ranimer la Flamme.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Forestier, secrétaire général, 12, rue d'Anjou (VIIIe).

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le mardi 21 avril 1925, à l'Ecole d'application au Val-de-Grâce (rue Saint-Jacques), à 17 heures précises.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Conférence dialoguée : « Prévisions en vue d'une attaque », par M. le médecin principal Spire, professeur à l'Ecole supérieure de guerre.

La date et l'heure habituelle de la réunion (le lieu même) ont dû être modifiées en raison du IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires qui se tiendra à Paris (Val-de-Grâce) du 20 au 25 avril 1925.

Cette conférence très importante fait d'ailleurs partie intégrante du programme de ce Congrès.

BAL DE LA MÉDECINE FRANÇAISE. — L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris inaugure une nouvelle tradition : le 4 avril, elle donnera, dans les salons de l'Hôtel Claridge, un bal dont le produit sera versé, partie à la caisse de secours de l'Association, partie au sanatorium des étudiants.

M. Doumergue, président de la République, a bien voulu accorder son haut patronage à cette œuvre de bienfaisance que M. Justin Godart, ministre de l'Hygiène, M. le docteur Queille, ministre de l'Agriculture, et M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine, ont accepté de présider.

Cette fête promet d'être parfaitement réussie.

A l'entrée il sera distribué des cadeaux offerts par les grandes maisons de Paris.

Mmes Davia, Jane Pierly, Rahna, Isabelita Ruitz et M. Saint-Granier prêteront gracieusement le concours de leur talent.

Enfin, pendant le souper-dansant, distribution de paniers fleuris tandis que MM. Goubil, Martini, Noël-Noël, Jean Rieux et Vincent Hyspa dispenseront à cette soirée la fine gaîté montmartroise.

Nous invitons particulièrement les médecins à assister à ce bal : ce sera un lien de plus entre les membres du corps médical. Les œuvres qui bénéficieront du produit de cette fête, caisse de secours de l'Association et sanatorium des étudiants, sont assez nobles pour que chaque médecin tienne à honneur de leur apporter son appui.

Entrée : 35 fr.; entrée de famille (4 personnes) : 120 fr.; étudiants : 20 fr.; souper facultatif : 30 fr.

Cartes en vente : Association, 8, rue Dante, Gob. 58-90; secrétaire, 35, rue Victor-Massé, Trudaine 71-83, dans les théâtres, agences et dans les grands hôtels.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Lebras, ancien interne de M. Ricard, qui a succombé en quelques jours à une fièvre typhoïde. Il y a huit jours il assistait à la séance de la Société de chirurgie dont il faisait les comptes rendus dans le *Progrès médical*. C'était un travailleur, un aimable confrère qui avait su se concilier l'estime de ses maîtres et de ses collègues. Nous adressons à sa famille nos condoléances émues. A. B.

— et celles de MM. les docteurs Paul Bouel (de Brunoy), Gironde (de Lyon), Albin Saillard, ancien directeur de l'Ecole de Besançon; le professeur Eugène Prothière (de Lyon), André Weill (de Paris), ancien chef de clinique à la Faculté de médecine; le professeur Victor Jacques (de Bruxelles), le professeur Aug. von Wassermann (de Berlin).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — COURS DE PHYSIQUE MÉDICALE (professeur : M. N...). — M. le docteur Zimmern, agrégé, chargé du cours, commencera ce cours le mardi 24 mars, à 16 h. (amphithéâtre de physique, à la Faculté), et continuera son enseignement, les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

Programme : 1° Electricité; 2° Optique; 3° Chaleur, actions moléculaire et mécanique.

POLYURIE LIÉE SANS DOUTE A UN GLIOME DE LA RÉGION TUBÉRIENNE

Par MM. L. BABONNEIX et JEAN HUTINEL.

Depuis les belles recherches de Jean Camus, les lésions tubériennes sont à l'ordre du jour. Les uns, avec J. Lhermitte, étudient leur topographie et leurs caractères histologiques; les autres, avec J. Camus et Roussy, s'efforcent de préciser les phénomènes qu'elles déterminent dont, surtout, la polyurie. C'est uniquement par ce symptôme qu'un gliome localisé à la région tubérienne a manifesté son existence dans le cas que nous avons eu récemment l'occasion d'observer.

* * *

OBSERVATION. — D..., trente et un ans, piqueur, entre à la Charité, salle Rayer, lit n° 39, le 29 octobre 1923, pour toux, amaigrissement et asthénie croissante.

Antécédents héréditaires et antécédents personnels. — Ses parents sont morts depuis longtemps déjà, la mère, d'asthme (?), le père, d'éthylisme chronique.

Tout jeune, il a été sujet aux convulsions. Plus tard, il a été atteint de coqueluche. Ensuite, sa santé est restée longtemps satisfaisante, si bien qu'il a pu faire toute la guerre sans être évacué.

Il a plusieurs frères et sœurs bien portants, ainsi que sa femme. Elle a eu un enfant qui est mort en venant au monde.

Histoire de la maladie. — Depuis trois ans, il s'est mis à tousser. Mais il a pu continuer à travailler jusqu'en mai dernier. A partir de ce moment, la toux est devenue plus fréquente et plus pénible; elle s'est compliquée d'expectoration, de dyspnée, de fièvre, de sueurs nocturnes, d'amaigrissement.

Etat actuel. — D... frappe, dès le premier abord, par sa maigreur et par sa pâleur. Il respire difficilement, mettant en jeu ses inspirateurs accessoires. Ses extrémités inférieures sont œdématiées, ses extrémités supérieures cyanosées.

A l'examen, hydropneumothorax caractérisé, cliniquement, par les signes habituels, aux rayons X par un éclat anormal de la cavité pleurale, un niveau et un moignon pulmonaire rétracté contre la colonne vertébrale.

A gauche, cliniquement, respiration supplémentaire; radiologiquement, aspect voilé. L'expectoration, nummulaire, contient de nombreux bacilles de Koch. La plupart des autres signes sont en rapport avec l'imprégnation tuberculeuse : tachycardie, fièvre oscillant entre 38 et 39 degrés; ongles hippocratiques, ulcérations linguales. L'état général est médiocre. Sur les téguments recouvrant le grand trochanter gauche apparaît un début d'escarre. Il existe des œdèmes qui tendent à se généraliser. La réaction de Wassermann est négative pour le sang.

Un autre symptôme retient aussi l'attention. C'est une polyurie considérable (10 à 12 litres) remontant, paraît-il, à l'âge de dix ans, ayant résisté à tous les traitements et ne s'étant jamais compliquée de glycosurie. Elle déclanche nécessairement une polydipsie que le malade épuise en absorbant force eau de boisson.

La mort survient le 9 au milieu des signes propres à l'hecticité.

A l'autopsie, pyopneumothorax droit avec lésions ulcéro-caséeuses sous-jacentes. Le poumon gauche est congestionné et emphysémateux, sans nodules tuberculeux apparents. Le foie, volumineux, est scléreux et congestionné. Les reins sont violacés, mais leur corticale paraît intacte. Il n'existe, au premier abord, aucune lésion macroscopique des centres nerveux.

La région tubérienne a été débitée en coupes sériées, lesquelles ont été colorées par les méthodes habituelles : Nissl, hématéine-éosine, Loyez.

Le premier détail qui frappe, et qui apparaît même à l'œil nu, c'est l'existence, juste au-dessus du chiasma, d'une masse arrondie, grosse comme un pois, bien limitée et si infiltrée de sels calcaires qu'il est particulièrement difficile de la couper et qu'elle ébrèche le rasoir.

Histologiquement, cette masse est constituée, comme nous l'avons vu avec M. J. Lhermitte, par :

1. Des *éléments cellulaires* très polymorphes : les uns, volumineux, de forme arrondie (cellules géantes); les autres, également de grandes dimensions, mais de forme étoilée, pourvus de multiples prolongements et identiques à des cellules-araignées; d'autres encore, infiniment plus nombreux et de type assez uniforme, sont, au contraire, petits, et constitués à peu près uniquement par un noyau arrondi et riche en grains de chromatine. A l'hématéine-éosine, il est impossible de leur distinguer une masse protoplasmique.

2. Des *fibrilles* très fines, formant des réseaux entrecroisés en tous sens, et qui sont souvent dissociés par l'œdème; elles se condensent à la périphérie de la tumeur pour lui former une sorte de coque;

3. Des *blocs calcaires,* colorés en violet par l'hématéine et *colloïdo-calcaires*, se présentant sous l'aspect de masses arrondies, anhistes et colorées en orange par l'hématéine : ce sont ces blocs, d'une dureté extrême, qui rendent si difficiles les coupes de la tumeur.

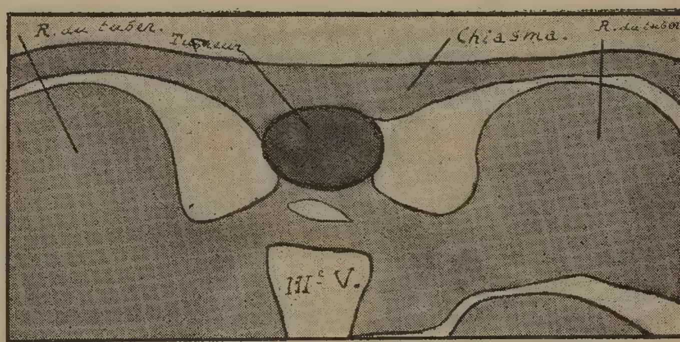


FIG. 1.

Les régions voisines sont à peu près normales, à part quelques îlots périvasculaires discrets, et sans grande signification; un peu d'épendymite chronique, sans prolifération métatypique véritable. Le chiasma est intact, de même que les méninges, et les fibres à myéline. Quant aux cellules des noyaux tubériens, il nous a semblé qu'elles n'étaient pas diminuées de nombre.

Donc, gliome à petites cellules, bien limité, et occupant la région tubérienne, juste au-dessus du chiasma (fig. 1).

* * *

En somme, polyurie chronique, durant depuis des années, chez un sujet mort de tuberculose pulmonaire. A l'autopsie, petit gliome de la région du tuber. Quelles déductions tirer de ce cas?

Elles seront nécessairement entourées de réserves puisque l'hypophyse n'a pas été examinée. Malgré cette lacune, dont nous ne nous dissimulons nullement l'importance, il nous semble que deux ordres de réflexions s'imposent :

1° Le diagnostic des tumeurs cérébrales est bien malaisé. Sans doute, chez D..., le gliome était-il de tout petit volume et l'on conçoit qu'il n'ait déterminé aucun phénomène d'hypertension intracranienne. Mais il n'avait pas produit beaucoup plus de signes locaux, abstraction faite de la polyurie. Au reste, si nous avions eu quelque soupçon, nous aurions pensé beaucoup plus à un tubercule qu'à un gliome;

2° On ne peut pas ne pas être frappé de l'existence simultanée chez X.. d'une polyurie importante et d'un gliome paratubérien. Sans doute, il est permis de supposer que l'hypophyse n'était pas intacte. Il n'en existe pas moins que la région tubérienne était le siège d'altérations manifestes. Si l'on se rappelle

que, dans les cas précités, elles existaient seules, n'est-on pas autorisé, sans trop forcer les analogies, à mettre, ici aussi, la polyurie sous la dépendance d'une lésion infundibulaire?

CURE RADICALE DE L'ONGLE INCARNÉ

Par M. Ch. LEFEBVRE (de Toulouse).

Les résultats immédiats et tardifs des interventions pour ongle incarné ne répondent pas toujours au désir des opérateurs : il y a les guérisons très lentes, par désunion des sutures, des cicatrices vicieuses au sens propre du mot gênant les malades plus que leur affection antérieure, les récidives survenant après quelques procédés incomplètement effectués.

Les principes essentiels d'une bonne cure sont les suivants : afin d'éviter toute récidive, il est nécessaire d'enlever tout ce qui produit de l'ongle ou des formations similaires, c'est-à-dire non seulement la partie postérieure du derme sous-ungéal ou matrice de l'ongle, mais aussi la partie antérieure de ce derme sous-ungéal ou lit de l'ongle. Si la première partie élabore l'ongle proprement dit, la seconde laissée nue par l'absence de l'ongle, s'épaissit, devient cornée, puis irrégulière, fendillée, et constitue une gêne pénible pour certains opérés.

C'est ainsi que les divers procédés de Follin, de Théophile Anger, de Chalot (exérèse limitée au bord incarné), de Quénu, de Stocquard qui respectent le derme sous unguéal, exposent aux suites fâcheuses ci-dessus signalées. Il en est de même des variantes diverses exposées plus récemment par Noble, Schwartz, Jennings, Meter, Füller, Loewe, Bréda, Taddei, Grover. Gosselin avait cependant préconisé avec raison l'extirpation complète de l'ongle et l'exérèse de la totalité du derme sous-ungéal, matrice et lit.

Les cicatrices vicieuses sont le plus souvent dues à ce que les lambeaux effectués dans certains procédés sont sans étoffe, mal affrontés par des points de suture tendus à l'extrême qui finissent par couper les tissus et augmenter ainsi les dégâts. Cette plaie aussi désunie s'infecte très aisément, suppure et finit par donner après un temps plus ou moins long la cicatrice que l'on peut penser; tout cela sans compter les douleurs spontanées et provoquées par les pansements prolongés que nécessite cette plaie.

Le second principe est donc d'obtenir des lambeaux suffisamment étoffés de façon à ce qu'ils s'affrontent sans tractions, se cicatrisent per primam avec un résultat fonctionnel et esthétique rapide et parfait.

C'est dans cet esprit que nous avons utilisé le procédé que nous rapportons, après en avoir toujours obtenu entière satisfaction.

Le principe réside dans la taille correcte de lambeaux dont l'ampleur est obtenue par la résection de l'extrémité osseuse de la dernière phalange.

Une fois l'ongle extirpé, l'incision est menée (fig. 1), tout d'abord parallèlement à chaque côté de ce dernier, d'emblée profonde et comprenant toute la rainure unguéale latérale; en haut elle dépasse la base de l'ongle sur une longueur égale aux deux tiers de la hauteur de ce dernier; en bas elle doit être conduite jusqu'à l'extrémité de la pulpe digitale. Deux nouvelles incisions unissent transversalement au-dessus et au-dessous de l'ongle ces deux premières incisions, de façon à circonscrire l'ongle de tous les cotés.

Le derme sous unguéal, la matrice de l'ongle, le lit, sont complètement extirpés, de façon à laisser à nu la face supérieure de la phalange (fig. 2).

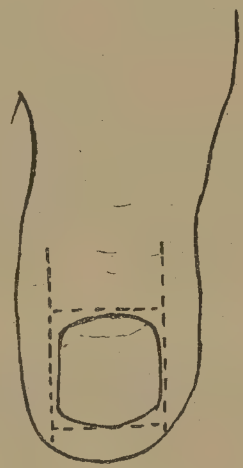


Fig. 1. — *Tracé de l'incision.*

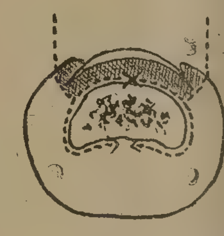


Fig. 2. — *Exérèse des parties péri et sous-unguéales (matrice, zone ombrée).* — Décollement des lambeaux.

Ceci fait, les lambeaux sont décollés sur une assez grande étendue, le lambeau supérieur jusqu'à la limite des incisions longitudinales latérales, et les lambeaux latéraux, en haut, jusque sur les côtés de l'orteil, en bas, jusqu'à laisser à nu l'extrémité antérieure de la phalange que le décollement du lambeau inférieur achève de dénuder. Un coup de pince coupante résèque un centimètre de la phalange (fig. 3); les bords de la section osseuse sont rodés à la pince; les lambeaux affrontés sont suturés par des points au crin (fig. 4), tout cela sous le



Fig. 3. — *Niveau de la section osseuse.*



Fig. 4. — *Résultat opératoire.*

couvert d'une asepsie aussi parfaite que possible et d'une désinfection pré-opératoire de la rainure siège de l'incarnation (pansements à l'alcool fréquemment renouvelés pendant plusieurs jours); une anesthésie en bague correctement faite à la base de l'orteil produit l'analgésie suffisante et nécessaire.

Les résultats immédiats et tardifs que nous avons obtenus de ce procédé ont tous été parfaits; après quelques pansements de surveillance non douloureux, la cicatrisation est complète dès le huitième jour, date à laquelle sont enlevés les points; l'opéré

marche presque aussitôt sans gêne, avec un orteil à peine plus court que son homologue.

BIBLIOGRAPHIE

NOBLE. Le traitement de l'ongle incarné, *Internat. Journ. of surg.*, oct. 1908, n° 10.
SCHWARTZ. Le traitement chirurgical de l'ongle incarné, *Progrès méd.*, 28 nov. 1908, n° 48.
JENNINGS. Opération pour ongle incarné, *Amer. Journ. of surg.*, mai 1909, t. XXIII, n° 5.
METER. Une nouvelle opération pour ongle incarné, *Ann. of surg.*, nov. 1909, t. L, n° 5.
FÜLLER. L'ongle incarné. Sa véritable nature et son traitement radical, *Internat. Journ. of surg.*, déc. 1910, t. XXIII, n° 12.
LŒWE. Behandlung der eingewachnenen Nagels, *Münch. med. Woch.*, 26 mai 1914, t. LXI, n° 21.
BREDA. Sur le traitement de l'ongle incarné, *Gazz. degli osped. e delle clin.* (Milan), 5 mars 1922, t. XLIII, n° 19.
TADDEI. La cure radicale de l'ongle incarné, *Riforma med.* (Naples), 8 janv. 1923, an XXXIX, n° 2.
GROVER. Une opération de l'ongle incarné, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 10 fév. 1923, n° 6.

ACTUALITÉS

L'ÉMÉTINE

INDICATIONS. POSOLOGIE

L'émétine, l'un des trois alcaloïdes de la racine de l'ipécacuanha, est une poudre cristalline blanche qui jaunit à l'air; comme la plupart des alcaloïdes elle est peu soluble dans l'eau, même à chaud, et se dissout au contraire assez bien dans l'alcool et dans l'éther.

Aussi emploie-t-on ses sels, le chlorhydrate de préférence qui doit donner dans l'eau une solution incolore de réaction neutre; il importe que ces solutions soient exemptes de céphéline (autre alcaloïde de l'ipécacuanha). L'émétine étant détruite à 100 degrés on ne peut stériliser les solutions que par tyndallisation.

Ravaut et Charpin et Huerre ont préconisé l'iodure double de bismuth et d'émétine plus actif contre les kystes amibiens; mais cette action n'est pas constante et le médicament est souvent mal supporté.

Roggers (de Calcutta) a montré qu'in vitro une solution à 1 p. 10.000 tue instantanément les amibes; cette action se conserve in vivo puisqu'on a pu stériliser des abcès en évolution, mais elle est moins complète puisqu'il peut persister dans les matières des kystes amibiens et que des rechutes sont possibles. Aussi pour en compléter l'action a-t-on modifié le mode d'administration de l'émétine et lui a-t-on associé d'autres médicaments.

L'émétine est un dépresseur général puissant; elle est vaso-dilatatrice et modère l'impulsion cardiaque; elle abaisse la tension artérielle. Aussi en a-t-on parfois mais non toujours obtenu de bons résultats contre des hémorragies viscérales s'accompagnant d'hypertension (métrorragies, hématémèses, hémoptysies surtout), mais elle est formellement contre-indiquée chez des sujets déjà déprimés.

L'élimination est intermittente et d'une lenteur extrême puisqu'on en retrouve dans l'urine jusqu'à quarante et soixante jours après cessation du traitement.

L'accumulation dans l'organisme gouverne la posologie et le mode d'administration et tient sous sa dépendance la plupart des accidents signalés.

Les injections intraveineuses étant dangereuses et les intramusculaires douloureuses, on administre le plus souvent le chlorhydrate d'émétine par voie sous-cutanée; les lavements avec ou sans électrolyse (Carnot et Friedel) ont été employés; de même la voie buccale, mais l'action irritante du médicament sur la muqueuse gastrique nécessite l'emploi de capsules kératinisées.

Quelle que soit l'affection traitée, la dose totale administrée ne doit jamais dépasser *1 gramme* par cure; la dose journalière allant de 0g06 pendant dix jours à 0g05 pendant vingt jours.

On emploie habituellement la solution aqueuse à 0g04 par centimètre cube.

Contre les affections amibiennes (dysenterie, abcès hépatiques), il est prudent de tâter la susceptibilité du malade en administrant des doses croissantes de façon à arriver au bout de six jours à la dose quotidienne de 0g06 où l'on se maintiendra les jours suivants, mais sans jamais dépasser la dose maxima de 1 gramme pour la cure entière. Ce n'est que dans les cas graves qu'on pourra d'emblée donner chaque jour 0g08 en deux doses.

Récemment, Khoury (d'Alexandrie) a publié des cas d'hématuries bilharziennes où la guérison a été obtenue par l'administration d'émétine aux doses courantes.

Contre les hémoptysies et même les hématémèses on peut donner en une fois 0g04 ou 0g06 durant trois ou quatre jours. C'est en particulier dans ces cas que l'absence de toute trace de céphéline dans la solution est importante afin d'en éviter les effets émétisants.

Par similitude avec l'emploi classique de l'ipéca on a également prescrit l'émétine dans les pneumonies, les bronchopneumonies, à la dose de 0g04 à 0g06 par jour en deux ou trois injections, dans les bronchites chroniques, enfin; on peut la prescrire huit jours par mois à dose de 0g04 en une fois.

Ravaut l'a employée aux mêmes doses dans certains cas de lymphogranulomatose avec de bons résultats.

Il importe, afin d'éviter des accidents parfois graves, de n'employer jamais qu'une émétine exempte de céphéline (vomissements) et des solutions récentes et incolores, à l'exclusion de toute solution teintée de jaune.

L'émétine peut aussi être prescrite en lavements, de préférence mucilagineux (0g08 d'émétine pour 100 à 150 grammes d'une solution de gélose à 6 p. 100; l'action locale plus puissante serait utile dans les formes chroniques. Carnot et Friedel ont proposé l'électrolyse d'un lavement d'émétine dans le but de désinfecter les cryptes intestinales.

D'un emploi moins fréquent l'iodure double d'émétine et de bismuth se prescrit en capsules kératinisées à la dose maxima de 0g18 par jour. L'action en serait plus fidèle que celle du chlorhydrate dans les cas où l'agent pathogène est l'entamœba coli (Noc). Le traitement doit se faire par périodes de six à huit jours séparées par quinze jours de repos (Chauffard).

Entre les cures d'émétine qui, au cas d'emploi du chlorhydrate, doivent être séparées par des temps de repos de quarante à soixante jours, il peut être utile tant pour compléter l'action du traitement que pour remédier à la dépression générale due à l'affection en évolution et parfois à l'action même de l'émé-

tine de pratiquer une cure arsénobenzolique. Ravaut conseille même d'allier les deux thérapeutiques en une cure mixte où l'arsénobenzol est administré les jours où l'on ne donne pas d'émétine. Garin (de Lyon) préfère au 914 le stovarsol ou l'acétylarsan. L'adrénaline peut également être employée pour soutenir l'état général.

Dans les cas, enfin, où divers parasites s'associent on peut compléter l'action élective de l'émétine par celle du kho-sam, du thymol, du simarouba, des sérums antidysentériques.

Quel que soit le mode d'administration adopté, il importe, pour éviter les accidents, de n'oublier jamais la toxicité de l'émétine dont l'action sur le cœur peut entraîner la mort (dissociation auriculo-ventriculaire, fibrillation auriculaire). Huerre considère ce médicament comme absolument contre-indiqué chez des malades gravement déprimés, chez d'anciens dysentériques parvenus à la période de cachexie, chez des sujets dont le cœur, le foie ou le rein sont insuffisants. R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 MARS 1925)

A propos du somnifène. — M. CROUZON n'a jamais constaté de cas de mort par l'emploi en injection intraveineuse. Il ne doit pas être donné dans l'insuffisance rénale ni chez les scléreux et les séniles. La dose de 5 centimètres cubes paraît être une dose moins dangereuse. Il rappelle les cas de pneumonies de déglutition signalés par certains auteurs dans la démence précoce.

Septico-pyohémie avec endocardite maligne. — M. LAUBRY, à propos de la récente communication de Mlle Bas, MM. Gay-Bonnet et Lévy-Weismann, fait des réserves sur l'existence de l'endocardite et sur l'efficacité du traitement en pareil cas.

Abcès pulmonaire. — MM. L. BABONNEIX et Maurice LÉVY présentent les pièces d'un sujet ayant succombé à une dyspnée progressive. A la radiographie, on avait constaté l'existence d'une opacité de forme non circulaire, localisée à la partie inférieure au poumon droit. A l'autopsie, abcès pulmonaire à pus visqueux, mais ne renfermant pas d'amibes.

Pleurésie enkystée simulant aux rayons X un kyste hydatique du poumon. — MM. L. BABONNEIX, POLLET et Maurice LÉVY rapportent l'observation d'un malade chez lequel les résultats de la radiographie permettaient de penser à un kyste hydatique du poumon. Il existait, en effet, dans le champ pulmonaire gauche, une ombre correctement circulaire et comme tracée au compas. A l'opération, pleurésie enkystée. De tels faits montrent que les constatations, aux rayons, d'une opacité arrondie dans un champ pulmonaire ne suffit pas, à elle seule, à faire porter le diagnostic de kyste hydatique du poumon.

Recherches sur la toxine streptococcique et la réaction de Dick. — M. Jean PARAF a préparé, en partant de streptocoques isolés de scarlatineux, une toxine selon la méthode de Dick et a pratiqué des intradermo-réactions avec des dilutions de cette toxine.

La réaction s'est toujours montrée négative chez les scarlatineux convalescents.

Chez l'adulte, la réaction est positive dans 33 p. 100 des cas, proportion analogue à celle de Zoeller, inférieure à celle des Américains (41 p. 100). Chez le nourrisson, négative dans les premiers mois, la réaction devient positive après la première année.

Pendant cette période, il y a parallélisme entre les réactions de la mère et de l'enfant.

Les toxines préparées avec des streptocoques hémolytiques non scarlatineux (endocardite, érysipèle, infection puerpérale) ont donné des résultats analogues.

Essai de traitement de la syphilis par voie buccale à l'aide du dérivé formylé de l'acide méta-amino-para-oxyphénylarsinique (tréparsol). — MM. Ch. FLANDIN et Clément SIMON. A propos de nouvelles observations qui s'ajoutent à celles qu'a déjà publiées Clément Simon, les auteurs font une étude d'ensemble de la nouvelle médication spécifique par l'ingestion de tréparsol. Chez l'homme, il s'emploie exclusivement par voie buccale. Son action sur les manifestations primaires, secondaires et tertiaires est supérieure comme rapidité à celle du bismuth. Elle est comparable à celle des injections intraveineuses de 914. Son action sur la réaction de Wassermann à la phase présérologique semble plus constante que celle du bismuth et du 914. A la phase sérologique du chancre et à la période du chancre, il ramène les courbes à la négativité au cours de la première série de traitement.

Le tréparsol est un médicament commode et efficace pour le traitement des femmes enceintes. Dans les syphilis viscérales il paraît remarquablement toléré, à condition de commencer par des doses faibles. Son action est rapide et profonde; il semble utile de la prolonger par des cures successives ou par l'association du mercure ou du bismuth.

Dans le traitement de l'hérédo-syphilis, le tréparsol paraît être le traitement de choix. La voie buccale est à tous points de vue la meilleure pour les enfants.

Enfin, dans l'armée, dans les campagnes, aux colonies, partout où les injections sont difficiles à réaliser, la médication par voie buccale peut rendre les plus grands services.

Asthme et tachycardie paroxystique. — MM. Ch. LAUBRY et Mussio FOURNIER présentent huit observations cliniques qui semblent établir de façon très nette la parenté entre l'asthme et la tachycardie paroxystique essentielle. Dans un premier groupe de faits, les crises de tachycardie alternent de façon plus ou moins régulière avec l'asthme, mais de façon constante et continue, pendant toute la vie. Dans un second groupe, l'alternance est unique et définitive; l'asthme survient, soit dans l'enfance, soit tardivement, sévit pendant des années, s'apaise et fait place aux troubles cardiaques.

Ces faits s'accordent avec les idées actuelles qui envisagent chacune des deux manifestations, asthme et tachycardie, non pas seulement comme l'expression d'une vagotonie ou d'une sympathicotonie respiratoire ou circulatoire, mais comme l'expression d'un déséquilibre du tonus du système végétatif tout entier. Rien d'étonnant à ce que, chez un même sujet, ce déséquilibre se fixe tour à tour sur un appareil différent.

Contribution à l'étude du pneumothorax thérapeutique dans la tuberculose infantile. — MM. ARMAND-DELILLE, Robert LÉVY et Julien MARIE ont eu l'occasion de faire pendant l'année écoulée trente-neuf nouvelles interventions de pneumothorax artificiel chez l'enfant. Ils concluent qu'étant donnés, d'une part les résultats obtenus dans le traitement de la tuberculose pulmonaire unilatérale traités par le pneumothorax thérapeutique, et d'autre part l'évolution habituelle bien connue de la tuberculose pulmonaire de l'enfant, que cette thérapeutique doit être tentée, même d'une façon précoce, chaque fois que les indications formulées plus haut se trouvent réalisées.

Sur un cas d'insuffisance cardiaque primitive. La myocardie. — MM. Ch. LAUBRY et J. WALSER rapportent l'observation d'un adolescent de quinze ans ayant succombé à une insuffisance ventriculaire gauche, d'évolution rapide, caractérisée par un bruit de galop, une alternance, des œdèmes. Il n'existait aucun antécédent infectieux. Les examens macroscopique et microscopique ne décelèrent aucune trace de lésion cardiaque.

A la faveur de cette observation, MM. Laubry et Walser isolent une variété particulière d'insuffisance cardiaque primitive dans laquelle le rôle de l'inflammation et celui des dégénérescences myocardiques semblent faire complètement défaut. Ils lui donnent le nom de myocardie et font allusion à un certain nombre de faits cliniques absolument analogues, indépendants de toute infection intercurrente, liés à des troubles nerveux, aux émotions, aux troubles endocriniens,

à des facteurs qui, jusqu'ici, ne semblaient jouer dans la déchéance du myocarde qu'un rôle occasionnel.

Traitement des diarrhées des tuberculeux et de l'entérite bacillaire par les arsenicaux pentavalents (stovarsol, tréparsol). — MM. Léon Bernard, Maurice Salomon et M. Thomas ont traité leurs malades atteints d'entérite bacillaire par le stovarsol (0gr75 à 1 gramme) et ont remarqué d'une façon constante la suppression plus ou moins rapide des douleurs et de la diarrhée. Dans les diarrhées banales ou parasitaires des tuberculeux, dans certaines diarrhées d'étiologie imprécise et dépendant peut-être d'ulcérations tuberculeuses au début, on obtient par le stovarsol et aussi par le tréparsol la guérison complète du symptôme sans récidive après la cessation du traitement.

Quand on connaît l'impuissance de la plupart des médications sur l'entérite bacillaire et quand on sait quelle complication sérieuse est pour le tuberculeux toute diarrhée avec la dénutrition qu'elle détermine, il est remarquable qu'on puisse obtenir facilement et rapidement par le stovarsol et le tréparsol la cessation du symptôme et parfois même la guérison.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 4 MARS 1925)

Le somnifène. — M. Savariaud apporte les résultats de son expérience personnelle. Il a eu à constater deux cas de mort : le premier chez un homme de soixante-six ans, atteint de luxation de l'épaule, chez lequel ont été injectés 8 centimètres cubes de somnifène. Le malade a présenté, après l'opération, une agitation extrême, une température de 40 et a succombé le troisième jour. Dans le second cas, il s'agissait d'un goitre exophthalmique ancien. Le malade a succombé à une congestion pulmonaire suraiguë.

Chez les autres malades anesthésiés par le même procédé, M. Savariaud n'a constaté aucun phénomène de toxicité et a obtenu de très bonnes anesthésies.

M. Schwartz, quel que soit le mode d'anesthésie employé, s'il trouve le lendemain son malade avec bon œil et bon facies, est satisfait. Si, au contraire le facies est altéré et l'œil plus ou moins éteint, il est inquiet. Il voudrait savoir quelle est la physionomie des malades anesthésiés par le somnifène.

Etranglement interne. — M. Cadenat fait un rapport sur une observation adressée par M. Bernardbeig (de Toulouse). Phénomènes d'obstruction, grosse tuméfaction dans la fosse iliaque droite. Laparotomie d'urgence. On n'arrive pas sur l'intestin grêle, on fait un anus contre nature, mort. A l'autopsie, après avoir sectionné le côlon transverse, on prend une anse d'intestin grêle, on s'aperçoit que tout le grêle est engagé sous l'artère mésentérique. Il s'agit d'une lésion rare.

Arthrite blennorragique du poignet. Arthroplastie. — M. Okinczyc fait un rapport sur une observation de MM. Lombard et Goinard relative à un jeune homme atteint d'un gonflement douloureux de la région radio-carpienne qui fut traité par les moyens habituels ; dix mois après on constate une ankylose complète avec perte totale des fonctions. M. Lombard intervient. Il fait une incision dorsale, ouvre la gaine des tendons extenseurs, l'articulation est largement ouverte transversalement, nettoyage, section et rupture de l'ankylose, application d'un greffon pris sur la cuisse. Fermeture avec drainage, mobilisation précoce. Amélioration progressive. Dix mois après on constate une guérison anatomique et un résultat fonctionnel parfait.

Rupture du foie. — M. Basset fait un rapport sur une observation de M. Zentzer (de Genève). Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans qui à la suite d'une chute sur le thorax fut prise d'accidents graves ; ballonnement du ventre, douleurs vives, choc traumatique. On croit à une rupture du foie, on attend. On n'intervient que trente-six heures après. A l'ouverture du ventre, large évacuation sanguine, on constate une déchirure du foie de 6 centimètres, suture, appendicectomie, fermeture du ventre. Quelques jours après, phénomènes d'obstruction intestinale, un lavement bismuthé indique comme siège l'anse sigmoïde. On fait un anus contre nature, survient une broncho-pneumonie. La malade se remet peu à peu. Le cours des matières se fait de nouveau par les voies naturelles.

M. Basset se demande pourquoi on a attendu trente-cinq heures avant d'intervenir. En cas d'épanchement sanguin, il est d'avis qu'on doit intervenir le plus tôt possible.

Les avis sont partagés, certains pensent qu'il peut y avoir avantage à laisser du sang dans la cavité abdominale.

M. Gernez apporte un cas analogue, éclatement du foie chez un jeune homme. Pas d'accidents pendant trois jours, le quatrième jour accidents brusques, intervention. On trouve un épanchement sanguin énorme. Donc l'opération n'eut lieu que le troisième jour après le traumatisme ; le malade a guéri.

Malformation congénitale de la mâchoire. — M. Louis Guillaume (de Tours) communique l'observation d'un enfant de quatre ans présentant une malformation congénitale de la mâchoire, avec asymétrie de la face, atrophie du menton, soudure complète des deux mâchoires, entre lesquelles n'existe qu'un trou résultant de l'ablation d'une incisive, qui permet à l'enfant de se nourrir. Les deux articulations temporo-maxillaires sont atrophiées. M. Louis Guillaume demande conseil à ses collègues sur l'intervention qu'il y aurait à faire dans ce cas.

Diagnostic des tumeurs cérébrales. — M. de Martel rappelle combien il est difficile de connaître le siège d'une tumeur cérébrale, chez des malades dans le coma et sans localisation. M. Dandy a proposé un procédé radiographique intéressant. Mais M. de Martel préfère recourir à des injections de bleu de méthylène qui renseignent sur le degré de perméabilité des ventricules et permettent la localisation de la tumeur. M. de Martel cite trois cas dans lesquels le diagnostic a pu être ainsi porté.

Traitement de l'anthrax par le sérum polyvalent de Leclainche et Vallé. — M. Alglave, chez une jeune fille de vingt-deux ans a obtenu la guérison très rapide d'un volumineux anthrax de la lèvre par la sérothérapie (deux injections).

M. Gernez dans un cas d'énorme anthrax de la nuque, chez un malade ayant 2 grammes d'albumine, a obtenu un bon résultat de l'emploi du sérum de Delbet et de l'application locale de compresses imbibées d'une culture de staphylocoques.

M. Auvray reste fidèle au sérum de Delbet dont il a toujours obtenu de bons résultats.

(SÉANCE DU 11 MARS 1925)

M. le Président donne lecture du discours qu'il a prononcé à l'inauguration des monuments élevés à Lyon à la mémoire de Jaboulay et de Poncet.

Occlusion après appendicectomie. — M. Basset fait un rapport sur une observation de M. Gelas (d'Annemasse). Jeune fille de quatorze ans, appendicite aiguë, intervention, incision d'un gros abcès, appendicectomie, résection épiploïque étendue. Quelques jours après signes d'occlusion. Radiobismuth, duodénum dilaté, arrêt de la bouillie à l'angle jéjuno-duodénal. Réintervention, résection d'une longue bride épiploïque. On trouve, en outre, des ganglions et de la mésentérite. L'examen d'un ganglion montre qu'il s'agit d'une adénopathie inflammatoire. M. Basset se demande s'il faut incriminer la bride épiploïque ou la mésentérite. Il rapproche de ce fait plusieurs cas analogues.

Torsion du cordon spermatique. — M. Descomps analyse une observation de M. Petridis (d'Alexandrie). Il s'agit d'une torsion intrainguinale du cordon. Celui-ci, sphacélé, fut réséqué au niveau de l'orifice externe, bien que l'étranglement se prolongeât plus haut. M. Descomps regrette que la résection n'ait pas été plus étendue.

Neurotomie rétrogassérienne. — M. Descomps fait un rapport sur une observation adressée par MM. Combier et Murard (du Creusot). A propos de cette observation, M. Descomps passe en revue les détails de la technique opératoire qu'ont choisie MM. Murard et Combier. Ils ont eu recours à l'anesthésie générale par l'éther qui, seule, peut assurer

l'anesthésie complète du trijumeau. Ils ont choisi comme voie d'accès la voie temporale préauriculaire généralement admise aujourd'hui par tous les chirurgiens. On arrive ainsi, par une incision très petite, à sectionner le nerf.

Les soins consécutifs doivent être très attentifs. Il ne faut pas toujours compter sur un résultat immédiat et dans bon nombre de cas on peut observer des troubles trophiques de l'œil. Il faut attendre plusieurs mois pour juger du résultat.

On peut avoir des hémorragies plus ou moins abondantes, pouvant nécessiter un tamponnement et même une transfusion. Les avis sont partagés sur la ligature préventive de la carotide externe. M. Descomps n'en est pas partisan. Il indique encore bien des précautions à prendre : à l'égard du nerf grand-pétreux superficiel, de la racine motrice qu'il faut autant que possible ménager, ce qui n'est pas toujours facile, étant données les variations anatomiques de ces nerfs. Enfin il indique que le nerf maxillaire inférieur est un très bon repère, très généralement adopté.

M. Cunéo établit une distinction entre la gassérectomie et la neurotomie, Il insiste sur la nécessité de toujours voir et lier la méningée moyenne.

Cyto-stéato-nécrose. — M. Lecène appelle l'attention sur une certaine variété de tumeurs du tissu cellulaire sous-cutané, tumeurs dures, irrégulières, très adhérentes à la peau, qui est rétractée. Ces tumeurs peuvent donner lieu à des erreurs de diagnostic, celui-ci ne pouvant être assuré que par l'examen histologique. Elles sont rares, car M. Lecène n'en a rencontré que deux exemples. Il s'agit d'une cyto-stéato-nécrose ou nécrose du tissu adipeux sous-cutané.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(séance du 3 mars 1925)

A propos des cas de mort subite par injections de sérum antidiphtérique. — M. Robert Debré a observé avec le docteur Korf un enfant de six ans et demi chez lequel une injection de 30 centimètres cubes produisit une angoisse, pâleur, avec deux ou trois convulsions; le pouls devient imperceptible; une urticaire apparaît immédiatement. On craint la mort subite. Une injection de un quart de centimètre cube d'adrénaline est faite, l'urticaire disparaît presque aussitôt, mais le pouls reste imperceptible pendant une heure. Cet enfant avait été traité antérieurement par l'hémostyl, donc hypersensibilisé par un albumine hétérogène.

Discussion. — M. Lesné. Dans le cas rapporté par lui à la séance précédente, l'adrénaline n'a pas eu d'action. M. Apert remarque que l'injection d'adrénaline peut provoquer de l'urticaire, comme il l'a vu chez une addisonnienne; la poudre de surrénale ne présente pas le même inconvénient.

Essai de mesure des rayons ultra-violets. — MM. Duhem et Jean Quivy. Les radiations ultra-violettes sont un composé de radiations complexes qui sont de 4.000 à 2.000 augströms. Il serait intéressant de les sélectionner par filtre et de les mesurer séparément. C'est très difficile en pratique, et l'on est obligé de mesurer le rayonnement global. A l'aide de l'électroscope on est arrivé facilement à se rendre compte : 1° que les lampes de 2.000 bougies étaient supérieures comme rendement aux lampes plus fortes parce que le quartz s'échauffe moins et conserve plus longtemps sa transparence; 2° qu'une lampe met environ un quart d'heure avant d'arriver à son rendement maximum; 3° que la loi du carré des distances est faussée par l'absorption des raies de courte longueur d'onde par l'organe dégagé.

Sur l'origine des agalacties. — M. Luis Azcoïtia (d'Oviedo). Etudiant les antécédents des femmes atteintes d'agalactie montre que l'hérédité joue un rôle important dans ces cas.

Urticaire chronique rebelle chez un hérédo-syphilitique méconnu. Guérison rapide par les frictions mercurielles. — M. Georges Schreiber rapporte un cas qui confirme le rôle attribué par M. Ravaut à la syphilis héréditaire dans la production de certains urticaires. Chez une fillette de deux ans et demi atteinte depuis huit mois d'un urticaire chronique, paraissant revêtir le caractère d'un prurigo de Hébra et traités sans succès par les diverses médications habituelles, M. Schreiber prescrit d'emblée des frictions mercurielles qui ont immédiatement le plus heureux effet et entraînent la disparition complète des lésions cutanées en moins de quinze jours. La réaction de Wassermann, pratiquée à ce moment, fut trouvée très positive, ce qui démontrait bien que la chronicité de l'urticaire était due à son évolution sur un terrain spécial créé par l'hérédo-syphilis.

Les frictions mercurielles ont également donné de bons résultats à M. Schreiber dans plusieurs cas de prurigos accentués et rebelles où la syphilis n'a pu être mise en cause d'une façon aussi nette.

Discussion. — M. Léon Tixier fait remarquer que le calomel n'a pas réussi dans tous ces cas d'urticaire chronique. — M. Paisseau se demande si dans ces cas il s'agit réellement d'une action spécifique du Hg. — M. Jean Hallé ne croit pas à l'action spécifique dans ces cas. On voit des psoriasis, certains prurigos, certains lupus (Brocq) qu'il faut traiter par le mercure ou l'arsenic à haute dose, que le Wassermann soit négatif ou non, c'est un fait d'ordre général. — M. Ribadeau-Dumas a traité de ces cas par l'huile grise sans résultat; il rappelle que certains auteurs pensent qu'il s'agit là de vitaminoses, affections par excès de vitamines. — M. Schreiber attire seulement l'attention sur ces cas rebelles et fait remarquer que dans le cas présent, chez un hérédo-spécifique, la médication mercurielle a donné un résultat immédiat.

Sur la grippe des nourrissons. — M. Jean Hallé. L'épidémie de grippe a fourni surtout à son début des cas très graves chez les nourrissons. A l'hôpital la contamination a été apportée par l'évacuation d'une crèche. On peut distinguer dans les cas observés certaines formes spéciales et peu habituelles; certains cas ont débuté comme un choléra infantile, forme spéciale, de la grippe; plus fréquentes ont été les formes à début nerveux, forme à début syncopal, forme à début par polyurie nerveuse, forme débutant par des convulsions, enfin une forme dans laquelle il existe une hyperthermie considérable avec aspect d'asphyxie, et cependant l'auscultation ne révèle rien, il s'agit alors de dyspnée bulbaire d'ordre toxique qui cède après quelques bains. Ces formes avec des phénomènes nerveux ou pseudo-asphyxiques très impressionnantes n'indiquent pas une grippe fatalement grave.

M. Ribadeau-Dumas. L'épidémie actuelle a été très grave au début, il y a eu 50 p. 100 de mortalité chez les nourrissons. Il signale des cas simulant le choléra infantile, et des formes avec agitation nerveuse comme dans l'épidémie de 1918. Il rappelle que ces grippes entraînent parfois de vraies encéphalites pouvant laisser des séquelles comme l'épilepsie. Il a observé peu de bronchopneumonies, mais des congestions passagères ou des infarctus.

L'épidémie de la maternité a eu pour cause l'admission d'enfants évacués d'une pouponnière contaminée.

M. Comby constate que la grippe a été très commune et grave chez les nourrissons cette année et avec prédominance des formes nerveuses. Ces phénomènes sont la traduction de lésions cérébrales plus ou moins durables, et peuvent être l'origine de l'épilepsie chez certains. Les broncho-pneumonies vraies sont rares. Il a observé des cas avec pseudo-asphyxie.

M. R. Debré. Comme M. Hallé, Ribadeau-Dumas, a constaté que le début de l'épidémie hospitalière provenait d'évacuation de certaines pouponnières contaminées. Il s'élève contre la dissémination dans les hôpitaux de ces agents de contagion. Comme les auteurs précédents il a observé un syndrome avec cyanose rapide comme dans l'épidémie de 1918; dans d'autres cas des injections passagères, ou de l'œdème pulmonaire, peu de bronchopneumonies.

Vœu. — Sur la demande de MM. Lesné, Papillon et R. Debré, la Société de Pédiatrie émet le vœu que pour éviter la production d'épidémies, surtout de rougeole, à l'hôpital de Brévannes, il soit créé un lazaret dans cet hôpital pour y hospitaliser à l'entrée les enfants qui n'auraient pas encore été atteints de rougeole. Elle demande que soit alors rapportée la mesure antérieure interdisant l'envoi de convalescents de maladies aiguës à Brévannes avant un séjour d'observation de quinze jours dans le service où ils ont été traités.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 FÉVRIER 1925)

Irrigation du pédoncule cérébral. — MM. Ch. FOIX et HILLEMAND. Elle est fournie :

1° Par des artères paramédianes représentant le plan postérieur du pédicule rétro-mamillaire;

2° Par des circonférentielles courtes, qui naissent des circonférentielles longues et dont le système fort développé fournit à la partie latérale du pédoncule et à son sillon latéral;

3° Par des circonférentielles longues, représentées essentiellement par l'artère quadrijumelle, dont une branche va au tubercule antérieur et l'autre, au tubercule postérieur. Quant aux autres circonférentielles longues, elles ne sont qu'accessoirement pédonculaires : c'est ainsi que la cérébelleuse supérieure fournit à la partie postéro-interne des tubercules quadrijumeaux, que la choroïdienne postérieure donne quelques rameaux à la partie antérieure du tubercule quadrijumeau antérieur, que la cérébrale postérieure fournit quelques rameaux pour le splénium du corps calleux et les radiations adjacentes.

Ainsi se trouvent constitués les trois territoires habituels, médian, latéral et postérieur.

Les eaux minérales bicarbonatées possèdent-elles un pouvoir activant vis-à-vis des amylases? — MM. LOEPER et A. MOUGEOT. Mélangées à de l'empois d'amidon et à une faible quantité d'amylase, la proportion étant égale pour tous les tubes, les eaux minérales bicarbonatées des types sodique, calcique et mixte montrent une action très nette pour diminuer le temps nécessaire à la disparition des réactions colorées à l'iode et pour augmenter la quantité de maltose produite en un temps donné. Les comparaisons furent faites avec plusieurs tubes témoins contenant soit de l'eau distillée, soit de l'eau d'alimentation, et d'autres des solutions équivalentes de bicarbonate de soude. Les différences ont été considérables pour les amylases salivaire et pancréatique; moins marquées, mais encore nettes, avec l'amylase de l'orge germée; la solution de bicarbonate est pratiquement inerte.

M. et Mme A. CHAUCHARD ont étudié sur le nerf lingual les **lois d'excitabilité des vaso-dilatateurs**. Le phénomène est mis en évidence par la méthode manométrique, la pression étant prise dans le bout périphérique de l'artère linguale, ce qui permet d'obtenir des seuils d'une grande précision. La chronaxie est de 2σ, le temps de sommation, de quatre à cinq secondes.

Dissociation expérimentale des critères auscultatoires et oscillométriques. — M. Ph. FABRE montre à l'aide de quelques expériences l'influence de la stase sanguine et des réflexes vaso-moteurs qu'elle provoque au cours d'une exploration sphygmomanométrique prolongée. Chez les sujets à pression maxima, peu élevée et à réflexes vaso-moteurs vifs on assiste à la disparition à peu près complète des bruits artériels alors que l'amplitude oscillométrique croît notablement. L'analyse de cette dissociation paradoxale des critères utilisée en tensiométrie clinique, conduit aux conséquences pratiques suivantes :

1° Procéder par manœuvre rapide (explorateur tensiométrique) [Ac. de méd., 3 fév. 1925] pour la recherche auscultatoire de la maxima et de la minima;

2° Possibilité d'une exploration de la perméabilité et de la motricité artérielles, par l'étude simultanée des oscillations et des bruits artériels;

3° Pour la construction de la courbe oscillométrique, usage d'un manchon inférieur (type Gallavardin) comprimé en permanence au-dessus de la maxima, afin de mettre obstacle à la pénétration du sang dans la partie distale du membre exploré et d'éviter ainsi le réflexe vaso-moteur de stase.

Influence des rayons X sur la production des anticorps (hémolysines, antitoxine diphtérique). — M. A. PAULIN en étudiant la formation des hémolysines et de l'antitoxine diphtérique chez des lapins irradiés dans des conditions variées s'est rendu compte que :

1° Des lapins qui ont subi des irradiations totales à très forte dose, longtemps avant une injection d'antigène restent aptes à fabriquer des anticorps dans les mêmes conditions que des animaux neufs;

2° De fortes irradiations totales ou locales ne détruisent pas in vivo les anticorps déjà produits, mais gênent leur élaboration;

3° Des irradiations totales, faibles et répétées, n'augmentent pas la production des anticorps; celle-ci se trouve même en partie paralysée.

Onychomycose à « pityrosporum ovale ». — MM. L. BARON, J. MAGROU et J. VALTIS rapportent un cas d'onychomycose due au *pityrosporum ovale*. La malade paraît avoir infecté ses ongles en se grattant la tête qui était couverte d'un pityriasis causé par le même champignon.

Recherche du métabolisme basal chez les malades atteints de tumeur cérébrale. — MM. G. GUILLAIN, G. LAROCHE et ALAJOUANINE ayant eu l'occasion de mesurer le métabolisme basal de cinq malades atteints de tumeur cérébrale avec syndrome d'hypertension cranienne ont constaté une diminution de leur métabolisme basal allant de 17 à 34 p. 100. Cet abaissement ne paraît dépendre ni de l'état général, ni de l'alimentation, ni de la localisation de la tumeur. Le seul élément avec lequel elle semble en rapport est l'hypertension cranienne sans qu'on ait pu noter un parallélisme étroit entre le degré d'élévation de la pression des liquides céphalo-rachidiens et l'abaissement du métabolisme basal. Des recherches de contrôle effectuées chez un certain nombre de malades atteints de différentes maladies du système nerveux nous ont montré que le métabolisme basal n'était que peu ou pas touché pourvu que les malades se nourrissent normalement. C'est ainsi que les tabétiques maintenus au lit pendant des années (dix ans dans un cas) ont encore un métabolisme basal normal, il en a été de même d'un grand myopathique maintenu au lit depuis six ans. De grosses lésions cérébrales ayant entraîné une hémiplégie grave n'ont pas non plus d'influence sur le métabolisme basal.

Ces constatations leur ont paru intéressantes au point de vue de la physiologie générale, elles montrent l'influence considérable des augmentations de pression du liquide céphalo-rachidien sur la nutrition générale par l'intermédiaire du système nerveux central.

MM. BROCQ-ROUSSAU et BRUÈRE. Certains chevaux nourris apparemment comme d'habitude sont tombés malades, et ont présenté de nombreux symptômes : faiblesse, tremblement musculaire, anurie, quelquefois réactions méningées ou accidents rabiformes, mort en quatre à cinq jours. Les expériences des auteurs sur les animaux de laboratoire montrent qu'il s'agit d'une **intoxication par les graisses de cassia occidentalis**, et, particulièrement, par un corps qu'elles contiennent et plus ou moins identique à l'acide chrysophatique. Ces graisses avaient été mélangées au foin et à l'avoine dans un but frauduleux, car elles pèsent 86 kilogs au lieu de 74 à l'hectolitre. Il existe peut-être aussi une substance toxique albuminoïde.

M. HÉRISSEY. Il doit y avoir un principe toxique dans l'embryon. On pourrait essayer de l'isoler en mettant les graisses à tremper quelques jours.

M. BOREL présente une note de M. GHIORGIU sur les **greffes hétérologues de cancer**. Dans le cerveau, ces greffes sont plus vivaces, plus abondantes, plus durables que sous la peau. Mais elles finissent toujours par s'atrophier sauf chez certains animaux tout jeunes, où leur survie peut atteindre soixante-dix jours.

Recherches sur le phénomène de d'Hérelle. Pluralité et antonomie des bactériophages. — M. et Mme WOLLMAN. Les expériences des auteurs sont incompatibles avec l'hypothèse d'après laquelle le bactériophage serait un produit (fermenté ou profermenté) du germe attaqué. Tout se passe, par contre, comme si l'on avait à faire à des principes autonomes, dont certaines propriétés (sensibilité à la trypsine) restent constantes au cours des passages par des germes différents, alors que d'autres (pouvoir lytique) peuvent varier.

— Présentations ;

Les arythmies cardiaques en clinique. — M. A. CLERC.

La transfusion du sang. — MM. P.-E. WEILL et ISCH-WALL.

PRATIQUE MÉDICALE

L'OPOTHÉRAPIE SPERMATOGÉNÉTIQUE CHEZ LA FEMME

Par L.-M. PIERRA et A. JOUVE (1).

On trouve dans la littérature médicale de ces dernières années d'assez nombreuses mentions d'application d'une opothérapie génitale hétérologue, mais le travail de MM. Pierra et A. Jouve représente un essai de synthèse des plus intéressants, parce qu'englobant un grand nombre de cas, il repose sur une base expérimentale étendue, qui permet aux auteurs des conclusions solidement établies.

A leur avis tous les faits jusqu'ici rapportés manquent de précision sur un point très important, c'est qu'ils font état d'administration d'extrait orchitique sans établir une discrimination sur la nature de cet extrait. Point n'est besoin de rappeler, en effet, que le testicule étant formé de deux éléments histologiquement et physiologiquement différents, il est possible de concevoir et même d'obtenir par des procédés d'extractraction fractionnée (comme cela a été fait pour l'ovaire) des produits d'activité différente.

On ne saurait évidemment atteindre les mêmes résultats d'un extrait testiculaire à prédominance diastématique que d'un extrait à prédominance spermatogénétique, et si l'on envisage l'administration de tels extraits chez la femme, il apparaît immédiatement que c'est à ce dernier qu'il conviendra de s'adresser, le premier ne pouvant agir que dana un sens anti-physiologique en tendant à « masculiniser » les sujets traités.

(1) *Revue franç. de gynécol. et d'obstét.*, 10 nov. 1924, nº 21.

Les expériences dont il s'agit ont donc toutes été faites avec un extrait spermatogénétique et non point total, que les auteurs dénomment extrait complémentaire (désignation qui implique qu'une telle substance apporte dans certains cas donnés, un complément utile et nécessaire à l'organisme féminin). Ils ajoutent que toutes les expériences par eux rapportées (en tout 48 observations) ont été poursuivies au moyen de l'*androstine Ciba*, nom sous lequel l'extrait complémentaire a été récemment introduit dans la thérapeutique.

Les cas cliniques se répartissent en quatre groupes :

I. Insuffisance ovarienne, avec hypoménorrhée ou aménorrhée; II. Troubles de la ménopause naturelle ou provoquée; III. Troubles de la ménopause nerveux d'origine génitale; IV. Hypergénésie ou hyperovarie avec ou sans onanisme.

Les résultats chez toutes ces catégories de malades ont été satisfaisants.

Les cas de puberté tardive ont reçu une impulsion transformative manifeste; les aménorrhéiques hypoplasiques ont vu leurs règles réapparaître d'une façon particulièrement constante; les troubles ménopausiques ont été toujours très améliorés et souvent guéris d'une façon définitive; les troubles nerveux ont cédé dans bon nombre de cas; les manifestations hypergénésiques se sont amendées, et plus d'une malade chez lesquelles l'autosuggestion et même la cautérisation clitoridienne étaient restées sans effet, ont pu cesser par cette médication leurs pratiques onanistiques et voir se calmer leurs tendances érotiques.

L'efficacité de l'opothérapie spermatogénétique au moyen de l'androstine semble donc bien clairement établie; c'est une arme de plus que le médecin pourra utiliser d'emblée ou après échec des autres médications dans les cas cités, et à laquelle il recourra d'autant plus volontiers que son innocuité est certaine.

Travaux du Laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université de Cracovie, édités par HEINRICH, d'recteur du Laboratoire. — Paris, Alcan; Cracovie, Acad. polon. des sciences et des lettres.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

HÉMOPHILIE[1]

Formes cliniques. — On a décrit des formes aiguës ou lentes, bénignes ou graves.
Il faut insister surtout sur ;

1° Les **formes latentes ou frustes** qui s'observent surtout chez les filles et se traduisent alors par une menstruation précoce, des règles prolongées, une facilité particulière des épistaxis, des ecchymoses.

2° Les **états hémophiles**, qu'on peut rapprocher de l'hémophilie vraie à cause des stigmates sauguins identiques.

Ces états apparaissent soit à la suite d'infections chroniques (syphilis, tuberculose), soit au cours de maladies aiguës hémorragipares (septicémies, fièvres éruptives, etc.). Chez les hépatiques (ictères, cholémie) et les néphritiques. soit enfin d'une manière sporadique. Pas d'antécédents familiaux. Hémorragies provoquées généralement par une cause accidentelle, ou un acte opératoire (avulsion dentaire). Généralement elles sont peu abondantes, et les lésions sanguines disparaissent au bout d'un certain temps.

Diagnostic. — **I. Diagnostic positif.** — Basé sur l'existence d'accidents hémorragiques, les antécédents héréditaires et les *stigmates sanguins* suivants :

a. Pas de lésions cellulaires : globules rouges, blancs, hématoblastes normaux ou signes d'anémie hémorragique.

b. Pas d'altération chimique.

c. Gros retard de coagulation : épreuve de la goutte de sang sur une lame, ou coagulation dans les tubes. Normalement, huit à dix minutes. Dans l'hémophilie, atteint et dépasse trente minutes, parfois douze heures.

d. Diminution de la coagulabilité, rétraction du caillot blanc, coagulation plasmatique.

e. Par contre, le temps de saignement, mesuré par l'épreuve de Dücke (piqûre du lobule de l'oreille), est normal : trois minutes.

II. Diagnostic différentiel avec :

PURPURA CHRONIQUE. — Hémorragies en général spontanées; lésions sanguines différentes : irrétractilité du caillot, retard minime de la coagulation, *prolongation du temps de saignement*. Absence ou diminution des hématoblastes. Signe du lacet.

Le scorbut de l'adulte, la maladie de Barlow chez l'enfant : gingivorragies, hémorragies sous-périostées. Conditions étiologiques et hygiéniques spéciales. Coagulation du sang normale.

Hémorragies des leucémies : formule sanguine leucocytaire caractéristique.

Le diagnostic est difficile surtout dans les cas frustes, et dans les états hémophiliques des maladies infectieuses ou sporadiques : l'examen du sang permettra de reconnaître ces états d'ailleurs passagers.

En présence d'hématomes, ne pas confondre avec un abcès et s'abstenir d'une incision qui peut provoquer une nouvelle hémorragie.

Enfin, distinguer l'arthrite hémophilique des arthrites aiguës, puis à la phase chronique de l'arthrite tuberculeuse.

Pathogénie. — **Théorie nerveuse** : assimile l'hémophilie aux hémorragies observées dans les lésions sympathiques et mésocéphaliques.

Théorie vasculaire : lésions des vaisseaux (sténose, atrophie du mésentère, exfoliation endothéliale, etc.).

Actuellement on admet qu'il s'agit d'une véritable malformation congénitale (des cordons de His qui donnent naissance aux vaisseaux et au sang).

Pour Pr.-E. Weil, il y aurait absence de *thrombokinase* (ferment coagulant). En effet, si on ajoute ce ferment en injectant du sérum sanguin, humain ou animal, ou des extraits de tissus frais (rate, rein), la coagulation se fait normalement.

Pour Nolf, il y aurait altération qualitative ou quantitative du thrombozyme, ferment cellulaire d'origine endothéliale.

Quoi qu'il en soit, il en résulte un retard de la coagulation, l'absence d'un caillot solide, et la prolongation, par suite, de l'hémorragie.

Traitement. — 1° **Sérum sanguin** humain ou animal, en injections sous-cutanées, ou intraveineuses dans les cas graves, ou si possible localement. Cette injection arrête l'hémorragie et prévient les accidents d'hémophilie.

Il faut répéter les injections tous les mois ou tous les deux mois pendant des années. On obtient ainsi une guérison clinique, sinon anatomique (Weil).

2° **Injections de peptone** : 5 centimètres cubes d'une solution à 5 p. 100 par voie sous-cutanée.

3° On pourra essayer le **citrate de soude** à hautes doses dont on a signalé l'action coagulante.

4° La **transfusion sanguine** trouve ses indications dans les cas graves

5° L'action de la gélatine et du chlorure de calcium est plus douteuse.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 22, p. 367.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques dermatologiques professées dans les hôpitaux de Paris (La Rochefoucauld, Broca, Pascal, Saint-Louis) et à la Faculté de médecine de Strasbourg, par le docteur L. BROCQ. Un volume in-8 de 740 pages avec 54 figures. — Prix : 60 fr. — Paris, Masson et Cie.

Précis de parasitologie humaine (parasites animaux et végétaux, les bactéries exceptées), par P. VERDUN, professeur de zoologie médicale et pharmaceutique à la Faculté de médecine de Lille, et A.-H. MANDOUL, professeur de parasitologie et de zoologie à la Faculté de médecine de Bordeaux. Collection Testut. Troisième édition. Un volume de 950 pages avec 434 figures dans le texte et 4 planches en couleurs hors texte, cartonné toile. — Prix : 46 fr. 50. — Paris, G. Doin.

Tuberculose chirurgicale, par Auguste BROCA, professeur à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades. Un volume grand in-8 de 394 pages avec 392 figures. — Prix : 45 fr. — Paris 1925, J.-B. Baillière et fils.

La Biopsie clinique en oto-rhino-laryngologie, par le docteur André AUBIN, ancien interne des hôpitaux de Paris, assistant du service d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital Saint-Louis. Préface du docteur F. LEMAITRE, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis. Un volume in-8 raisin de 334 pages et 39 figures. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

La Santé au foyer, par M. le professeur Marcel LABBÉ. Un volume de 658 pages avec figures. — Paris, Doin.

La Sifilide ignorata e strana, par le professeur Carlo MARTELLI. Deuxième édition. Un fort volume in-8 avec figures et planches en couleurs. — Prix : 50 lires. — Napoli 1923, Casa editrice libraria V. Idelson.

La Bacteria de la Tuberculosis, por Joaquin RAVETLLAT y R. PLA Y ARMENGOL. (La bactérie de la tuberculose, résumé en français à la fin.) Une brochure grand in-8. — Barcelone 1924, Tipografia catalana.

Rééducation et massage dans les troubles moteurs des affections nerveuses, avec une préface du professeur COLLET. Une brochure de 59 pages et 9 figures. — Editions de « Aux écoutes », 9, rue Volney, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


TRICALCINE

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Louis Ramond, Fiessinger, Barbier, Mouchet, Comte, Guillain, Sainton, Lesage, Rathery, Gandy, Milian.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — Liste des candidats :

MM. Tourneix, Gatellier, Bloch (René), Charrier, Lorin, Moulonguet, Monod, de Gaudart d'Allaines, Wilmoth, Bloch (Jacques), Oberlin, Fey, Maurer, Sénèque, Richard, Boppe, Michon, Braine, Petit-Dutaillis, Pascalis, Girode, Quénu.

Epreuve écrite. — Séance du 23 mars. — Question donnée : « Artères sous-clavières sans les branches. — Symptômes, diagnostic et traitement de l'anévrisme poplité artériel. »

Séance du 25 mars. — MM. Gatellier, 26; Bloch (R.), 25; Charrier, 24; Lorin, 28.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Marseille. — Un concours s'ouvrira, le mardi 30 juin 1925, devant la Faculté de médecine de l'Université de Montpellier, pour l'emploi de suppléant de la chaire de clinique chirurgicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

— Poitiers. — Un concours, pour l'emploi de chef de travaux pratiques d'anatomie et d'histologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, s'ouvrira au siège de ladite Ecole le lundi 28 septembre 1925.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

SERVICES D'HYGIÈNE DE STRASBOURG. — Un décret en date du 21 mars prévoit les indemnités suivantes :

Une indemnité de 1.200 francs par an est allouée au professeur de la Faculté de médecine chargé, en dehors de ses fonctions, de la direction de l'école des sages-femmes à Strasbourg.

Une indemnité annuelle de 3.000 francs est allouée au professeur et au chargé de cours à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg qui remplissent respectivement les fonctions de directeur et de sous-directeur du laboratoire régional de bactériologie de Strasbourg.

Une indemnité annuelle de 2.600 francs est allouée à l'agent de l'Université chargé des fonctions de dessinateur au laboratoire de bactériologie. (*J. O.*, 25 mars 1925.)

GUERRE. — Service de santé. (Armée active.) — Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Mathieu, Viguier, Vigérie, Eybert, Lahaussois, Boucarut.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Alix, Guericolas, Stitelet, Romieu, Léothaud, Cristiani, Reverchon.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Jeandin, Mangenot, Heuraux, Marnata, Chabardès, Pons, Roussel, Martin, Fonvieille, Feuillié, Ufferte, Dreneau, Moy, Thellier, Langlois, Bahier, Delacroix, Dez, Debombourg, Laforge.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Le Berre, Rocca, Bousseau, Barthas, Piquemal, Marvier, Pastore, Thibault, Roche, Donneaud, Noblat, Rouget, Dapot, Carlioz, Rousse, Welfele, Allègre, Souchay, Villon, Ginestet, Staub, Laplagne, Rouyer, Keller, Boulay.

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES EXTERNES ET ANCIENS EXTERNES DES HÔPITAUX DE PARIS aura lieu samedi soir 28 mars 1925 à 8 h. 45, dans le grand amphithéâtre de l'Ecole pratique, rue de l'Ecole de médecine.

Ordre du jour : Renouvellement du bureau ; comptes rendus annuels financiers, etc.

Les externes et anciens externes des hôpitaux sont instamment priés d'y assister.

LA SUPPRESSION DE LA CONSTATATION DES NAISSANCES. — Dans une intervention récente du Conseil municipal de Paris, M. Emile Massard signalait les inconvénients de la législation nouvelle qui supprime la constatation des naissances par les médecins de l'état civil. Il demandait en même

temps au préfet de la Seine s'il ne lui serait pas possible de suspendre l'application de son arrêté, conséquence de cette suppression, jusqu'à discussion devant le Conseil municipal, pour le maintien du crédit de 200.000 francs affecté aux opérations des médecins de l'état civil.

Voici la réponse du préfet de la Seine :

En présence des modifications apportées aux articles 55 et 56 du Code civil par les lois du 20 novembre 1919 et du 17 février 1924, M. le garde des sceaux a reconnu :

1° Que les officiers de l'état civil étaient tenus de rédiger les actes de naissance sur la simple réquisition du déclarant;

2° Que les familles étaient en droit de s'opposer à la vérification des naissances à domicile par les médecins de l'état civil ou par toute autre personne.

Ainsi, les lois précitées ont eu pour effet de substituer la responsabilité du déclarant à celle de l'officier de l'état civil, dont le rôle est terminé lorsqu'il a déféré à la demande du déclarant. Le contrôle ultérieur que constituait la visite du médecin n'est donc plus nécessaire.

Ce contrôle serait d'ailleurs, en principe, inefficace ou impraticable, puisqu'il ne pourrait s'exercer que chez ceux qui n'auraient aucune raison de s'y opposer.

Il était, dès lors, inadmissible de continuer à engager une dépense annuelle de 200.000 francs environ pour une opération dont la nécessité n'apparaît plus comme inéluctable.

Le préfet de la Seine ajoute que néanmoins, en conformité des instructions du garde des sceaux, un crédit global de 30.000 francs reste à la disposition des maires de Paris « pour faire opérer des vérifications dans le cas où des circonstances exceptionnelles leur paraîtraient les rendre utilement possibles ».

LE MOUVEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE EN 1924. — Encore une année de faible natalité! Il y a eu en France en 1924 : 752.101 naissances d'enfants vivants, 31.692 mort-nés, 679.885 décès (dont 64.287 enfants de moins d'un an).

L'excédent des naissances sur les décès est seulement de 72.216 naissances. Les années précédentes avaient fourni :

1923	94.871 naissances
1922	70.679 —
1921	117.023 —
1920	159.790 —

L'excédent constaté en 1924 est donc le plus faible de la période 1920-1924, sauf celui de 1922.

La moyenne de 1901 à 1913 était de 58.000 pour le territoire ne comprenant pas nos départements recouvrés.

La diminution de l'excédent des naissances, constatée en 1924 par rapport à 1923, est due à peu près également à la diminution du nombre des naissances et à l'augmentation du nombre des décès qui a été important pendant les trois premiers mois de 1924.

Les départements qui ont fourni les excédents de naissance les plus importants en 1924 sont :

Pas-de-Calais	14.323
Nord	13.999
Moselle	6.770
Finistère	5.568
Aisne	4.317
Bas-Rhin	4.073
Morbihan	4.033
Seine-Inférieure	3.809
Seine	3.773
Meurthe-et-Moselle	3.374

On note d'importants excédents de décès sur les naissances dans les départements suivants :

Seine-et-Oise	1.526
Haute-Garonne	1.439
Lot-et-Garonne	1.409
Gironde	1.368
Allier	1.223
Yonne	1.199
Lot	1.030
Gers	1.030

Comme d'habitude, c'est le Nord de la France, la Bretagne, la Lorraine et l'Alsace, où les familles nombreuses restent en honneur, qui fournissent le plus grand nombre de naissances.

Il est frappant de voir que si les naissances diminuent dans certains départements pauvres du Sud-Est, en raison de l'exode des populations qui abandonnent la terre, cette diminution est la règle dans les départements riches du Sud-Ouest où les familles nombreuses sont malheureusement l'exception.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pédebidou, sénateur des Hautes-Pyrénées, victime de l'accident du chemin de fer de Poitiers. Notre confrère était fondateur du Syndicat général des stations minérales et climatériques de France, membre du Conseil d'administration de la *Maison du médecin*, du Conseil supérieur de l'Assistance publique et de la Commission permanente de la tuberculose.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 30 MARS AU 4 AVRIL 1925)

THÈSES

Lundi 30 mars. — Jury : MM. Sébileau, président; Legueu, Couvelaire et Ecalle. — M. BRANDON (R.). Traitement de la colique néphrétique. — M. ALOESIN. Polypes fibreux de l'utérus et gestation. — M. BASCOU. Etude de la septicémie d'origine bucco-dentaire. — M. WINTER. Les laryngectomies économiques du larynx.

Mardi 31 mars. — Jury : MM. Brindeau, président; Carnot, Claude et Vaudescal. — M. COIGNET (L.). Considérations sur l'immunité des vaccins locaux. — M. GAROPHALIDÈS. Etude des consultations des nourrissons. — M. MAZET. Tuberculose et grossesse. — M. LETOURNEUR. Les petites hypertensions d'alarme au cours de la grossesse. — M. PETITHOCQ (A.). Etude des psychoses pénitentiaires.

Jeudi 2 avril. — Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Sicard et Debré. — M. BROCA. L'asthme de l'enfant. — M. LE QUELLEC. Traitement des laryngites spasmodiques par le chloral. — M. GENDARME DE BÉVOTTE. Les vomissements à répétition de l'enfance avec acidose. — Mme AMER. Sur la recherche de l'urobiline dans le sang. — M. AMER (A.). La recherche de la glyconurie par la méthode de Tollens.

Jury : MM. Vaquez, président; Achard, Gilbert et Aubertin. — M. BAZIN (L.). Des syndromes consécutifs à la dysphagie d'origine dentaire. — M. ROBIN. La syringomyélie sans dissociation de la sensibilité. — M. BOURDILLON. De la craniectomie de compression dans les syndromes d'hypertension intracranienne. — Mlle PERRAIN. Etude de l'emploi de la digitaline chez l'enfant. — Mlle DECOR. Grossesse et cardiopathie.

Jury : MM. Teissier, président; Chauffard, Lejars et Terrien. — M. REYNAUD (M.). Etude thérapeutique de la goutte. — M. PIÉDALLU. Etude des interprétations des phénomènes cardiaux engendrés par l'effort. — M. THIRION. Les injections sous-conjonctivales de cyanure de mercure (traitement du trachome). — M. DELANOË. Etude des luxations sous-astragaliennes en dehors. — M. GODARD (M.). Du kératocône et son traitement.

Samedi 4 avril. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Bezançon, Nobécourt, Moussu, Dechambre, Vallée, Nicolas et Henry. — M. GUÉRIN. Recherches sur la teneur en microbes des saucissons crus au cours de leur fabrication. — M. PÉRARD. Recherches des coccidies et les coccidioses. — M. POMELLE. La maladie dite de la croissance des poulains.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS SOLIDES DE L'APPENDICE

Par M. Louis LÉORAT,
Ex Interne des hôpitaux de Lyon.

(*Travail du Laboratoire du Professeur* Silhol [de Marseille])

Historique. — Bien qu'elles aient été signalées depuis longtemps, les tumeurs de l'appendice et particulièrement le cancer sont restées ignorées jusqu'à ces dernières années. Leur existence a même été discutée par des chirurgiens qui n'en avaient jamais remarqué alors que d'autres avaient eu l'attention attirée sur ces tumeurs et avaient fait pratiquer systématiquement l'examen histologique des appendices enlevés. Ces derniers ont pu déclarer que le cancer de cet organe est assez fréquent.

L'historique de cette question ne peut que se borner à l'énumération des observations et des travaux d'ensemble publiés. Prus (1838), 2 cas; Rokitansky (1866), 3 cas; Kolaczect (1873); Bierhoff (1880). Ces faits exceptionnels manquent de vérification histologique et ce n'est qu'à partir de 1892 que les premières observations histologiques sont publiées par Thiersch. La thèse de Lafforgue (Lyon 1893) est le premier travail d'ensemble. Puis Mossé et Daunic (1897); Cornil (1897); Letulle et Weinberg (1897); Wright (1898). La thèse de Giscard (Toulouse, 1900) rassemble d'autres documents. A partir de 1900 cette question est étudiée dans divers pays et les observations d'Amérique sont particulièrement nombreuses: Hurdon (1900), Kelly (1900), 7 cas; Pauchet (1900), 1 cas; Whipmann (1901), Moschkovitz (1903), 3 cas); Elting (1903), 2 cas. Lejars publie plusieurs observations dans la thèse de Claude (Paris 1903), Mandelbaum (1905), 5 cas; Baldœuf (1905), 3 cas; Zaayer (1906), 1 cas; Kelly (1908), 4 cas; Mac Williams (1908), 26 cas; Harte (1908), 1 cas; Hubschmann (1909), 3 cas; Kurak (1909), 1 cas; Vengebauer (1910), 1 cas; Mac Carty et Mac Grath (1901), 22 cas; Roger (1911), 1 cas; Albertin, 3 cas; Bérard et Vignard, (1912); Nicolaysen (1920), 5 cas; Dubs (1919), 1 cas; Vilkir (1921), 3 cas; Suzuki (1924), 1 cas; etc.

Patel (1907) publie un cancer de l'appendice hernié (Ph. Escoffier 1907), Bobbio (1919), 1 cas; Landeau a réuni 57 cas (1906); Harte 101 observations (1907); Mouchet 91, Kemhadjian 50.

L'étude histologique a été soigneusement faite en France par Letulle, dans de nombreuses publications. Les thèses de Le Priol (1907), de Kemhadjian (1911), rassemblent les documents.

Les travaux de Menetrier, Récamier, Richelot, Lecène méritent d'être rappelés.

Parmi les auteurs étrangers citons : Rolleston, Kelly, Jones Deaver, Harte, Mac Williams, Rokitansky, Hubschmann, Mouchet dont les études contiennent des documents histologiques.

La thèse de Kemhadjian qui résume les divers travaux montre l'existence indiscutable des épithéliomas à cellules cylindriques mais à côté de ces néoplasmes on y trouve décrit des formations histologiques très diverses dans lesquelles on trouve une certaine confusion et plutôt des données hypothétiques. En effet, une certaine confusion régnait pendant longtemps dans les descriptions histologiques de ces tumeurs et les connaissances précises sont assez récentes.

Lubarsch décrivit le premier de petites tumeurs propres à l'intestin grêle et à l'appendice sous le noms de *petits carcinomes du tractus digestif*, dont les caractères sont très spéciaux. Obendorfer les appela : carcinoïde et montra dans leurs cellules des granulations chromaffines et des lipoïdes. Saltykow leur trouva des caractères endocriniens et après lui, Schober, Mathias, Hurschmann, Aschoff émirent diverses hypothèses quant à leur nature.

MM. Gosset et Masson observèrent en 1914 ces tumeurs très spéciales et les travaux de M. Masson sur les appendices oblitérés et les néoplasmes de l'appendice lui ont permis de constater que ces tumeurs à structure endocrinienne dérivent des cellules de Kultchizky normales.

Ainsi la classification histologique des tumeurs de l'appendice s'éclaire singulièrement.

En dehors des néoplasmes, on peut observer sur l'appendice d'autres néoformations qui, bien que rares, méritent d'être signalées.

C'est pourquoi nous étudierons successivement les tumeurs bénignes et malignes de cet organe.

I. **Tumeurs bénignes.** — *a.* **Lipomes.** — Quoique rares ils ont été signalés par divers auteurs et il s'agissait de trouvailles d'autopsies ou d'opérations. Dans une observation de Letulle la région de la valvule de Gerlach est occupée par une tumeur gris rosé bosselée de la grosseur d'une petite noix faisant saillie au-dessous de la lèvre inférieure de la valvule de Bauhin. Cette valvule est elle-même déformée par deux lipomes de la grosseur d'une noisette.

Une observation est due à Nové Josserand qui rapporte un cas de lipome d'un appendice hernié (1891).

Kemhadjian signale des observations où le lipome a été noté coexistant avec un cancer de l'appendice.

b. **Adénomes.** — *L'adénome* a été signalé et Kemhadjian en rapporte trois observations. Dans un cas l'adénome développé au niveau de la valvule de Gerlach avait donné lieu à plusieurs crises d'appendicite (Picot 1905).

Dans d'autres cas (Cornil, Letulle et Weinberg (1897), l'adénome de l'extrémité libre de l'appendice coexiste avec un épithélioma siégeant en un autre point de l'organe. « Il s'agit dans ces cas d'énormes glandes en tube plus ou moins ramifiées semées au milieu d'une gangue connective très discrète. »

L'examen histologique des appendices ayant donné naissance à des pseudo-myxomes du péritoine par rupture de leur dilatation kystique montre une hyperplasie du revêtement muqueux et glandulaire. Cette lésion donne au champ microscopique l'aspect d'un véritable adénome avec végétations polypiformes. Les cellules caliciformes sont augmentées de volume. La sous-muqueuse est transformée par l'envahissement de cellules géantes plasmodiales polymorphes et multinucléées. La musculeuse souvent atrophié, fibreuse ou calcaire.

c. **Fibromyomes.** — A propos d'une observation de fibromyome de l'appendice recueillie dans le service de M. le professeur Silhol, nous avons montré que ces fibromyomes de l'appendice sont très rares. On peut même se demander si leur existence est bien réelle, car on ne les trouve pas signalés dans les Traités de chirurgie, ni dans les

Revues générales qui ont trait à la pathologie de l'appendice.

Sans vouloir prétendre à une bibliographie complète j'ai pu recueillir un certain nombre d'observations que l'on ne peut cependant interpréter comme des fibromyomes certains.

Thiersch (1892) signale un appendice long de 6 centimètres épais comme le doigt; l'extrémité est augmentée de volume.

Mosse et Daumic (1897) mentionnent un appendice du volume d'une datte dont l'extrémité libre est dilatée en massue.

Giscard (1900) rapporte une observation identique.

Ces trois observations ne sont pas concluantes puisqu'elles ne sont pas suivies d'examen anatomo-pathologique.

Par contre, un travail important de Mouchet sur le cancer de l'appendice, présenté à la Société royale de chirurgie de Belgique par de Baisieux en 1909, rapporte un fibromyome et un myome de l'appendice sur 90 cas de tumeurs de l'appendice qu'il a pu colliger. Kemhadjian en signale quelques cas dans sa thèse, Masson en a observé et notamment un fibromyome développé aux dépens de la muscularis mucosæ et dont la masse centrale était mêlée de fibres sympathiques.

Enfin, Heurtaux (1899) signale également un cas de fibromyome de l'appendice sur 32 tumeurs bénignes de l'intestin grêle.

Tels sont les documents relativement peu nombreux que nous avons pu recueillir. Ils laissent à penser que cette affection est très rare. En réalité, elle est peut-être moins rare qu'on ne le croit et l'examen systématique par coupes sériées des appendices enlevés chirurgicalement ou à l'autopsie permettrait peut-être d'en trouver plus fréquemment. C'est l'opinion de Ewing (1919).

Au point de vue clinique, rien ne permet de soupçonner ces formations pathologiques et ce n'est que le hasard de l'opération qui permet de les découvrir. Elles se présentent en général comme de petites tumeurs globuleuses et dures siégeant le plus souvent à l'extrémité libre de l'appendice, de la grosseur d'une cerise ou d'une noix, déformant cet organe en massue, en battant de cloche, formant une boule régulière.

Ces petites tumeurs peuvent être douloureuses et déterminer des troubles réflexes dont nous aurons à envisager la pathogénie.

L'histologie correspond à celle que nous avons donnée dans l'observation ci-dessus : c'est une hypertrophie de la couche musculeuse dont les fibres sont disposées en tourbillons et en volutes et dont l'épaisseur s'est multipliée considérablement. Les fibres musculaires elles-mêmes sont plus volumineuses. Dans l'intérieur de ce muscle, on trouve des vaisseaux dilatés à paroi épaissie et aussi des lacunes hémorragiques. Mais ce qui est particulièrement digne d'être signalé, c'est l'oblitération du canal appendiculaire par du tissu conjonctif fibreux qui forme au centre de la petite tumeur un cercle arrondi et donnant l'apparence d'une fémorale athéromateuse. Il s'agit donc d'un fibromyome ou plus exactement d'un myome surajouté à une appendicite oblitérante.

A ce sujet, il convient de rappeler les travaux que M. Masson a entrepris depuis de longues années et dont il a donné les premiers résultats dans le *Lyon Chirurgical* (1921) et à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1922).

Cet auteur a étudié l'anatomie pathologique des appendices oblitérés et plus particulièrement le système neurosympathique de cet organe à l'aide d'une technique spéciale et par des coupes sériées.

Il a pu constater des névromes de ce tissu nerveux, névromes diffus ou localisés, de volume variable mais souvent visibles à l'œil nu et semblables en somme aux névromes des moignons. Ces névromes coexistent toujours avec les appendicites oblitérantes et expliquent les phénomènes douloureux que l'on observe dans ces cas. « Tous ces nerfs, dit-il, sont mêlés de fibres musculaires lisses qui siègent non seulement dans les interstices conjonctifs mais sont incluses en pleins filets nerveux ».

Au point de vue de l'état des couches musculeuses, M. Masson est sobre de détails; « elles sont parfois un peu épaissies », dit-il, mais il ne semble pas qu'il ait observé une hypertrophie véritable, un état myomateux de l'appendice.

Néanmoins, ces résultats doivent être logiquement mis en parallèle avec l'observation que nous avons rapportée, car on peut penser qu'il existe une relation entre l'appendicite oblitérante et l'hyperplasie myomateuse de notre observation, tout comme M. Masson établit une relation entre la formation des névromes et l'appendicite oblitérante.

Nous avons observé récemment un autre cas de tumeur de l'extrémité libre de l'appendice absolument comparable macroscopiquement au précédent. L'examen histologique sur coupes sériées nous a démontré qu'il s'agit d'un néoplasme de l'appendice. Néanmoins l'on est frappé, dans ce cas aussi, par l'hypertrophie considérable des couches musculeuses qui sont certainement trente fois plus épaissses que celles que l'on voit sur la portion normale de l'appendice. Il s'agit là d'une hypertrophie musculaire secondaire au néoplasme.

Enfin, on a décrit des appendices géants dus soit à des dilatations kystiques, soit à une hypertrophie en masse des parois appendiculaires dans la tuberculose hypertrophique. Mais, dans la dilatation kystique ou hydro-appendicitose, les couches musculaires ont disparu et sont remplacées par du tissu fibreux. Dans la tuberculose hypertrophique, les couches musculaires sont peu modifiées en épaisseur. On signale cependant quelques cas dans lesquels la musculeuse est hyperplasiée. Ce sont les cas de tuberculose fruste qui produit selon Tripier une hyperplasie des fibres musculaires lisses au niveau des divers organes (emphysème, etc.) et que Poncet a appelés tuberculose inflammatoire.

Toutes ces considérations ont eu pour but de montrer que l'hypertrophie de l'appendice s'observe dans de multiples affections : inflammations chroniques et tumeurs. Très rarement il s'agit de *myome pur*, bien que le fait soit possible et signalé.

De même qu'il existe des fibromyomes de l'intestin grêle et du gros intestin formés aux dépens de la couche musculeuse, il peut en exister au niveau de l'appendice.

Mais, le plus souvent, il s'agit d'un myome consécutif à une appendicite oblitérante, d'un *fibromyome* coexistant par conséquent avec le névrome décrit par M. Masson. Il peut exister aussi des fibromes calcifiés (M. Masson). Enfin l'épithélioma et les adénomes de l'appendice s'accompagnent généralement d'hypertrophie de la musculeuse. L'explication doit être toute physiologique. Un muscle creux comme l'appendice qui se contracte, se remplit et se vide doit s'hypertrophier lorsque son travail augmente.

C'est ce qui arrive lorsque sa cavité est dilatée par un néoplasme. Il est en ce point comparable à un utérus gravide.

Bien que la localisation de ces myomes reste jusqu'à présent à l'extrémité libre de l'appendice, il n'est pas impossible d'en constater en n'importe quel point et notamment au niveau de l'insertion cæcale établissant ainsi un terme de passage avec les fibromyomes du cæcum dont on a signalé des cas et qui peuvent devenir très volumineux.

Au point de vue du diagnostic, il n'y a pas de différence macroscopique fondamentale entre les diverses tumeurs de l'appendice. Le cancer de l'appendice présente un aspect identique. On se souviendra que l'on peut trouver toutes les formes possibles de tumeurs de l'appendice ; lipomes, sarcomes, adénomes, épithéliomas, sans parler des pseudo-tumeurs inflammatoires (tuberculose, actinomycose, granulome lipophagique, etc.).

Seul, un examen histologique précis pratiqué avec des coupes sériées peut nous permettre de préciser et de mieux classer ces diverses tumeurs de l'appendice dont l'étude reste, malgré tout, à une période embryonnaire.

Endométriomes de l'appendice. — Suzuki (de Tokio) (1924) a décrit une petite tuméfaction de l'extrémité libre de l'appendice de 1 centimètre 4 de diamètre. L'examen histologique a montré un myome dans lequel étaient disséminés des éléments glandulaires semblables aux glandes utérines. C'était la reproduction des adénomyomes de l'utérus. Cette tumeur signalée par d'autres auteurs américains et allemands est la conséquence d'une prolifération endométrioïde du péritoine.

Les endométriomes extragénitaux s'observent sur le gros intestin, l'iléon, l'appendice. Tantôt les glandes prolifèrent seules (adénomes), tantôt elles suscitent la prolifération musculaire et déterminent des adénomyomes.

Cliniquement ils déterminent des sténoses intestinales, des oblitérations de l'appendice et l'appendicite.

II. **Tumeurs malignes.** — Ces tumeurs se ressemblent par leur caractère de malignité mais peuvent différer quant à la structure histologique et c'est à propos de l'histologie que nous étudierons différents groupes.

Elles peuvent être primitives ou secondaires mais ce sont surtout les tumeurs primitives que nous aurons à envisager. Quant aux tumeurs secondaires ou coexistantes elles prêteront à des discussions à propos de la généralisation.

Sarcomes. — Stewart (1908) à propos d'un cas de fibro-sarcome de l'appendice recherche les cas analogues et n'en trouve que 9 dans la littérature. En 1911, Jones, à propos d'une autre observation trouve 8 autres cas authentiques dûment contrôlés au microscope.

Ce groupe de tumeurs de l'appendice est encore confus et prête à discussion.

Ce que l'on peut affirmer, c'est leur rareté. Wolh, dans un article des *Annals of Surgery* (1916), en signale 5 cas, dont 5 catalogués : tumeurs malignes de nature inflammatoire. Jones en signale 8 cas, Powers 2 cas (1911).

D'autres cas ont été publiés par Glazebrook, Harte, Steward (1908), Varen, Paterson, Bernays, Bérard et Vignard (1912), Mouchet (2 cas). Il faut signaler la possibilité de l'existence d'appendices géants sarcomateux. Le peu de documents à ce sujet mérite que l'on s'arrête aux quelques cas rapportés par les auteurs.

L'observation de Wohl est celle d'un adulte en bonne santé, souffrant par intermittences de la fosse iliaque droite, et chez lequel une crise plus violente conduit à l'appendicectomie. L'examen histologique révèle un sarcome. Or, au bout de quelques mois une récidive tumorale dans cette région du cæcum montre une récidive de sarcome. L'appendice gros comme un doigt, noduleux, oblitéré, présente sur les coupes des cellules rondes irrégulières en dimensions et pénétrant dans la couche musculaire. Les nodosités dures sont signalées dans la majorité des cas de sarcomes.

Rohdenburg (1921) a décrit un fibrosarcome de l'appendice.

D'autres auteurs ont décrit des lymphomes (Bérard et Vignard), des endothéliomes, Mouchet, (3 cas) ; Kelly (1908). Glazebrook, Sargent), des lymphangio-endothéliomes (Hentre, Ernst, Nager), des cancers à cellules sphéroïdales (Joug, Landau).

Il reste un état de confusion dans ce groupe de tumeurs très rares.

Il est probable néanmoins qu'il s'agit là d'un groupe uniforme ou de deux groupes distincts : les sarcomes proprement dits, nés au dépens de la cellule conjonctive, et les lymphosarcomes produits de l'hyperplasie néoformative des follicules clos tels qu'on peut les observer en d'autres points de l'intestin.

L'épithélioma. — De toutes les tumeurs solides de l'appendice c'est la plus intéressante par sa fréquence, ses caractères très spéciaux ; nous ferons son étude en détail.

Étiologie. — La rareté de ce cancer n'est que relative à cause du peu de recherches dont il a été l'objet pendant longtemps et à cause des nombreux cas qui ont dû passer inaperçus aussi bien à l'opération qu'à l'autopsie. Une statistique réunissant tous les cas observés ne présenterait qu'un intérêt secondaire. Ce qui est plus intéressant c'est de connaître le nombre et les caractères des cancers de l'appendice qui ont pu être observés par des chercheurs faisant systématiquement l'examen histologique des appendices. Si Routier a pu dire (1907) qu'il n'a jamais rencontré de cancer de l'appendice parmi les nombreuses appendicites qu'il a opérées, il est obligé de reconnaître qu'il a eu le tort de ne pas faire examiner systématiquement ses pièces.

Il faut que l'attention soit attirée sur une lésion pour qu'on ne la laisse pas échapper. Pour certains auteurs (Lecène, Hartmann, Letulle, etc.), il est moins rare qu'on ne le croit.

Il aurait été trouvé plus fréquent chez la femme que chez l'homme, mais il faut remarquer que les laparotomies sont beaucoup plus fréquentes chez la femme et beaucoup d'observations de cancer de l'appendice sont dues à des gynécologues qui, opérant pour des lésions génitales constatent accessoirement une tumeur de l'appendice (Albertin). Le cancer de l'appendice s'observe assez souvent chez les jeunes, voire même chez les enfants. Maydl et Nothnagel trouvent un cancer de l'appendice sur 20.000 autopsies.

D'après Leichstentern on constate 3 cas sur 60.000 autopsies.

Par rapport aux autres cancers du tube digestif Cullingworth et Corner, Maydl, Nothnagel, Leichstenstern trouvent un cancer sur 200.

Depuis 1900, les divers auteurs qui ont traité de cette question trouvent en moyenne un cancer pour 100 appendices enlevés. La proportion par rapport aux cancers intestinaux serait de 5 p. 100.

Le graphique indiquant la fréquence du cancer de l'appendice selon l'âge est particulièrement intéressant. Il montre le maximum de fréquence à trente ans, à l'âge où l'appendicite est la plus fréquente.

Si, on compare cette courbe à celle donnée pour la fréquence du cancer du cæcum (Zaayer-Desmarest) où le maximum de nombre est à quarante-cinquante ans, on peut penser qu'un certain nombre de cancers du cæcum résultent du développement d'un cancer de l'appendice.

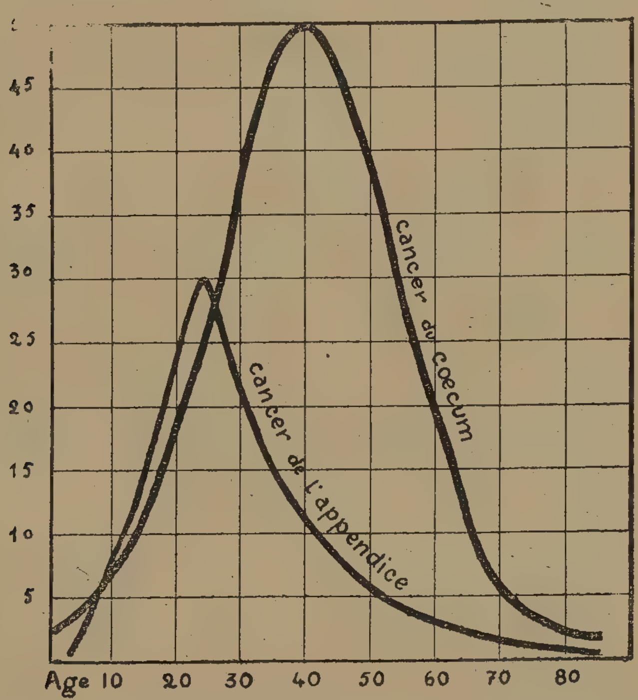


Fig. 1. — *Graphique indiquant le nombre de cancers de l'appendice selon l'âge* (Mouchet). — *Comparaison avec le cancer du cæcum. Fréquence selon l'âge* (d'après Desmarest).

Cependant, au point de vue de l'âge, il y a lieu de distinguer deux types histologiques de cancer : le cancer à cellules cylindriques, dont le maximum de fréquence est à cinquante ans, et le cancer à cellules sphériques (carcinoïde), qui survient chez les jeunes et qui est bénin.

Au point de vue étiologique il faut faire jouer un rôle aux inflammations aiguës, subaiguës ou chroniques de l'appendice. L'appendicite précède-t-elle ou est-elle provoquée par le cancer ?

La question est difficile à trancher de façon catégorique et il est impossible de conclure de façon certaine. Mais l'influence de l'appendicite est prouvée par le parallélisme des courbes de fréquence des deux maladies selon l'âge. On trouve dans les antécédents des cancéreux appendiculaires des crises douloureuses plus ou moins anciennes. Enfin, au microscope, on a pu saisir les débuts de cancérisation des appendices chroniquement enflammés, et l'on peut conclure : « Le cancer suit une première atteinte d'appendicite, mais une fois constitué, il favorise de nouvelles infections. »

Pathogénie. — Si nous ne pouvons invoquer que des coïncidences comme pour tous les autres cancers, nous pouvons néanmoins au point de vue de la pathogénie faire quelques remarques intéressantes.

Letulle trouve 4 cancers de l'appendice sur 500 autopsies de tuberculeux alors que sur 2.000 autres autopsies, il n'en trouve qu'un cas.

Quant aux relations entre le cancer de l'appendice et l'appendicite, elles sont d'une interprétation délicate. Ce qu'on ne peut nier, c'est la coexistence constante du cancer et de lésions appendiculaires inflammatoires aiguës ou chroniques. Mais l'inflammation précède-t-elle le néoplasme ou en est elle une complication? Les deux hypothèses sont vraisemblables mais certains faits cliniques ainsi que des constatations histologiques minutieuses permettent de préciser certains points.

Tout d'abord, on a pu constater la coexistence fréquente des petits cancers de la pointe (carcinoïdes), avec des lésions d'appendicite oblitérante et saisir sur le fait, dans certains cas, la cancérisation des appendices oblitérés qui sont des appendices à passé pathologique. Indépendamment des relations cellulaires entre les névromes des appendices oblitérés et des carcinoïdes, que Masson a pu mettre en évidence grâce à une technique histologique minutieuse, on est obligé de constater cette succession des processus : inflammation, cancérisation.

De même, on a pu constater la transformation épithéliomateuse de kystes de l'appendice en passant par la phase de végétation adénomateuse intrakystique. C'est là une constatation qui a été faite non seulement au niveau des kystes appendiculaires, mais aussi de toutes les productions kystiformes dont les plus fréquentes sont peut être bien au niveau des organes génitaux de la femme (glande mammaire, ovaire).

Un cas de Mac Carty et Mac Grath montre que le néoplasme s'est développé dans le tissu cicatriciel d'un appendice oblitéré. Hartmann et Lecène pensent qu'il s'agit dans certains cas d'un épithiliome de cicatrice.

Une constatation macroscopique vaut la peine d'être signalée : c'est celle du cancer de la valvule de Gerlach qui est peut-être plus fréquent que le silence des auteurs pourrait le faire supposer. En effet, ni à propos de l'appendice, ni à propos du cæcum, on ne le trouve signalé. Cependant, en compulsant la littérature, nous avons pu en colliger un certain nombre de cas qui revêtent d'ailleurs une allure anatomo-clinique bien spéciale et qui ressemblent aux autres cancers orificiels dont on connaît la fréquence indiscutable (pylore, cardia, valvule de Bauhin, etc.), probablement parce que l'inflammation a plus de tendance à développer son action à ce niveau. (Il s'agit, dans ces cas, d'inflammation lente qui évolue sournoisement.)

Cliniquement, on trouve parfois des crises d'appendicite dans les antécédents plus ou moins éloignés d'un cancer de l'appendice. Le temps variable entre les deux manifestations pathologiques semble montrer le rôle de l'inflammation dans la genèse des productions cancéreuses. Mouchet, dans sa statistique portant sur 79 cas, trouve 63 fois des symptômes antérieures d'appendicite. Mais le temps écoulé est en général trop court pour qu'on puisse affirmer qu'il ne s'agissait certainement pas des premières manifestations du cancer : 5 fois, un an; 33 fois deux ans et plus, une fois vingt ans.

Si l'on est tenté d'admettre que le cancer suit une ou plusieurs atteintes d'appendicite, il faut reconnaître aussi, qu'une fois constitué, il favorise de nouvelles infections.

Anatomie pathologique. — L'anatomie pathologique du cancer de l'appendice se confond en général avec celle des autres productions inflammatoires de cet organe et ce qu'on a appelé : *appendice géant* englobe des lésions très variées depuis l'appendicite oblitérante jusqu'au cancer en passant par la tuberculose, l'actinomycose, etc.

Il n'y a donc souvent rien de caractéristique macroscopiquement à part une tuméfaction localisée ou généralisée de l'appendice et seul l'examen histologique doit trancher le diagnostic.

Forme. — Le cancer de l'appendice se présente sous deux formes : une forme *circonscrite* la plus fréquente et une forme *diffuse* très rare.

La forme diffuse peut s'étendre à tout l'organe, uniformément lui donnant un aspect d'artère fémorale athéromateuse (6,2 p. 100 Graham) ou se présenter sous forme de noyaux multiples donnant à l'appendice un aspect moniliforme. Dans un cas,



FIG 2. — *Épithélioma de l'appendice* (Lecène).

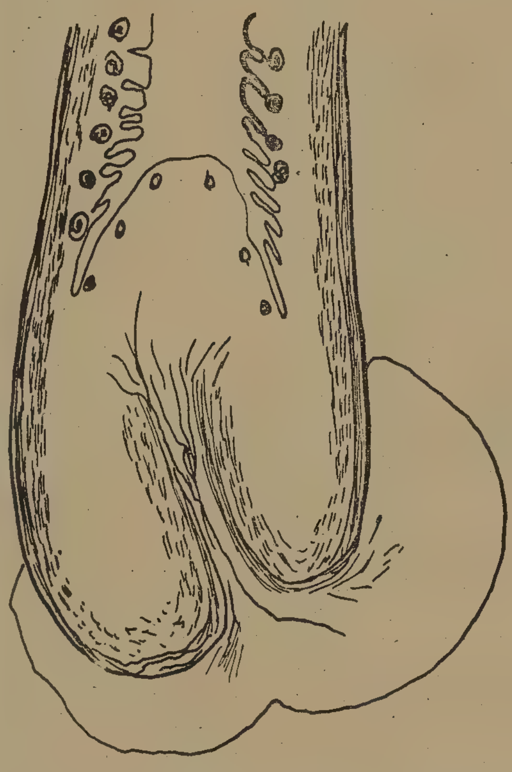


FIG. 3. — *Coupe d'un cancer de l'extrémité inférieure de l'appendice* (Gosset et Masson).

Lecène a constaté plusieurs noyaux cancéreux donnant à l'appendice l'aspect de formations diverticulaires.

La forme circonscrite à un seul noyau est la plus habituelle.

Siège-t-il à la pointe? Il déforme l'appendice en baguette de tambour, en battant de cloche, en massue.

Siège-t-il à la partie moyenne? L'appendice prend la forme d'un fuseau.

Siège-t-il à la base, au niveau de la valvule de Gerlach? Il déforme l'appendice en entonnoir, en éteignoir. Dans ce dernier cas les caractères anatomiques sont très spéciaux à cause de l'extension à la muqueuse du cæcum.

Dans un cas de Letulle on constate que la région de la valvule de Gerlach est occupée par une tumeur



FIG. 4. — *Noyau cancéreux de la pointe.*



FIG. 5. — *Noyaux cancéreux multiples* (Kemhadjian).



FIG. 6. — *Cancer de la partie moyenne de l'appendice déterminant un rétrécissement. Dilatation kystique de la pointe* (Kemhadjian).



FIG. 7. — *Déformation en battant de cloche.*



FIG. 8. — *Déformation en fuseau.*



FIG. 9. — *Cancer de la valvule de Gerlach (déformation en entonnoir)* [Kemhadjian].

grise, non bosselée, de la grosseur d'une petite noix, faisant saillie au-dessous de la lèvre inférieure de la valvule de Bauhin. Cette valve est elle-même

déformée par un lipome. Il est facile de démontrer à l'aide d'un stylet la perméabilité conservée de l'orifice de l'appendice cancéreux.

Dans un cas de Mouchet, la valvule de Gerlach a complètement disparu sous l'influence de l'évolution cancéreuse.



Fig. 10. — *Invagination de la tumeur de la base de l'appendice* (Cantas).

Enfin un cas particulièrement intéressant de Cantas montre, après ouverture du cæcum, une ulcération néoplasique de 4 centimètres de diamètre occupant le bas-fond du cæcum autour de la base de l'appendice.

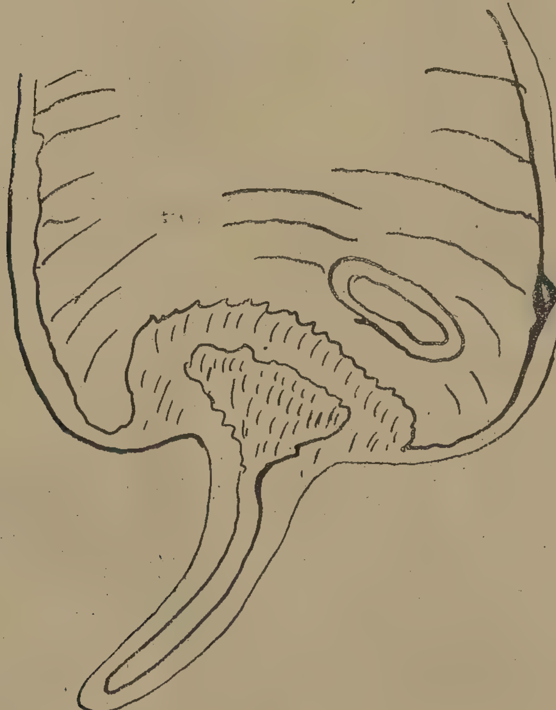


Fig. 11. — *Tumeur de la valvule de Gerlach vue sur une section* (Cantas).

Cette ulcération s'avance sur 3 centimètres dans la lumière appendiculaire qui, déformée par la végétation de la tumeur, n'existe plus. Le maximum d'épaisseur de la tumeur semble être au niveau de la valvule de Gerlach qui, totalement détruite ne se voit plus. L'ulcération a dans son ensemble la forme d'un infundibulum dont la base occupe le bas-fond cæcal et particulièrement la partie postérieure et le sommet est dans la lumière appendiculaire à 3 centimètres de son point d'implantation.

L'ulcération rouge, grisâtre, est blanc jaunâtre à la coupe et bordée par une paroi lardacée. De plus, la tumeur s'est invaginée dans le cæcum.

D'autres fois le cancer de la base appendiculaire est arrêté par la valvule.

Tel est le cas de Mossé et Daunic où la tumeur appendiculaire se termine en cône arrondi au niveau de la valvule de Gerlach et ne pénètre pas dans le cæcum.

Le volume du nodule cancéreux est variable depuis la grosseur d'un pois à celle d'un poing. Les petits cancers sont la règle, les gros l'exception. Des cas de tumeurs cancéreuses volumineuses ont été signalés. C'est ainsi que Bérard et Vignard rapportent une observation d'un énorme cancer de l'appendice long de 9 centimètres et large de 5, contenant du pus, avec une masse bourgeonnante du volume d'une tête fœtale prolongée dans l'arrière-cavité des épiploons. Les cas de Pauchet et de Récamier sont d'un aussi gros volume. Au degré ultime, on peut voir une masse carcinomateuse occupant la fosse iliaque droite et dans laquelle on ne reconnaît plus l'appendice. Les adhérences portant sur l'appendice peuvent l'unir à tous les organes qui l'entourent, non seulement à l'intestin mais encore au péritoine, épiploon, aponévrose du psoas.

On peut noter une perforation au niveau de la portion cancérisée par suite de l'infiltration des diverses tuniques par le tissu néoplasique. Les ganglions lymphatiques sont rarement envahis.

Sur une coupe, on peut observer l'oblitération ou la perméabilité de la cavité appendiculaire à contenu variable. Parfois il existe un liquide gélatiniforme. Parfois c'est du pus ou de la sérosité sanguinolente.

Les parois sont parfois épaissies considérablement au niveau de la partie envahie.

Extension du néoplasme. — Le cancer de l'appendice a acquis une réputation de bénignité particulière à tel point qu'on a discuté sa réalité histologique.

Cependant à mesure que les faits se multiplient on s'aperçoit qu'il faut en rabattre de cette bénignité. Sans doute ces petits néoplasmes appendiculaires associés à l'appendicite chronique ont une évolution ralentie et peuvent rester inclus de longues années. Zaayer (1907) émet l'hypothèse que cette lenteur d'extension est commune à d'autres cancers intestinaux que nous ne voyons qu'à la période où ils créent des désordres fonctionnels. Les observations aujourd'hui plus nombreuses démontrent que ces foyers cancéreux limités ou latents sont susceptibles de s'étendre un jour donné et de devenir le point de départ de gros cancers.

Extension par propagation locale. — Dans quelle proportion le cancer de l'appendice se propage-t-il au cæcum? Il est impossible de le dire. En vain, on cherche dans les observations de cancers du cæcum les formes appendiculo-cæcales, on n'en trouve pour ainsi dire pas.

Les observations publiées dans les thèses d'Artus, de Desmarest sont muettes sur cette forme. Cependant l'origine appendiculaire de cancers cæcaux n'est pas douteux. Nous avons insisté déjà sur le cancer de la valvule de Gerlach qui est un cancer appendiculo-cæcal.

Une observation bien démonstrative de propagation du cancer de l'appendice au cæcum est due à Wœkler. Il s'agissait d'un malade qui présenta, à répétition, des crises appendiculaires et l'on sentit une tumeur de la grosseur d'une orange dans la fosse iliaque droite.

C'était un néoplasme du cæcum adhérent à l'aponévrose iliaque.

Après résection du segment iléo-cæcal on put constater que l'appendice remonté venait se perdre dans une plaque ulcérée triangulaire de 6 centimètres de hauteur; occupant la face postérieure du cæcum. Cette plaque était un cancer colloïde infiltrant la séreuse et la musculeuse mais laissant la muqueuse intacte. L'analyse histologique démontrait encore que l'appendice avait été le point de départ du néoplasme cæco-colique. Le cancer appendiculaire avait gagné la séreuse et s'était propagé au cæcum par l'ulcération. Donc parmi les néoplasmes cæcaux, un certain nombre procèdent d'origine appendiculaire.

La bénignité des petits néoplasmes primitifs de l'appendice s'explique par ce fait qu'ils déterminent précocement des signes cliniques d'appendicite par l'inflammation qu'ils provoquent et commandent une appendicectomie précoce.

Dans les cas où ils évoluent sournoisement, ils provoquent lentement mais n'en aboutissent pas moins aux formes graves de cancers.

Extension à l'intestin grêle. — Dubs (1919) a signalé un cas identique à celui de Wolkler mais avec propagation à l'intestin grêle. Il s'agissait d'une tumeur colloïde ayant causé par sa présence un volvulus de l'intestin grêle. Cette tumeur était reliée à une tumeur de l'appendice vraisemblablement de même nature.

Extension à la cavité péritonéale. — Mignon (1907) rapporte un cas de carcinose péritonéale généralisée ayant son origine vers une tumeur de l'appendice.

Néanmoins ces évolutions sont en général très lentes, car l'évolution des cellules néoplasiques est arrêtée par la barrière de la musculeuse.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 16 MARS 1925)

Hémoclasie digestive et état du tonus neuro-végétatif. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI, DIACONESCU et GRUBER. De nouvelles expériences faites par les auteurs montrent, ainsi qu'on pouvait s'y attendre par la seule confrontation des résultats obtenus par la simple épreuve de l'hémoclasie digestive chez les hépatiques et chez les normaux, qu'il n'existe pas de rapport obligé entre la réponse de cette épreuve d'une part et l'état du tonus neuro-végétatif d'autre part.

De même que l'hémoclasie digestive peut s'observer chez des sujets qui ne sont pas vagotoniques au moment où on la recherche, mais dont le foie est lésé, de même elle peut manquer chez des sujets franchement vagotoniques, mais dont le foie est indemne. Ce n'est donc pas un réactif du tonus organo-végétatif, mais une épreuve d'exploration de la fonction protéopexique du foie.

Sur quelques nouveaux corps anticoagulants de composition définie. — M. Auguste LUMIÈRE. Parmi les substances qui possèdent la propriété d'empêcher la coagulation du sang, telles que l'oxalate et le citrate de sodium, l'arséno-benzol, les nucléo-protéides, la choline, l'hirudine, etc., seul le citrate trisodique a pu être utilisé couramment en thérapeutique, principalement dans la transfusion sanguine, grâce à sa nocivité relativement peu élevée. Il peut cependant causer des accidents mortels quand il est administré par voie intraveineuse (L. Ramond, Ch. Fiessinger, Rosenthal et Baehr).

M. Lumière a étudié une série de composés anticoagulants. Il en a retenu cinq qui ont un pouvoir anticoagulant élevé, ce sont le mucate, l'aconitate, l'éthanététracarboxylate, le sulfosalicylate, le phénoxypropandiol carboxylate de sodium.

Le mucate est anticoagulant à la dose de 4 p. 1.000 et il est dépourvu de toute toxicité, les autres substances empêchent la coagulation à la dose de 10 p. 100 et sont environ dix fois moins toxiques que le citrate pour le cobaye.

M. Lumière poursuit l'étude pharmacodynamique de ces anticoagulants. Elle nous renseignera sur les avantages possibles et leur emploi en clinique et apportera sans doute aussi une contribution utile au problème de la coagulation du sang.

Influence des divers procédés de pasteurisation par chauffage sur la digestibilité des constituants albuminoïdes et minéraux du lait. — MM. Emile-F. TERROINE et H. SPINDLER.

Intoxication mercurielle et coagulation vitale. — M. Jules AMAR. L'intoxication mercurielle est cytoplasmique, elle vieillit ou tue les cellules. Chez l'animal elle est en outre nerveuse, abaissant l'énergie physique et mentale, compromettant les organes de la reproduction.

Aux doses thérapeutiques le mercure provoque une *vivi-réaction* défensive tout en paralysant ou détruisant les *germes et parasites* auxquels manque cette défense. Il faut donc lui laisser le temps de s'éliminer; c'est une question d'expérience.

Sur les réactions d'un tissu au parasitisme; la lipoïdogenèse et la lipogenèse. — M. Ph. JOYET-LAVERGNE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 24 MARS 1925)

Étude histo-chimique du mode de résorption des dérivés bismuthiques. — MM. C. LEVADITI, NICOLAU et Mlle SCHOEN, grâce à l'emploi de leur méthode histo-chimique, laquelle permet de colorer en rouge brique le bismuth dans les tissus, ont établi les faits suivants.

La résorption du bismuth, administré par voie intramusculaire, est en fonction de sa solubilité. Alors que les dérivés insolubles persistent fort longtemps dans le muscle injecté et ne se résorbent que lentement et progressivement, les composés solubles sont assimilés rapidement et ne donnent lieu qu'à un dépôt métallique insignifiant. L'élimination brusque et massive de ces dérivés solubles provoque souvent des altérations rénales, altérations totalement absentes chez les animaux traités par une dose même supérieure de bismuth insoluble.

Les composés insolubles de bismuth, voire même de bimétallique, ne sont résorbés qu'après solubilisation préalable au contact des tissus. Le processus local de protéolyse leucocytaire semble faciliter cette solubilisation. Les dérivés ainsi solubilisés contractent des liaisons avec les matières protéiques tissulaires et forment des composés protéobismuthiques où le bismuth se trouve dissimulé. C'est sous cette forme que le métal circule dans l'organisme et qu'il s'élimine par le rein.

Le rôle de la phagocytose dans la résorption locale du bismuth semble plus effacé qu'on ne serait porté à le croire au premier abord. Les globules blancs, les cellules fixes et les endothéliums phagocytent les particules de bismuth comme ils englobent n'importe quel corps étranger injecté dans les mêmes conditions. Mais il est peu probable que ces phagocytes assurent la circulation du bismuth dans l'organisme. Tout porte à penser, au contraire, que les phagocytes, en englobant le métal, le fixent sur place et contribuent à la formation du dépôt bismuthique dont dépend le succès de la bismuthothérapie continue et efficace de la syphilis.

Ce dépôt bismuthique est incomparablement plus considérable lorsqu'on se sert de sels bismuthiques insolubles. L'organisme se trouve ainsi en présence de quantités circulantes relativement minimes d'un composé organo-métallique à bismuth dissimulé, composé dont l'élimination lente et progressive respecte l'intégrité fonctionnelle et anatomique du filtré rénal. Or, ces quantités minimes suffisent pour assurer, à chaque instant, la destruction du tréponème, ainsi que l'ont montré Levaditi et Girard.

Diabète et insuline. — MM. Chabanier, Lebert et C. Lobo-Onell ont eu l'occasion de soigner, en deux ans, 160 diabétiques (coma, diabète grave, diabète bénin ou compliqué, diabétiques soumis à une intervention chirurgicale).

Les auteurs précisent les points suivants : 1° l'établissement de rations riches en hydrocarbonés non seulement ne contrarie pas l'action, tant immédiate que médiate de l'insuline, mais favorise la reprise des forces; 2° le traitement de fond proposé par les auteurs en mars 1923 est susceptible de maintenir les diabétiques dans un état normal ou voisin de la normale, au prix de séries de traitements qui peuvent être d'autant plus espacées que le diabète est traité plus précocement; 3° en ce qui concerne les enfants, le traitement par l'insuline doit être aussi précoce que possible, sans même essayer des régimes de restriction; 4° au point de vue chirurgical, l'insuline permet d'éliminer les risques d'acidose postopératoire et favorise la cicatrisation des plaies opératoires et de lésions chirurgicales en rapport avec le diabète. Enfin, les auteurs ont pu observer l'action heureuse de l'insuline au cours d'acidose non diabétique. A l'appui de cette communication, M. Levaditi présente une série de très belles projections.

La méthode de Ronchèse dans l'analyse bactériologique des crachats. Avantages de son application dans la pratique courante des dispensaires et des sanatoria. — M. Fernand Barbary. L'insuffisance de l'examen direct des crachats, dans bien des cas, a fait de l'homogénéisation une pratique courante indispensable. La méthode de l'homogénéisation a été mise au point par plusieurs auteurs, et en particulier par M. le professeur Bezançon qui a décrit les temps d'une pratique rigoureuse dans la recherche du bacille de Koch. Lavages répétés des crachats, homogénéisation, centrifugation.

Le procédé de Ronchèse (de Nice) se distingue par ce fait essentiel que, dans cette méthode, l'action mécanique du centrifugeur est remplacé par un enrichissement du crachat dû à une action chimique

Dans un premier temps, les crachats sont liquéfiés à froid et en quelques secondes par de l'alcool faible sodé :

Eau distillée	75 cent. cubes.
Alcool à 95 degrés	25 —
Lessive de soude	5 —

Puis, dans une deuxième opération, on provoque par l'acétone le rassemblement des bacilles à la surface des crachats et la formation d'une pellicule qui, à la façon d'un filet, emprisonne les bacilles et permet leur concentration sous un tout petit volume.

Les diverses manipulations sont simples et rapides; elles ne nécessitent aucune instrumentation spéciale. Elles dispensent surtout d'un centrifugeur tout en conduisant à un enrichissement important.

Ce procédé sera apprécié par les laboratoires à installation modeste.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la première division (médecine).

La liste de présentation portait, en première ligne, MM. Johannessen (d'Oslo) et Mariano-Castex (de Buenos-Aires); en deuxième ligne, MM. Aloyso de Castro (de Rio de Janeiro), Balwin (de Saranae-Lake), Bogdan (de Jassy), Petren (de Lund) et Rousseau (de Québec).

Au premier scrutin, le nombre des votants étant 53, majorité 27, M. Johannessen, ayant obtenu 47 suffrages, est proclamé élu.

Au deuxième scrutin, le nombre des votants étant 56, ma-

jorité 29, M. Mariane-Castex, ayant obtenu 40 suffrages, est proclamé élu.

M. Johanessen est professeur honoraire de pédiatrie et secrétaire général de l'Académie des sciences de Norvège.

M. Mariano Castex est chef de la première clinique médicale de la Faculté de médecine de Buenos-Aires.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIENS. REPOS HEBDOMADAIRE

Nous avons indiqué dans un numéro précédent (1) le conflit qui était né entre les pharmaciens et l'autorité administrative, au sujet de l'application de l'arrêté du préfet de police en date du 5 septembre 1924; nous avons indiqué également que le juge de simple police de Paris avait prononcé des peines d'amende contre les pharmaciens contrevenant à cet arrêté, tandis que d'autres juges de simple police, tels que celui de Charenton, estimant que l'arrêté était illégal, avaient décidé que la contravention n'existait pas et qu'il n'y avait pas lieu à amende.

Contre un jugement rendu le 7 novembre 1924 par le juge de simple police de Paris qui avait prononcé condamnation, contre un pharmacien, pour infraction à l'arrêté susindiqué prescrivant la fermeture collective des pharmacies le dimanche et par application du livre II du Code de travail, à 10 francs d'amende pour chaque contravention, aux dépens et à des dommages-intérêts au profit de deux syndicats qui s'étaient portés parties civiles, appel a été interjeté. Le Tribunal correctionnel de la Seine (11e chambre), saisi de cet appel, a, par jugement du 26 février 1925, *infirmé* le jugement de simple police de Paris.

Pour sa défense, le pharmacien invoquait que l'arrêté pris par le préfet de police avait été pris au mépris des droits que les pharmaciens tenaient de l'article 38 du livre II du Code de travail, c'est-à-dire de la loi elle-même pour donner à leurs employés le repos hebdomadaire par roulement, ce qui comportait nécessairement pour eux le droit de rester ouverts le dimanche si bon leur semblait. Une disposition de la loi ne pouvait être modifiée que par une autre loi; en l'espèce, l'article 43 A, ajouté au livre II du Code du travail, ne contenait ni explicitement, ni implicitement, aucune disposition abrogeant l'article 38 qui était invoqué par le pharmacien; il se bornait à donner au préfet le droit de prescrire dans certaines hypothèses la fermeture au public de tous les établissements d'une profession et d'une région déterminée pendant toute la durée du repos.

« Attendu, dit le jugement, qu'aucune disposition de notre droit public ne permet au préfet de porter atteinte par voie d'arrêté aux dispositions de la loi; et qu'en conséquence lorsque le préfet, voulant user des droits nouveaux que lui confère l'article 43 A du livre II du Code du travail, se trouvera en présence de dispositions légales auxquelles il ne peut faire obstacle, les prescriptions de son arrêté seront nécessairement en ce cas lettre morte;

Attendu que cette théorie est tellement exacte que le ministre du Travail l'a reconnue et proclamée lui-même dans la circulaire adressée aux préfets le 5 février 1924, pour l'application de la loi du 29 décembre 1923; qu'on lit, en effet, dans ce document, sous le paragraphe 6 : Constatations des infractions. Sanctions, le passage suivant : « Si l'établissement appartient aux catégories d'établissements qui, aux termes de l'article 38 du livre II du Code de travail, sont admis de droit à donner le repos hebdomadaire par roulement, l'arrêté préfectoral prescrivant la fermeture ne peut prévaloir contre la loi et l'emploi du personnel le jour de l'infraction n'a point eu lui-même le caractère contraventionnel, si ce personnel jouit effectivement du repos par roulement..... il n'y a infraction qu'à l'arrêté de fermeture »;

Attendu que s'il demeure évident qu'il y a infraction à l'arrêté préfectoral, il reste à rechercher si cette infraction est punissable; or, attendu que s'il est vrai que l'arrêté du préfet ne peut prévaloir contre la loi, cette vérité légale doit produire son effet tout entier, que l'arrêté ne peut pas par voie indirecte faire ce qui lui est interdit d'affronter directement; c'est-à-dire paralyser les droits que le pharmacien possède individuellement en vertu de l'article 38; que si ce pharmacien pouvait être obligé de fermer son officine, le dimanche, le droit de donner à son personnel le repos par roulement deviendrait tout à fait illusoire; qu'il en résulte, dès lors, que l'arrêté du préfet ne peut obliger le pharmacien et que ce dernier n'encourt comme sanction pénale pour ne pas y avoir obéi. »

Le jugement fait observer en outre que l'arrêté du 5 septembre 1924 a été pris par le préfet sur la demande de la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine, à la suite de l'accord passé entre elle et le Syndicat général des préparateurs en pharmacie, bien qu'il existât dans le département de la Seine d'autres syndicats patronaux de pharmaciens, notamment le syndicat des grandes pharmacies de France et le syndicat de la pharmacie parisienne qui n'étaient pas intervenus à l'accord précité et avaient même déclaré s'y opposer. Or l'article 43 A du livre II du Code de travail exige, pour que le préfet soit autorisé à prendre son arrêté de fermeture, l'accord des syndicats patronaux et des syndicats ouvriers d'une même profession, ce qui implique la nécessité d'une convention faite par tous les syndicats patronaux avec tous les syndicats ouvriers.

La décision rendue par le tribunal correctionnel, tribunal d'appel, est juste et juridique; nous nous étions d'ailleurs élevé dans notre article précédent contre la violation de la loi perpétrée par l'arrêté du 5 septembre 1924 et contre l'atteinte à la liberté reconnue au pharmacien de donner le repos hebdomadaire par voie de roulement. Il est vraisemblable que la Chambre syndicale des pharmaciens de la Seine et le Syndicat général des préparateurs en pharmacie, qui étaient parties civiles et qui ont vu leurs prétentions rejetées en appel, iront devant la Cour de cassation. Nous ne manquerons pas de faire connaître l'arrêt rendu, s'il y a pourvoi.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, nº 15, p. 247.

LIVRES NOUVEAUX

Traité pratique d'orthopédie (1), par le docteur G. POTEL (de Lille).

Ce volume est divisé en deux parties : les malformations congénitales, et les malformations acquises.

La première partie, très développée, présente les malformations selon une classification nouvelle, déjà esquissée par l'auteur dans un travail antérieur (*Revue de chir.*, en 1914. Prix Gerdy de la Société de chirurgie)

Cette classification, peut être discutable pour certaines affections, mais elle a le mérite d'une grande clarté. On y voit avec plaisir les malformations d'origine extra-embryonnaire, les brides amniotiques, réduites à quelques cas exceptionnels ayant toujours le caractère de lésions cicatricielles. L'immense majorité des malformations est d'origine embryonnaire et dues à des anomalies portant sur un tissu, ou une ébauche de membre, ou un segment d'ébauche de membre. Deux articles particulièrement bien venus sur le spina bifida et l'encéphalocèle sont dus à la plume de A. Lapointe. Cet ouvrage est remarquable par l'abondance et la richesse de sa documentation iconographique. Sa publication fait honneur à l'éditeur qui a bien voulu l'entreprendre. M. LANCE.

Traitement manuel des déviations pathologiques du rachis (2), par DE FRUMERIE.

Petit ouvrage très pratique et composé pour ceux qu'intéresse la kinésithérapie des déviations du rachis (cyphose, lordose, scoliose). M. LANCE.

(1) Un vol. de 723 p., 399 fig. dans le texte et 4 pl. en couleur. — Paris, 1925, G. Doin.

(2) Un vol. de 129 p., 61 fig. — Paris, 1924, Vigot frères.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

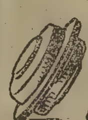
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.











R. C., 176.249, Seine.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Etudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numero : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — La première séance du concours, consultation écrite, aura lieu le jeudi 23 avril, à 9 h. 30, à l'Hôtel-Dieu.

Hôpitaux consignés à partir du 19 avril : Hôtel-Dieu, Beaujon, Lariboisière, Laënnec.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve écrite.* — Séance du 27 mars. — MM. Moulonguet, 26; Monod, 25; de Gaudart d'Allaines et Bloch (Jacques), 27.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Nantes. — Un concours sera ouvert le lundi 15 juin, à l'Hôtel-Dieu, pour la nomination d'un médecin suppléant des hôpitaux de Nantes.

— Oran. — Le concours fixé au 25 mai 1925 pour l'emploi de médecin suppléant du service de radiologie et d'électrologie à l'hôpital civil d'Oran est reporté au 15 juin 1925 avec les modifications suivantes :

Il sera ouvert pour deux emplois, l'un de chef de service, l'autre de suppléant. Le candidat classé n° 1 sera nommé chef de service, le candidat classé n° 2 sera nommé suppléant.

Pour tous renseignements, s'adresser à l'hôpital civil d'Oran, à la préfecture d'Oran (bureau de l'Assistance publique) ou au gouvernement de l'Algérie (intérieur, 2e bureau).

— Rouen. — Le mercredi 24 juin 1925 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 1/2, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général. La liste d'inscription sera close le 1er juin 1925, à 18 heures, et passé cette date aucune inscription ne sera admise.

— Toulouse. — Après concours, le prix municipal de l'internat en médecine vient d'être décerné à M. Sendrail (Marcel), interne de 4e année.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Dans sa séance du 26 mars, le Conseil de la Faculté de médecine de Paris a décidé de présenter au choix du ministre :

Pour la chaire d'anatomie pathologique (en remplacement de M. Letulle, admis à la retraite) : en première ligne, M. Roussy, et en seconde ligne M. de Jong.

Pour la chaire de clinique chirurgicale infantile (en remplacement de M. Auguste Broca, décédé) : en première ligne, M. Ombrédanne, et en seconde ligne M. Mathieu.

— Bordeaux. — Le Conseil de la Faculté a désigné M. C. Roques pour occuper la chaire de physique médicale, en remplacement de M. Bergonié, décédé.

— Lyon. — M. Patel, agrégé, est nommé professeur de chirurgie opératoire (chaire vacante par suite du transfert de M. Villard dans la chaire de clinique gynécologique). (*J. O.*, 27 mars 1925.)

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — Sont nommés membres de la Commission des sciences médicales et de la pharmacie :

MM. le docteur Rist, médecin des hôpitaux de Paris; Dumas (F.), recteur de l'Académie de Bordeaux; Hugounencq, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Chauffard et Gosset, professeurs à la Faculté de médecine de Paris; Latarjet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Bruntz, doyen de la Faculté de pharmacie de Nancy; Mirallié, directeur de l'Ecole de plein exercice de Nantes.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — Le Comité de direction a décidé de porter de 800 fr. à 1.500 fr. le montant du prochain prix Zambaco, qui sera décerné en 1926.

Les mémoires présentés pour ce prix et dont le sujet est laissé libre, au choix de chaque concurrent, devront être adressés à M. le secrétaire général (hôpital Saint-Louis) au plus tard le 30 novembre 1925.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MM. les professeurs W. W. Keen à Philadelphie, et Sanarelli à Rome, ont été nommés membres honoraires étrangers de l'Académie royale de médecine de Belgique.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS. — Le bureau pour 1925 est ainsi constitué :

Président : M. Gattino (science politique) ; vice-présidents : MM. Alricq (droit) et Auscher (lettres) ; secrétaires : MM. Burton (pharmacie) et Pitron (médecine) ; trésorier : M. Sansonetti (sciences) ; trésorier adjoint : M. Dijon (médecine) ; bibliothécaire : M. Dorie (lettres) ; bibliothécaire adjoint : M. Gromez (médecine).

Ve CONGRÈS DES VILLES D'EAUX, BAINS DE MER ET STATIONS CLIMATIQUES. — Ce Congrès se réunira comme nous l'avons annoncé les 2, 3 et 4 avril ; il est placé sous le haut patronage de M. le Président de la République.

Le Comité d'honneur du Congrès est composé de la façon suivante : M. Justin Godart, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales ; M. Chautemps, ministre de l'Intérieur ; M. le général Nollet, ministre de la Guerre ; M. Peytral, ministre des Travaux publics ; M. Antoine Borrel, président du groupe du Tourisme à la Chambre ; M. le professeur Gilbert, délégué de l'Académie de médecine ; M. le professeur Carnot, délégué de la Faculté de médecine de Paris ; M. le professeur Desgrez, secrétaire général de l'Institut d'hydrologie ; M. le professeur Jean-Louis Faure, président de la Société de chirurgie ; M. le docteur Guinon, président de la Société médicale des hôpitaux ; M. le docteur Piatot, président de la Société d'hydrologie et de climatologie de Paris ; M. le docteur Boursier, délégué du Syndicat général des médecins des Stations balnéaires et sanitaires de France ; M. le professeur Sellier, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Bordeaux ; M. le professeur Serr, professeur d'hydrologie à la Faculté de médecine de Toulouse ; M. Maringer, président de la Commission permanente des stations hydrominérales et climatiques ; M. Fernand David, président du Conseil d'administration et M. Chaix, directeur de l'Office national du tourisme ; M. Audicier, secrétaire général de l'U. F. S. I. ; M. Bartier, président de la Chambre nationale de l'industrie hôtelière ; M. le docteur Pierra, délégué de l'Association de la Presse médicale française.

La séance d'ouverture du Congrès aura lieu le jeudi 2 avril à 14 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence effective de M. Justin Godart, ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociales.

Immédiatement après la séance d'ouverture se tiendra une première séance de travail pour la lecture du rapport sur l'organisation des Stations climatiques.

Le vendredi 3 avril, séance à 9 heures du matin pour la lecture du rapport sur la législation thermale ; s'il était nécessaire, une seconde séance se tiendrait à 2 heures pour épuiser la discussion de ce rapport.

Le samedi 4 avril, séance à 9 heures du matin, lecture des rapports sur les voyages d'études aux stations et sur la protection des sources ; à 2 heures séance de clôture.

Le samedi à 20 heures, banquet dans les salons de l'Hôtel Continental. Après le banquet interprétation de la charmante saynète de Courteline « La Paix chez soi » par Mme de Chauveron et M. Dessonnes de la Comédie-Française.

Les inscriptions doivent être adressées à M. Vermeylen, trésorier, directeur de la Compagnie des eaux minérales du Mont-Dore, 19, rue Auber, à Paris. Compte de chèques postaux 719.54.)

IIe CONGRÈS ANNUEL DE STOMATOLOGIE. — Le IIe Congrès annuel de stomatologie se tiendra du 19 au 24 octobre 1925, à Paris, dans les locaux de la Faculté de médecine et de l'École française de stomatologie.

Le bureau est constitué de la manière suivante : président : M. Julien Tellier (Lyon) ; vice-président : M. P. Fargin-Fayolle ; secrétaire général : M. J. Bercher ; trésorier : M. G. Lacronique.

Deux rapports seront présentés : « Les réactions sinusales dans les affections orbito-oculaires d'origine dentaire » : MM. Worms et Bercher. — « Les moyens de contention des appareils complets du haut et du bas » : MM. Guily et Lhirondel.

La question mise en discussion sera : « Les pyorrhées, leurs traitements » : MM. Rousseau-Decelle, Fichot, Monnier, Béliard, Baume.

Deux séances seront en outre réservées aux communications libres.

Les adhésions et cotisations (40 fr.) sont reçues dès maintenant par le trésorier, M. Lacronique, 17, rue de Petrograd, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Pierre-Anténor Fabre, âgé de quatre-vingt-douze ans, père du docteur Joseph Fabre (d'Aix-en-Provence) ; Victor Faucon, ancien professeur de médecine à la Faculté catholique de Lille ; Henri Gautiez, ancien interne des hôpitaux de Paris. Notre regretté confrère est un des premiers médecins qui se soit spécialisé dans la rééducation physique. Il jouissait d'une très grande notoriété et ne comptait que des amis parmi ses confrères ; — Prosper Malapert, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges ; Emile Mauriac, directeur des services d'hygiène de la ville de Bordeaux ; A. Péchadre, président de l'Association amicale des anciens députés ; Edouard Pilatte (de Nice) et Graham Brown (d'Edimbourg).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LEÇON INAUGURALE. — M. le professeur Terrien fera sa leçon inaugurale dans le grand amphithéâtre de la Faculté le lundi 27 avril, à 18 heures, et continuera ses leçons cliniques tous les vendredis, à 10 h. 1/2 du matin, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Dupuytren).

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — MALADIES DES OS ET DES ARTICULATIONS ET MALADIES NERVEUSES. — M. André Leri, professeur agrégé, médecin de la Charité, fait le mardi, à 9 h. 1/2, salle Briquet, une consultation sur les maladies des os et des articulations et les maladies nerveuses.

HÔTEL-DIEU (amphithéâtre Dupuytren). — M. G. Leven : Traitement de l'aérophagie, de l'obésité et de la maigreur, les jeudis 7, 14, 21 et 28 mai, à 11 heures.

LIVRES NOUVEAUX

L'Hôtel des Amoureuses (1), par L. BABONNEIX médecin de la Charité.

Pour ceux qui s'intéressent aux vieilles choses est-il un passe-temps plus agréable que d'étudier les vieilles maisons, de se reporter par la pensée aux siècles qui furent témoins de leur splendeur et d'en faire revivre tous les souvenirs.

C'est ce que fait aujourd'hui le docteur Babonneix en nous faisant visiter ce coin du vieux Paris où s'élevait, rue Saint-Nicaise, près du Carrousel, l'hôtel de Coigny.

Dans cet hôtel vécurent deux grandes amoureuses, Aimée de Coigny, la jeune captive que chanta André Chénier, et Julie-Françoise Bouchaud des Hérettes « cette figure de rêve que célèbrent les stances du *Lac.* »

Et vous devinez que l'historiographe de Julie trouve là une fois de plus l'occasion de se montrer historien rigoureux et spirituel chroniqueur.

F. L. S.

(1) Une brochure. — Paris, 1925, Maloine et fils.

SUR CERTAINS COURS

QUI NE SONT PAS INSCRITS AU PROGRAMME

Leçon d'ouverture des cours de la Faculté de médecine de l'Université Cornell de New-York

Par le Professeur Eugene F. DU BOIS

Traduite et annotée par J.-M. LE GOFF.

Ce qui m'a porté à traduire et à publier cette leçon (1) c'est d'abord la haute personnalité de l'auteur. Le professeur Eugene F. Du Bois est un descendant d'un de ces Huguenots de France qui émigrèrent au XVIIe siècle. En réponse à ma demande d'autorisation de publier cette traduction, l'auteur me rappelle que ses ancêtres français, dont il est fier, débarquèrent en Amérique en 1675. Le professeur Eugene F. Du Bois a consacré toute son activité à l'étude du métabolisme au moyen de la chambre calorimétrique. J'ai été vivement impressionné par l'enseignement moral, philosophique et je dirai même religieux qui découle de cette leçon. Comme je l'ai constaté moi-même, les universités libres américaines n'enseignent pas seulement les sciences, elles forment aussi des hommes remarquables par leur génie et leurs vertus. Le sentiment du devoir que l'on rencontre partout là-bas ne dérive-t-il pas de l'empreinte de droiture que le fondateur de l'Union a su donner à la constitution de ce grand pays et des exemples de la vie privée de ses grands hommes d'état, de ses grands créateurs d'industrie et de tous ses savants.

J.-M. LE GOFF.

*
* *

Depuis la guerre les programmes ont été beaucoup modifiés; en fait, toutes les bonnes Facultés ont jugé nécessaire de limiter le nombre de leurs étudiants devant la tendance de plus en plus marquée des jeunes candidats des deux sexes qui demandent à s'inscrire dans les différentes Facultés.

Cela nous a permis, à l'Université Cornell, de choisir les aspirants les mieux préparés et ayant les meilleures aptitudes. Cette sélection n'est pas facile. mais notre Doyen et notre secrétaire ont acquis une grande habileté dans cet exercice et nous nous habituons à recevoir des rapports de plus en plus favorables des professeurs des cours de première année. La Faculté se réserve de la sorte un ensemble d'étudiants bien meilleurs et ceux-ci comprennent ou comprendront mieux leur dette envers elle. La Faculté pour vous donner une instruction qu'elle juge essentielle, dépense approximativement une somme de 1.000 dollars pour chacun de vous, en excédent des droits d'inscription que vous payez. Cette dépense a été rendue possible grâce à la générosité du regretté colonel Payne qui nous a fait des dons généreux.

Vous acceptez de bénéficier de ces largesses et de la sorte vous vous imposez des obligations envers la Société. Le pays désire non seulement des praticiens instruits et consciencieux, mais aussi des serviteurs dévoués. Nous serons plus que remboursés de notre placement en capital et des fatigues de notre enseignement, si de plus parmi vous il peut se développer quelques médecins éminents par leur savoir et par leur génie. L'année 1923 marque un changement dans l'organisation de la Faculté de médecine de l'Université Cornell. Le corps enseignant a compris que les programmes étaient trop chargés et a décidé de réduire le nombre des heures de cours. Malheureusement peu de changements peuvent être faits aux cours de l'ancien régime, mais les étudiants nouveaux trouveront un grand nombre de moments libres dans l'horaire. Pourquoi la Faculté a-t-elle sacrifié jusqu'à 20 p. 100 des heures de cours, alors que la science médicale s'enrichit de plus en plus de conquêtes nouvelles que l'étudiant doit apprendre? Pendant ces dernières années, comme les faits nouveaux ont sans cesse augmenté, les professeurs ont dû accroître le nombre des cours indigestes. Ce qui a développé ce qu'on appelle la méthode du gavage et nos étudiants, ont acquis quelque ressemblance avec ces volailles engraissées pour le marché et auxquelles on apporte une nourriture toute préparée. Nous préférerions vous voir ressembler au gibier à plumes qui sait comment trouver sa propre nourriture.

Vous pouvez suivre tous les cours inscrits au programme, travailler avec acharnement, passer vos examens avec succès et cependant perdre complètement le bénéfice de notre enseignement. Ce que nous pouvons vous apprendre de mieux maintenant deviendra tout à fait insuffisant dans une dizaine d'années. Vous devez étudier la médecine de ce temps de telle sorte que vous puissiez comprendre la médecine des années à venir. Vous devez apprendre la manière de vous instruire vous-même, vous devez développer votre esprit d'observation et votre sens critique, vous devez apprendre à tirer parti de vos lectures et vous préparer à substituer vos salles de malades, votre laboratoire et votre bibliothèque à ceux de cette Faculté. Nous vous accordons des heures libres dans l'espoir d'arriver à ces résultats.

Quoique cela n'ait pas été écrit, je suis sûr que la Faculté veut que ce temps libre soit consacré à des études de votre choix et également à des études bien définies d'éducation de soi-même, de « self education » que je vais essayer de vous esquisser. Ces cours particuliers seront tous dirigés par le professeur Ego, assisté du docteur Subconscience. La durée pour quelques-uns est plutôt longue, seize heures par jour, sept jours par semaine, les examens dureront seulement la vie entière! Le premier est intitulé : *Comment faut-il étudier*. A l'école et au collège vous avez déjà reçu un entraînement préliminaire, maintenant vous devez faire face à des situations plus impérieuses. Vous trouverez que vous aurez à étudier un grand nombre de faits et que les généralisations brillantes jouent un rôle très minime. Le moyen de graver ces faits dans votre mémoire est laissé à vous-mêmes en grande partie. Chacun de vous doit rechercher pour lui le meilleur moyen d'étudier. Quelques-uns préfèrent les livres, d'autres préfèrent suivre les cours, tandis que certains apprennent mieux en travaillant et discutant familièrement avec un camarade. Il m'a toujours semblé que la méthode la plus simple et la plus sûre pour apprendre était l'observation et par là j'entends l'observation intéressée, attentive et avisée des objets qui vous sont montrés dans les laboratoires et les cliniques. Le deuxième cours qui est un des plus importants a pour titre : *Ce qu'il faut retenir et ce qu'il faut oublier*. Votre succès en cela dépend principalement de votre jugement personnel concernant la valeur relative des choses. C'est la faculté que l'homme d'affaires déploie en faisant un marché ou en choisissant pour son magasin telle marchandise dont il est sûr de la vente. Il vous est impossible de retenir tout ce que vous entendez et tout ce que vous lisez. Quand un fait qui vous paraît

(1) Eugene F. Du Bois. On certain courses not listed in the medical curriculum, *Science*, january 18, 1924, vol. LIX, n° 1516, p. 53-56.

important se présente, vous devez le graver dans votre esprit, le classer avec d'autres faits semblables, l'étayant par des exemples frappants, s'il en est ainsi, il vous servira toute votre vie. Oublier les choses qui doivent être oubliées semble simple mais est difficile. Comment pouvons-nous reconnaître ce qui n'est pas important ou ce qui n'est pas complètement exact; nous pouvons nous servir de notre connaissance de la science de l'hérédité et étudier les origines des faits en question. James Harvey Robinson nous a présenté un excellent point de vue dans son livre « La Formation de l'esprit ». Il montre que nos pensées et particulièrement nos pensées subconscientes sont influencées par notre hérédité animale, par notre instinct sauvage, par la période de civilisation médiévale et par les années de notre enfance. Il en déduit que c'est seulement dans la recherche scientifique que nous nous séparons nettement de cette hérédité intellectuelle. Ceci n'a pu être obtenu que dans les meilleures recherches scientifiques, mais malgré tout nous avons quand même dans la littérature et les théories médicales de nombreux vestiges des idées des temps passés et vous vous en rendrez compte si vous vous plongez dans la lecture des ouvrages médicaux des générations passées et si vous étudiez l'histoire de la médecine. Nos journaux et aussi quelques-uns de nos manuels renferment des faits non vérifiés décrits par des auteurs qui emploient des procédés et des termes inexacts qui sont incompatibles avec la science présente Ces pièges sont dangereux, mais pas aussi dangereux que les erreurs de certains auteurs modernes qui parlent notre langue mais poursuivent les anciennes idoles, se servant d'une misérable technique toute artificielle et sans garantie. En se documentant dans ses lectures, l'étudiant doit rechercher les noms des auteurs et des propagateurs de chaque hypothèse. Un article d'un auteur obscur d'une ville inconnue, publié dans un journal de médiocre importance, peut contenir des observations exactes, mais a dix chances contre une d'être inexact. Un article d'un bon journal écrit par un homme bien connu, mais qui s'est mépris dans d'autres circonstances doit être tenu en suspicion. Même les meilleurs des hommes, y compris les professeurs de médecine ont leur marotte à laquelle ils reviennent trop souvent. Heureusement les étudiants sont assez perspicaces pour reconnaître chez leurs professeurs, ces formes d'amusement plus ou moins inoffensives. Pourquoi est-il important d'oublier ces mauvaises théories, ces exagérations et ces erreurs. Il semble qu'elles ne font aucun mal, si elles sont mises à part dans notre cerveau avec l'inscription : douteux ou erroné. Le mal est qu'elles s'égarent dans notre subconscience et souvent se mêlent à nos pensées dans les années à venir. L'homme qui connaît sur un sujet cinq faits bien définis et certains, est supérieur à celui qui possède sur lui dix faits vrais et dix qui ne le sont pas! Chaque fait qui n'est pas vrai dénature ceux qui le sont. J'estime que la formule de la connaissance d'un sujet, par un homme, peut être exprimée par le quotient du nombre des faits vrais par le *carré* des faits qui ne le sont pas.

Un troisième cours a pour titre : *Comment exprimer ce que l'on a appris*. Sur ce point 80 p. 100 de nos étudiants n'ont pas réussi. Lisant les copies d'examen, j'ai été épouvanté par l'amas confus des idées qui découlent de leur stylographe; les faits sont décrits dans une confusion désespérante, l'étudiant pénètre dans le milieu de son sujet, démolit ensuite la fin et s'il arrive encore à s'en souvenir note rapidement ce qu'il y a d'important, le commencement. Une des fautes les plus communes consiste à citer une masse de faits hétérogènes qui ne se rapportent pas à la question; certains sont vrais, d'autres vrais à demi, d'ordinaire le plus grand nombre ne contient aucune vérité. Une année à l'examen de médecine interne, nous avons demandé la cause fondamentale de l'acétose dans le diabète. C'était la dernière question posée et la plupart des étudiants diligents employèrent à de longues discussions le temps qui leur était accordé. L'un d'eux, à qui il restait seulement une minute pour cette question, écrivit : La cause de l'acétose est l'inaptitude de l'organisme à oxyder les hydrates de carbone. Ce fut tout. C'était tout ce qu'il y avait à dire, sa réponse fut la meilleure de toutes.

Dans ces heures libres du programme, vous devez en réserver quelques-unes à une leçon qui pour moi a la plus grande importance, je veux parler des soins à donner à votre propre corps. Plusieurs d'entre vous ont été habitués aux sports et aux exercices physiques. L'étudiant en médecine d'une ville comme New-York, les abandonne souvent brusquement, en conséquence sa santé et son travail en souffrent. Nous conseillons à nos malades le grand air et l'exercice, mais nous ne donnons pas le temps à nos étudiants de mettre en pratique cet enseignement. Je désire profiter de cette occasion pour appeler votre attention sur l'existence des sections de Y. M. C. A., établies un peu partout dans cette ville. Je désire avertir ceux qui préparent leur avenir dans cette Faculté, qu'il n'y aucune utilité à obtenir le grade de Docteur pour celui dont la santé est ruinée. Je crois que plusieurs de nos étudiants souffrent d'une manière permanente de cette habitude d'étudier trop tard le soir. Un cerveau fatigué et qui a besoin de sommeil travaille d'une manière insuffisante et ceci forme un cercle vicieux. Chacun de vous doit régler cette question pour lui, mais je vous conseille d'avoir des heures régulières de sommeil, des heures régulières d'exercices physiques et des heures d'études intensives avec un cerveau travaillant à plein rendement, au lieu de consacrer de longues heures à lire et à relire des pages qui ne font que peu d'impression.

Il me semble que dans votre programme, vous devez employer quelques heures à la joie de vivre avec des retours aux honnêtes amusements de la jeunesse. Ceci était l'occupation principale de l'étudiant en médecine de quelques générations passées, maintenant il semble que vous avez pris la contre-partie et que vous êtes devenus vieux avant l'âge. Il n'y a pas de raison spéciale pour que pendant vos quatre années de scolarité, vous soyez privés de tout plaisir et que vous fassiez l'expérience amère que beaucoup d'entre nous se rappellent avec horreur. Notre Doyen l'a compris il a donné dans l'horaire une place officielle à ce cours qui pourrait avoir pour titre : *La joie de vivre*.

Je me reporte à ce jour de printemps où la Faculté et ses étudiants se rencontrent dans des conditions égales de jeunesse. Ce jour de l'année, les professeurs redeviennent presque aussi jeunes que leurs élèves qui quelquefois les battent au baseball, je doute qu'ils en fassent autant au tennis et au golf. Notre fête de printemps est le jour le plus heureux de l'année, mais il n'y aucune raison qu'il soit le seul jour heureux. Restez jeunes tant que vous

avez vos vingt ans, on dit qu'il est difficile de l'être à cinquante.

Il est nécessaire de rester jeune si vous voulez réussir dans le plus important de tous les cours non inscrits au programme — et que j'appellerai *la recherche de l'Idéal.*

« Là où il n'y a pas d'idéal, le peuple meurt, » dit l'auteur du Livre des proverbes. L'étudiant en médecine est très peu dédommagé de ses heures de travail, s'il n'a pas en vue quelque chose de plus grand et de meilleur que l'existence d'un homme ordinaire ou la carrière de la moyenne des praticiens. Naturellement des individus différents auront des vues différentes du but qu'ils souhaitent atteindre. La faculté de prévoir et de concevoir de grandes choses se développe sous l'influence d'excitations extérieures et surtout par suite du développement de l'esprit. Donc il faut que vous grandissiez comme hommes, comme serviteurs du bien public, et comme conducteurs d'hommes. Vous devez apprendre à accepter vos responsabilités et vous habituer à vous mettre aux côtés des hommes qui font autorité. Vous n'avez pas la liberté de ne pas le faire, car cela est pour vous un devoir absolu et que vous devez envisager immédiatement.

En cherchant les meilleures expressions pour vous le dire, je fais un retour en arrière me reportant à l'époque où le monde était encore jeune, lorsque Homère écrivait l'histoire des batailles livrées dans la plaine de Troie. Vous vous souvenez de Sarpédon et de Glaucus, alliés royaux des Troyens, qui se disposent à conduire leurs troupes contre la solide muraille des Grecs. Sarpédon dit à Glaucus : « Ami, pourquoi nous accorde-t-on dans la Lycie les hommages les plus distingués, les premières places dans les festins, la portion la plus exquise des victimes, tandis que le vin coule à grands flots dans nos coupes ? Pourquoi nous honore-t-on comme des dieux, et nous a-t-on consacré près des rives du Xanthe, le plus vaste et le plus beau terrain couronné de blés et de vignes ? C'est pour occuper les premières places dans la lice des combats, pour voler dans la plus ardente mêlée ; c'est pour faire dire à nos soldats chargés de leur armure : Nos princes sont dignes de commander à la Lycie ; ils immolent les plus belles victimes et s'abreuvent de nectar ; mais leur courage est inébranlable quand ils combattent à la tête des Lyciens. Cher ami, si nous étions sûrs, en évitant les périls qui nous assiègent, d'être pour jamais à l'abri de la vieillesse et du trépas, moi-même, je pourrais ne point combattre aux premiers rangs et ne point t'exciter à chercher la gloire dans ces combats. Mais, puisque mille chemins conduisent à la mort sans qu'il soit possible aux humains de l'éviter, marchons d'un pas intrépide ; allons illustrer un héros, ou triompher de sa chute. »

La notion de la responsabilité et du devoir est peut-être la mieux comprise par un certain groupe d'étudiants qui entrent à cette Faculté avec un idéal bien défini. Je veux parler des hommes et des femmes qui se préparent à devenir missionnaires médecins. Chez eux, on sent que le travail a été élevé au-dessus de son niveau ordinaire par l'enthousiasme avec lequel il a été entrepris. Il est difficile d'imaginer une cause plus noble à laquelle un homme puisse consacrer sa vie. Ici dans ce pays, nous prenons soin dé certains malades qui peuvent trouver un autre médecin dans leur quartier. En Asie, en Afrique, le missionnaire médecin porte secours à des milliers, à des millions d'individus qui n'ont aucun autre contact avec les enseignements du Christ et aucun autre moyen de recevoir les bienfaits de la civilisation qui s'est seulement développée dans les pays chrétiens. Ceux d'entre nous qui ont l'intention de rester ici doivent essayer d'atteindre l'idéal de ces missionnaires médecins. Si nous voulons être des praticiens dignes de notre art et de notre science nous devons développer en nous au plus haut degré ces sentiments élevés qui nous aideront à faire le bien pour l'amour du bien. Nous devons nous défendre contre les mauvais penchants, contre la paresse, la négligence, l'avarice, et en nous défendant ainsi nous ne pouvons mieux faire que de nous souvenir de l'adage ancien de la marine américaine. « La meilleure défense est le tir rapide et bien pointé de vos propres canons. » La meilleure défense contre les vices que j'ai mentionnés plus haut est l'effort prompt et bien dirigé pour faire le bien dans votre propre entourage. Il est une autre idéal sur lequel je voudrais appeler votre attention parce qu'il convient bien à vous tous qui recevez à Cornell les bienfaits de l'instruction, je veux parler de la carrière du professorat et des recherches scientifiques. Dans notre pays, des philanthropes à larges vues font des donations aux facultés de médecine et aux établissements d'instruction qui sont impuissants à remplir leur but s'ils manquent de professeurs instruits et le nombre de ceux-ci devient insuffisant. Une vie consacrée à l'enseignement médical et surtout à l'enseignement des sciences fondamentales impose l'abandon du bien être qui accompagne la fortune, mais le bien public et tout ce qu'il y a de meilleur dans l'homme lui-même récoltent de la sorte les fruits de ce sacrifice. Loin de moi, la pensée de vous dicter votre idéal, vous devez le trouver vous-mêmes, je veux seulement vous indiquer le moyen de l'atteindre. Ayez un idéal aussi élevé que possible et s'accordant avec votre point de vue personnel. Alors, étudiez le meilleur des hommes, celui qui surpasse tous les autres en qualités et en talents et essayez d'arriver au but qu'il voudrait que vous atteigniez. Mais ceci serait incomplet si vous n'envisagiez pas ce que notre Maître Jésus-Christ attend d'un homme de votre condition. Le Psalmiste a dit : Puissiez-vous réussir à conserver votre pureté d'âme à cause de la Parole de vérité, de douceur et de droiture.

EUGENE F. DU BOIS.

Eugene F. Du Bois, professeur à la Faculté de médecine de l'Université Cornell, directeur médical de l'Institut de pathologie Russell Sage, qui s'est consacré à l'étude du métabolisme en utilisant le calorimètre respiratoire, vient de publier dans un ouvrage intitulé *Basal Metabolism in health and disease* (1) le métabolisme basal dans l'état de santé et dans la maladie, l'ensemble des recherches qu'il a faites sur le métabolisme et l'état actuel de cette question importante. Ce volume de 372 pages est divisé en deux parties : la première comporte huit chapitres et concerne le métabolisme dans l'état de santé, la seconde, onze chapitres, et étudie le métabolisme dans la maladie. Sa dédicace est à retenir :

« A Graham Lusk
élève de Voit
élève de Liebig
élève de Gay Lussac
élève de Berthollet et Laplace
élèves de Lavoisier. »

(1) *Basal Metabolism in Health and Disease*, by Eugene F. Du Bois, M. D. illustrated with 79 engravings, Lea and Febiger, Philadelphia and New-York 1924.

Dans le premier chapitre, l'auteur fait un rapide exposé de l'historique de l'étude du métabolisme respiratoire. Dans le second, il étudie le métabolisme des hydrates de carbone, des corps gras et des protéines. Le troisième chapitre est une courte revision des lois de la chaleur et de la conservation de l'énergie, le quatrième étudie les gaz de l'organisme, gaz absorbés et gaz expirés. Le cinquième, qui comporte 40 pages, expose les principes généraux des appareils de respiration, les méthodes de calculs et le choix de ces appareils; le sixième a 28 pages, c'est l'étude du métabolisme basal normal; le septième établit et discute les méthodes et les formules de mesure de la surface du corps, la formule de la surface du corps en fonction de la hauteur et du poids établie par Du Bois est

$$S = 71{,}84 \times P^{0{,}425} \times H^{0{,}725}$$

elle se résout par calcul logarithmique que l'on peut même éviter en utilisant les tables et diagrammes dressés par l'auteur; le huitième, enfin, montre les rapports qui existent entre la surface du corps et le métabolisme basal.

La deuxième partie a 192 pages et comprend l'étude complète du métabolisme dans la maladie : chapitre IX, l'hypoalimentation et son influence sur le métabolisme; chapitre X, suralimentation et obésité. Le chapitre XI a pour titre le métabolisme basal dans le diabète, il comprend 44 pages, c'est la mise au point complète de cette importante question. Le chapitre XII étudie la pathologie de la thyroïde; le chapitre XIII montre l'influence de la glande surrénale, de la pituitaire et des glandes sexuelles sur le métabolisme basal.

Les chapitres XIV, XV et XVI étudient respectivement le métabolisme basal dans les maladies du sang, dans les maladies du cœur et des reins et dans la fièvre. Le chapitre XVII est consacré au métabolisme de l'eau; on sait qu'une certaine quantité d'eau de l'organisme provient de l'oxydation des protéines, des corps gras et des hydrates de carbone. De nombreux travaux ont été faits sur l'influence du système nerveux sur le métabolisme basal, c'est l'objet du chapitre XVIII. Enfin, dans un dernier chapitre, l'auteur montre l'influence des médicaments sur le métabolisme basal. Voilà un ouvrage très concis, écrit dans un style clair et imagé et appelé à rendre les plus grands services à tous ceux qui s'occupent de métabolisme. Espérons le voir bientôt traduit en français.

J.-M. LE GOFF.

ACTUALITÉS

LES ACCIDENTS DE L'ÉMÉTINE

L'usage de l'émétine expose à divers accidents le plus souvent évitables moyennant certaines précautions. Ils sont fonction de la toxicité du médicament et surtout de la lenteur de son élimination qui, intermittente et prolongée à la fois, favorise l'accumulation de l'émétine dans l'organisme; l'évolution des accidents et celle de l'élimination sont quelquefois parallèles.

Il faut noter qu'on a pu voir les troubles éclore plusieurs jours après la fin d'un traitement apparemment bien supporté.

Nous classerons à part certains cas de mort subite survenus après des injections à la dose normale et qu'a signalés Rathery. Il est difficile de savoir s'il s'agit d'une susceptibilité particulière à certains sujets ou si, comme il est plus probable, on doit incriminer dans ces cas la pureté ou l'état de conservation du médicament. D'où la nécessité de n'employer jamais qu'un même produit bien choisi, bien connu et récemment préparé.

Quelle qu'en soit l'allure clinique les accidents semblent résulter d'un emploi à la fois prolongé et continu du médicament; alors que l'interruption en semble parer aux accidents. Les troubles toxiques le plus souvent observés sont des accidents généraux dont le début est habituellement insidieux; parfois cependant, l'intolérance est annoncée par des accidents locaux.

Accidents locaux. — Nous ne ferons que citer la douleur au point d'injection ou les réactions inflammatoires; elles paraissent dues à des solutions anciennes; il importe, de plus, de pratiquer l'injection en évitant de mouiller la surface extérieure de l'aiguille avec la solution médicamenteuse.

Savignac et Alivisatos ont observé des cas d'urticaire prolongée pouvant se répéter plusieurs mois durant.

Dans la forme la plus légère il s'agit seulement d'une plaque érythémateuse formant une sorte de cocarde au lieu d'injection.

Plus tard, lorsque les accidents s'installent, cet élément au lieu de disparaître fait place à de petites phlyctènes rappelant l'aspect d'une brûlure. Elles peuvent suppurer et s'escharifier, laissant après elles une cicatrice.

C'est à ces lésions que s'associent en général les éléments urticariens proprement dits. Ce sont des plaques typiques mais souvent aussi étendues que l'urticaire géante et extrêmement prurigineuses. En général, elles naissent autour du point d'injection, précédées pendant quelques heures par un peu de gonflement douloureux. D'autres fois, elles se forment à distance, en particulier au niveau des organes génitaux, s'accompagnant alors d'un énorme œdème des bourses et de la verge mais sans rougeur inflammatoire. D'autres fois, les plaques se montrent sur les membres avec parfois des localisations symétriques.

Les accidents apparaissent en général après une période d'incubation de quelques jours; l'évolution des éléments est extrêmement rapide; du jour au lendemain ils s'affaissent et disparaissent sans s'être accompagnés de réaction générale.

Les poussées se succèdent sans régularité mais semblent directement influencées par la continuation ou la reprise des injections d'émétine qu'elles accompagnent à quelques heures d'intervalle.

Ces accidents apparaissent le plus souvent seuls mais peuvent s'accompagner d'autres signes viscéraux d'intoxication.

L'éruption urticarienne disparaît en général assez vite lorsqu'on cesse le traitement mais reparaît dès la reprise des injections si l'on n'attend pas un temps suffisant. Il faut compter quarante à soixante jours pour pouvoir recommencer une série sans incidents. Les éruptions sont prévenues ou atténuées dans une certaine mesure par l'administration de chlorure de calcium.

Accidents viscéraux. — Ils sont plus graves.

Nous n'insisterons pas sur les *nausées* et les *vomissements* qui apparaissent seuls dès le début d'une cure et qui marquent seulement une intolérance transitoire. Après quelques jours de repos, le traitement pourra être repris sans incidents nouveaux.

Les divers appareils peuvent réagir à l'intoxication et les symptômes se grouper diversement.

Les troubles les plus précoces précédant même les *signes cardiaques* sur l'imminence desquels ils doivent attirer l'attention sont une expectoration abondante, faite d'un mucus clair, filant, assez aéré dont la quantité peut atteindre 500 à 600 grammes par jour. On constate à ce moment à l'auscultation quelques signes de bronchite mais non toujours. En

même temps apparaissent un état nauséeux spécial, de l'agitation, de l'insomnie, de l'anorexie en même temps que de la tachycardie et une chute de la tension artérielle. Il y a parfois un peu de trismus et une gêne de la déglutition.

L'évolution tourne court et tout disparaît en une semaine environ si l'on interrompt le traitement en cours.

Si l'intoxication continue d'évoluer apparaissent les troubles *circulatoires* et les troubles *nerveux*.

Le malade accuse une sensation d'asthénie profonde et des douleurs névralgiformes. En même temps s'installe une parésie de tous les muscles avec impotence des quatre membres, des crampes dans les mollets, une contracture en demi-flexion des membres supérieurs. La musculature du cou n'étant pas épargnée la tête est ballante sur l'oreiller. Les réflexes cornéens et tendineux sont affaiblis ou abolis. Parfois on relève au niveau des membres des signes de névrite plus ou moins caractérisée.

Les troubles circulatoires s'accentuent : tachycardie, affaiblissement de l'impulsion cardiaque, hypotension. L'aggravation de ce syndrome même à l'insuffisance cardiaque caractérisée qui s'établit en général lentement, mais qui peut parfois s'installer brusquement

L'appareil *respiratoire* est touché des premiers. Expectoration et bronchite persistent malgré l'absence de lésions graves. De plus, on voit parfois apparaître des crises respiratoires caractérisées par un spasme inspiratoire comparable à une secousse de hoquet prolongée ; ces crises se produisent en série, durant plusieurs minutes et apparaissent sous diverses influences : toux, mouvements de déglutition, mouvements brusques du tronc. Ils ne comportent aucune lésion pulmonaire, bronchique, ni laryngée et se rapprochent des crises de spasme diaphragmatique réalisées par l'intoxication expérimentale. D'autres fois il y a seulement de la polypnée avec irrégularité du rythme respiratoire.

Les vomissements persistent et la diarrhée s'installe.

L'*oligurie*, habituelle pendant le traitement par l'émétine est ici constante avec parfois albuminurie (Khoury). Il y a en même temps élévation du taux de l'urée sanguine et élévation de la constante d'Ambard, d'autant plus marquée que la ration azotée est plus élevée, que les tares rénales du sujet sont plus marquées, l'oligurie plus accentuée. Une deuxième cure d'émétine a toujours plus de retentissement rénal que la première. La constante ne redevient normale que quelques jours après la cessation du traitement.

Lorsque des précautions sont prises les accidents s'atténuent vite mais un certain temps est nécessaire à la guérison complète. Dans quelques cas cependant la mort est survenue, par troubles cardiaques.

Il importe donc, dès le début d'une intoxication de reconnaître l'état du rein et celui du cœur dont on relèvera la tonicité au moyen de camphre, de spartéine ou de strychnine. Il est même souvent utile d'employer ces médicaments préventivement pendant la cure d'émétine.

Le diagnostic est aisé et l'on devra se souvenir de l'existence d'une période d'incubation qui peut durer jusqu'à quinze jours; on a pu en effet retrouver de l'émétine dans les urines, trois et même cinq mois après la dernière injection.

Avant tout il ne faudra jamais dépasser 1 gramme d'émétine par cure (« dose maxima de sécurité » de Dalimier), n'en user que lorsque l'état général, l'état du cœur et du rein le permettront; des sujets déprimés, âgés ou tarés sont les plus exposés. On espacera enfin les périodes de traitement dont on complètera l'action par des toniques généraux et des tonicardiaques et par celle d'autres produits parasiticides (1).

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 20 MARS 1925)

Myocardites. (*A propos du procès-verbal.*) — M. MAY rapporte un cas d'insuffisance cardiaque ayant pris le masque d'un épanchement pleural récidivant au début s'accompagnant de dilatation cardiaque sans lésion valvulaire et d'une tension artérielle de 12-9. Evolution en dix mois avec pouls alternant. Dans les antécédents on relève un facteur toxique, l'alcool, sur lequel insiste M. May dans la genèse des myocardites dites primitives.

Diabète grave chez une femme enceinte et diabète congénital chez l'enfant. Considérations sur des lésions définitives secondaires à une acidose transitoire. — MM. AMBARD, Pr. MERKLEN, SCHMID, WOLF et ARNOVIJEVITCH présentent une observation concernant une femme enceinte de huit mois atteinte de diabète grave. Elle succomba quelques heures après avoir accouché d'un enfant qui survécut environ vingt-trois heures et qu'il y a tout lieu de croire avoir été frappé de diabète congénital.

Si la malade fut atteinte d'un diabète grave, malgré sa grossesse, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire, c'est que le pancréas du fœtus était lui-même malade et par suite hors d'état de secourir le pancréas déficient de la mère. Le diabète congénital constitue une forme morbide excessivement rare; dans ce cas il était associé à une forte sclérose interlobaire et intralobaire du pancréas, sans lésions des îlots.

Aucun indice clinique ne permit de retrouver des signes de diabète chez la mère avant le huitième mois de la grossesse.

Il est à noter, en outre, que la mort de la malade est survenue alors que l'acidose avait été levée sous l'influence de l'insuline. L'acétonurie avait pour ainsi dire disparu, la réserve alcaline était redevenue normale, la glycémie avait beaucoup baissé. Les signes cliniques graves du diabète, le coma notamment, avaient cédé. Néanmoins, l'état général était resté mauvais, pour s'aggraver bientôt jusqu'à la mort.

Aussi bien y a-t-il lieu de faire le départ, grâce à l'insuline, entre les accidents diabétiques arrêtés par ce médicament et les autres accidents qui, eux, se sont montrés mortels. Il est logique de penser que l'intoxication acidosique a provoqué des lésions et que celles-ci ont persisté après la guérison de cette intoxication.

Tétanos guéri. Chloroformisation et sérum antitétanique. — MM. H. DUFOUR et DUHAMEL présentent un malade de vingt-trois ans qui vient d'être atteint et guéri d'un tétanos grave, vraisemblablement consécutif à une plaie pustuleuse insignifiante d'un pied.

Le traitement employé fut la sérothérapie sous-cutanée intensive, plus d'un demi-litre de sérum antitétanique (590 centimètres cubes) en l'espace de dix jours.

Au quatorzième jour de la maladie, l'état s'était brusquement aggravé, à tel point que l'on pouvait redouter une issue fatale. On décida de faire la sérothérapie intrarachidienne. Près de 40 centimètres cubes furent injectés après soustraction d'une petite quantité de liquide céphalo-rachidien. Par suite d'un opisthotonos des plus marqués, la ponction lombaire dut être faite au cours de la chloroformisation poussée profondément et le sérum injecté sous anesthésie.

Or, le lendemain matin de l'injection, la situation était

(1) Voir R. LEVENT. L'émétine. Indications. Posologie, *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 24, p. 392.

complètement transformée, le malade était presque guéri. Les auteurs pensent que l'action du chloroforme sur les cellules nerveuses a pu permettre, ce que l'on sait être très difficile, au sérum antitétanique de s'incorporer au tissu nerveux.

Il convient de noter, en outre, l'influence heureuse que peut avoir sur les accidents sériques la sérothérapie continuée malgré ceux-ci et l'action qu'ont les injections sériques (action purement locale) pour réveiller les spasmes tétaniques.

Maladie pseudo-kystique du crâne (maladie osseuse de Recklinghausen localisée au crâne? Hérédo-syphilis?). — M. André Léri et Mlle Linossier présentent une malade de dix-neuf ans qui a depuis un an une tumeur de la région sus-orbitaire droite. La radiographie montre que cette tumeur est formée de tissu osseux spongieux. En outre, elle décèle dans le crâne une série de kystes dont les uns ont un contour net et bien limité, dont les autres ne sont que des lacunes à rebord irrégulier. Le crâne n'a pas l'épaisseur et l'aspect moucheté qu'il a souvent dans l'ostéite fibreuse. On ne constate ni tumeur, ni pseudo-kyste sur un autre os quelconque de l'économie. Il s'agit probablement d'une variété de maladie fibro-kystique de Recklinghausen localisée au crâne, comme Frangenheim, Pétrow en ont cité des exemples.

L'hérédo-syphilis est-elle en cause dans l'étiologie de cette affection? Elle est certainement susceptible de produire dans les os du crâne, soit des pseudo-kystes, soit des vacuoles; des radiographies présentées de crânes syphilitiques le prouvent. Dans le cas actuel, une amélioration obtenue par le traitement spécifique au bismuth semble bien montrer que la syphilis est en jeu.

Névrite tuberculeuse du musculo-cutané. — MM. Lévy-Valensi et Feil présentent un nouveau cas de névrite tuberculeuse observée dans leur service de Brévannes. L'intérêt de leur observation tient de la nature tuberculeuse de la névrite et de son siège qui occupe le territoire du nerf musculo-cutané.

Syndrome de Raynaud guéri depuis un an. — MM. H. Claude et Tinel rapportent l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'un accident de tramway, a présenté quatre mois après et succédant à un état d'émotivité et de palpitations, un angiospasme des extrémités alternant avec des accès de vaso-dilatation. Le traitement hypophyso-ovarien a amené la cessation des accidents.

Deux cas d'anémie grave chez deux sœurs causés, l'un par une intoxication novarsénobenzolée, l'autre par un cancer gastrique. — MM. P.-Emile Weil et Lamy rapportent deux cas d'anémie grave survenus chez deux sœurs, l'un consécutif à une intoxication novarsénobenzolée, l'autre à l'évolution d'un néoplasme gastrique. Le premier, quoique extrêmement intense (globules rouges, 800.000; globules blancs, 800; absence d'hématoblastes) avec état hémorragique grave, finit cependant par guérir à la suite de transfusions répétées; l'autre évolua de façon fatale en un an environ (globules rouges, 1.400.000; hémoglobine, 20; globules blancs, 6.700).

Le rapprochement de ces deux cas, où des causes diverses généralement peu hémolysantes produisirent des anémies graves, est instructif et démontre l'existence d'un terrain hématique particulier dans la genèse des anémies pernicieuses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 18 MARS 1925)

Chirurgie biliaire. — M. Lecène fait un rapport sur deux cas de chirurgie biliaire adressés par M. Moiroud (de Marseille). Dans le premier cas, il s'agit d'un homme de quarante-huit ans ayant eu de nombreuses crises hépatiques avec ictère. En octobre 1924, ces accidents se compliquèrent de fièvre à 38 et même à 40. M. Moiroud intervient, ouvre le canal hépatique et en extrait plusieurs calculs. Il resta une fistule biliaire. Trois mois après, M. Moiroud fit une cholécystectomie et retire un calcul du cholédoque. Il draine la voie principale. Guérison.

M. Lecène remarque que l'auteur de cette observation a opéré en deux temps. Il l'approuve, étant donné l'état grave du malade. Mais il estime que dans la plupart des cas on peut obtenir le même bon résultat en opérant en un seul temps, d'autant que ces opérations itératives sont parfois rendues plus graves par des complications d'adhérences ou autres.

Dans le second cas, il s'agissait d'une lithiase chronique. Le malade avait subi treize ans auparavant une cholécystostomie et portait, depuis ce temps, une fistule vésiculaire. Il restait une oblitération de la voie principale. Une première intervention amena une guérison momentanée. Six mois après on constate une sténose de la partie inférieure du cholédoque qui nécessita une hépatico-duodénostomie qui donna une guérison complète. Là encore M. Lecène pense qu'on aurait pu couper la sténose dans la première intervention.

Occlusion intestinale. — Dans un second rapport, M. Lecène analyse deux observations de M. Dervaux (de Saint-Omer), l'une de volvulus avec obstruction intestinale, chez une fille de vingt ans, végétarienne. Laparotomie, l'obstacle est sur le côlon descendant, intervention, guérison. L'autre a trait à un ulcère gastrique chez une femme de trente-cinq ans. Phénomènes d'occlusion, intervention, ce n'était pas un volvulus, mais un étranglement par bride.

Ces malades sont des candidats à l'occlusion et les récidives sont fréquentes. Il faudrait des opérations secondaires pour les mettre à l'abri de ces récidives.

Kyste du foie. — M. Lenormant analyse une observation de M. Marmasse (d'Orléans). Il s'agit d'une femme qui, après avoir eu des troubles gastro-intestinaux, présenta une tumeur intra-abdominale. Il s'agissait d'un kyste du mésentère de 12 centimètres de diamètre, adhérent à l'épiploon et à l'estomac. La tumeur, sans pédicule, put être enlevée en masse sans qu'on l'ouvrît. Guérison. L'examen histologique de cette tumeur montra qu'elle présentait la structure de la vésicule biliaire. Un second examen fait par M. Lecène conclut à un kyste non parasitaire du foie.

Fracture grave du maxillaire inférieur. — M. Picot fait un rapport sur une observation de M. Brau-Tapie. Un homme de trente-deux ans fait une chute grave. Entre autres lésions multiples, il présente une fracture très compliquée du maxillaire inférieur. Immédiatement apres l'accident, l'état du blessé qui était dans le coma ne permettait aucune intervention. Son état s'étant amélioré, M. Brau-Tapie, deux mois après, crut pouvoir tenter une intervention sur le maxillaire inférieur. La déformation de la fracture est énorme, le foyer de fracture est infecté. Nettoyage des foyers de la fracture, coaptation des fragments très difficile à obtenir; M. Brau-Tapie arrive cependant à réduire et applique une plaque de Lambotte. Malgré la suppuration, la consolidation s'effectue, et, deux mois après, on peut enlever la plaque. Bien que cette plaque soit restée à découvert, la consolidation est parfaite. M. le rapporteur pense que la réduction de la fracture a été tentée trop tard. Il constate cependant que la guérison a été obtenue.

Fracture du carpe et du radius. — M. Louis Bazy fait un rapport sur deux observations de M. Claverin relatives à des cas de fractures du carpe heureusement traités par réduction sanglante, sous anesthésie.

Restauration du ligament croisé. — M. Fredet fait un rapport sur une observation de M. Desplas. Un homme fait une chute sur les deux genoux qui est suivie d'une arthrite du genou droit avec épanchement, avec douleur et craquements et d'une rupture du ligament croisé. M. Desplas voit ce malade dix jours après l'accident. Le gonflement du genou a beaucoup diminué. Mais il reste une vive douleur au niveau de la surface pré-tibiale. On imprime à l'articulation des mouvements anormaux. Il y a une rupture du ligament croisé antéro-externe. On crée une large voie d'accès sur la jointure, on détache un vaste lambeau du fascia lata qu'on introduit dans une ouverture du condyle. On draine et on referme l'articulation. Traitement postopératoire; après immobilisation dès le vingtième jour, on fait des essais de marche, puis de la mobilisation, des massages. Cinq mois après on constate une parfaite guérison.

M. Baumgartner a observé un cas semblable qu'il a traité de la même façon avec le même succès.

Chirurgie biliaire. — M. Cunéo analyse une observation de M. Sénèque qui prouve une fois de plus que la cholécystostomie ne suffit pas toujours pour mettre fin à des accidents biliaires et que, dans bien des cas, il serait préférable de faire d'emblée la cholécystectomie avec drainage de la voie principale.

SEPTIÈME RÉUNION D'ÉTUDES BIOLOGIQUES DE NEURO-PSYCHIATRIE

(séance du 26 février 1925)

Courbe oscillométrique et réflexe oculo-cardiaque. Contrôle électro-cardiographique. — MM. L. Fribourg-Blanc et M. Hyvert, en pratiquant systématiquement la recherche des réflexes oculo-cardiaque et solaire chez les malades courants d'un service de neuro-psychiatrie, ont procédé à l'établissement de la courbe oscillométrique avant et après l'enregistrement de ces réflexes. Leurs graphiques démontrent que la compression oculaire provoque, en dehors des modifications du rythme cardiaque, une augmentation de l'indice oscillométrique qu'on peut considérer comme constante : 97 p. 100 des cas. Cette augmentation de l'indice ne paraît pas proportionnelle au taux de ralentissement ou d'accélération du pouls. Les variations de la tension artérielle, caractérisées le plus souvent par une élévation de la maxima et un abaissement de la minima, sont liées à cette augmentation de l'indice oscillométrique.

Le contrôle électrocardiographique pratiqué au cours de la compression oculaire, chez les sujets exempts de troubles fonctionnels du myocarde, a montré sur les tracés une augmentation d'amplitude de l'ondulation T. Les auteurs pensent que cette élévation de l'onde T peut correspondre à une exagération de l'excitabilité du myocarde. Pour eux l'élévation de l'indice oscillométrique associée à ces phénomènes cardiaques répond à une vaso-constriction périphérique d'ordre sympathicotonique. La compression oculaire provoque divers réflexes qui intéressent à la fois le système sympathique et le parasympathique, avec prédominance sur l'un ou l'autre système suivant l'état du tonus neuro-végétatif de chaque sujet.

Action efficace de la quinidine dans la tachy-arythmie basedowienne irréductible. — MM. Trénel et Vuillame. Dans le premier cas il s'agit d'une basedowienne dont la maladie remontait à la jeunesse et qui, après avoir eu plusieurs crises d'asystolie, présenta une tachy-arythmie perpétuelle pendant près d'un an, non réductible par les médicaments cardiaques habituels. Les tracés sphygmométriques montrent la régulation par la quinidine dès que la dose atteint 60 centigrammes. Rechute dès que le médicament est interrompu. Régulation persistante par un deuxième traitement précédé d'un traitement digitalique.

Le second cas est celui d'une goitreuse basedowifiée avec tachy-arythmie datant vraisemblablement de plusieurs années. Régulation complète pendant quatre mois par traitement digitalique et quinidine. Une attaque épileptiforme suivie d'œdème des membres inférieurs survint au cours de la deuxième série. Une troisième série fut bien supportée. D'ailleurs la malade avait eu précédemment des attaques épileptiques et était paraphasique.

Avitaminose de forme polynévritique à la suite d'un régime végétarien strict adopté par une aliénée mystique. — MM. M. Trénel et M. Vuillame. Sous l'influence d'idées mystiques une femme de cinquante ans s'est imposé ce régime très strict depuis 1920. Internée à diverses reprises et ayant refusé tout autre régime alimentaire, elle présente au cours de son dernier internement une diplégie crurale progressive avec douleurs musculaires. Atteinte probable du pneumogastrique se traduisant par la tachycardie.

Ce cas est tout à fait comparable au béribéri paralytique; néanmoins l'état anémique de la malade peut faire penser à l'anémie pernicieuse progressive.

Application d'un test de mémoire à la clinique psychiatrique. — MM. E. Toulouse, P. Schiff et Mlle D. Weinberg donnent les premiers résultats obtenus par l'application à la clinique psychiatrique du test de mémoire présenté il y a un an par Toulouse et Weinberg, à la IVe Réunion neuro-biologique. Ils ont établi un graphique permettant de représenter lisiblement et de façon objective, dans un cas donné, le niveau mnémonique pour différentes fonctions de la mémoire : fixation, évocation, reconnaissance.

Les auteurs se sont bornés pour l'instant à l'étude de cas cliniquement indiscutables. En concordance avec les données de la clinique, les tests montrent une diminution globale de la mémoire, avec nombreuses fausses reconnaissances, dans la paralysie générale avérée et une intégrité de cette fonction dans certains cas rares de paralysie générale au début; enfin, la conservation presque entière de la mémoire chez des schizophrènes (type Bleuler) en évolution comme chez des déments précoces vrais (type Morel) au début. Le contraste est frappant entre les courbes superposées des paralytiques généraux d'une part, des déments précoces de l'autre, comme est à noter la dégradation des résultats globaux des tests depuis les normaux jusqu'à ces deux catégories de malades.

Les auteurs montrent les difficultés d'application du test en cas de démence avancée et chez les malades opposants. Ils ont l'intention d'améliorer le test en particulier par un étalonnage plus étendu et plus rigoureux. Ils pensent néanmoins que la superposition des résultats expérimentaux avec les données de la clinique est à retenir et prouve dès à présent la validité du test. Celui-ci pourrait servir à l'étude des cas cliniques douteux comme à l'étude comparative de la mémoire au cours de l'évolution d'une psychose. De toute façon, les efforts doivent être poursuivis qui tendent à objectiver le plus possible les résultats de l'analyse psychiatrique.

Note sur l'équilibre hémo-rachidien du glucose et la valeur sémiologique de l'hyperglycorachie. — M. R. Targowla a vérifié, par une série de dosages comparatifs à l'aide de la méthode de Folin et Wu, les conclusions de Derrien et de Duhot et Polonovski sur les rapports de la glycémie et de la glycorachie. Il a noté la fréquence de l'hyperglycorachie dans les états psychopathiques aigus (états confusionnels et dépressifs); elle n'est donc pas pathognomonique de l'encéphalite épidémique, ni même symptomatique d'une atteinte du névraxe ou de ses enveloppes et est susceptible d'entraîner des erreurs de diagnostic. L'auteur la rapporte aux troubles de la glyco-régulation, constants dans les psychoses envisagées, et la considère comme traduisant une augmentation du sucre en solution vraie dans le plasma (sucre « physiquement libre » de Polonovski et Duhot) par rapport au sucre réducteur du sang total.

Tumeur cérébrale (glioblastome) avec syndrome psychasthénique initial. — MM. L. Marchand et P. Schiff apportent l'observation clinique et les pièces anatomiques d'un homme de quarante ans chez lequel, pendant dix-huit mois avant son entrée dans le service de prophylaxie mentale, un néoplasme cérébral s'était traduit seulement par un état psychasthénique avec aboulie, obsessions et phobies, diminution progressive de la capacité de travail. Pas d'antécédents psychasthéniques. Pendant les derniers mois de l'évolution sont apparus des crises de tremblement localisé aux membres supérieurs, des signes d'hypertension intracranienne et de la torpeur psychique avec périodes confusionnelles. Bien que la réaction de Bordet-Wassermann fût négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien, on observa une amélioration transitoire sous l'influence d'un traitement spécifique d'épreuve. Jusqu'à la mort, absence de symptômes de localisation, malgré l'étendue considérable du néoplasme qui intéressait le genou du corps calleux, le centre ovale des lobes frontaux, et, dans l'hémisphère gauche, comprimait le noyau caudé, le putamen, enfin le thalamus dont la partie antérieure était transformée en tissu néoplasique. L'examen histologique montre que la tumeur revêt en certains points l'aspect du gliome, en d'autres l'aspect du glio-blastome.

L'hypercholestérinémie dans les syndromes séniles. — MM. J. Tinel, R. Dupouy et P. Schiff apportent les résultats de leurs dosages de cholestérine dans le sang de déments séniles. Ils ont noté la fréquence de l'hypercholestérinémie (2,50 en moyenne avec chiffres allant jusqu'à 4 et 5 grammes pour 1.000) chez des déments séniles sans urémie vraie; ils concluent que l'hypercholestérinémie peut être considérée comme un témoin de la sénilité pathologique. Cette constata-

tion pourrait acquérir dans certains cas une valeur diagnostique. Chez un sujet âgé, suspect de démence sénile, l'existence d'un taux normal de cholestérine permettrait de penser qu'il s'agit plutôt d'un état confusionnel que de démence.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

NÉPHRITES SCARLATINEUSES

Généralités. — On connaît depuis longtemps l'importance des complications rénales au cours de la scarlatine, puisque c'est au cours de cette maladie que furent établis les rapports qui existent entre l'anasarque et les urines albumineuses.

Il est indispensable, au point de vue clinique, d'étudier séparément les symptômes rénaux de la période fébrile et ceux de la convalescence. On peut ainsi mettre en lumière ce fait que l'albuminurie, ce symptôme commun à quelques réserves près de toutes les complications rénales, est loin d'avoir toujours mêmes conditions d'apparition, même signification pathologique, même pronostic.

I. **Albuminurie de la période fébrile.** — C'est une albuminurie légère (10 à 50 centigrammes) qui a la même signification que l'albuminurie dite fébrile de bien d'autres maladies. Il n'y a aucun autre symptôme de néphrite, si ce n'est la présence dans le sédiment urinaire de quelques globules rouges, de leucocytes et même de quelques cylindres hyalins et granuleux. Ce qu'il faut retenir c'est que le pronostic immédiat est *bon*. L'albuminurie disparaît avec la fièvre sans laisser de traces.

Cependant c'est surtout dans les formes graves de la scarlatine que l'albuminurie est précoce et persistante; dans quelques cas le malade qui a eu de l'albuminurie pendant la période fébrile reste plus exposé qu'un autre à faire ultérieurement des complications rénales.

On a signalé cependant des cas de *néphrite suraiguë* grave en pleine éruption.

L'*anurie* en est le symptôme le plus frappant et le pronostic est grave. Quelquefois il n'y aurait pas processus de néphrite, l'anurie serait due à une action nerveuse (Roger).

Ces cas sont tellement exceptionnels qu'ils n'ont qu'un intérêt médiocre.

II. **Néphrites de la période de convalescence.** — Elles sont, au contraire, fréquentes et d'un intérêt pratique considérable.

Elles apparaissent au cours de la deuxième ou de la troisième semaine de la maladie, plus rarement au cours de la quatrième ou cinquième semaine. Leur fréquence est variable

selon les épidémies. Elles peuvent se voir aussi bien après les scarlatines bénignes qu'après les scarlatines graves.

On peut en distinguer, en se basant sur les conditions d'apparition, deux types principaux :

Premier type (type classique). — Un enfant a eu une scarlatine; souvent la maladie a été des plus bénignes; elle a parfois été si fruste qu'elle n'a pas été diagnostiquée.

L'enfant semblait en bon état; il avait été alimenté sans précaution; on avait négligé de le préserver du froid (ces *causes occasionnelles sont des plus importantes*) quand brusquement des symptômes graves éclatent : de l'anasarque (un enfant qu'on avait laissé la veille maigre et chétif apparaît le lendemain énorme, gonflé, défiguré); de la dyspnée, une diminution souvent impressionnante de la vision, des crises convulsives, des vomissements. D'autres fois le début est insidieux (céphalée, anorexie, douleurs lombaires, un peu de fièvre, diminution des urines).

Quand la néphrite est évidente, il y a deux symptômes essentiels :

a. LES ŒDÈMES. — Le malade est bouffi et blafard, gonflé par un œdème blanc, mou, généralisé aux membres, à l'abdomen (anasarque), ou bien l'œdème est plus discret, prédominant à la *région sous-orbitaire* et *aux bourses*.

b. MODIFICATIONS DES URINES. — Diminuées (200-300 gr.), parfois même (rarement) anurie.

Elles sont troubles, brunâtres, ont l'aspect « bouillon sale ». Elles contiennent un peu de sang. L'albuminurie est abondante, 3 à 4 grammes et plus (l'urine peut parfois se coaguler en masse comme du blanc d'œuf). Sédiment abondant (hématies, leucocytes, cellules épithéliales, cylindres hyalins et plus rarement épithéliaux.

c. AUTRES SYMPTÔMES (s'expliquant en général par l'œdème viscéral) :

Respiratoires : bronchite, ou plus *rarement* hydrothorax, œdème aigu du poumon, œdème de la glotte, hydropéricarde.

Digestifs : anorexie, vomissements, diarrhée.

Circulatoires : une *hypertension passagère* (quelques jours) est fréquente; comme conséquence : le cœur se dilate; bruit de galop possible; le foie se congestionne. Cette *hyposystolie* peut passer au premier plan alors que la néphrite reste méconnue (intérêt diagnostique).

Nerveux : céphalée, abattement ou agitation; les troubles visuels sont fréquents (voile devant les yeux ou amaurose passagère). Les convulsions ne sont pas rares et peuvent être le premier symptôme observé; malgré leur allure dramatique le pronostic n'est pas mauvais si elles ne deviennent pas subintrantes; elles semblent dues à l'œdème cérébral et surtout à l'hypertension ; elles nécessitent une thérapeutique d'urgence (saignée).

d. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE. — La néphrite que nous venons de décrire est du type chlorurémique. La *rétention chlorurée* est prouvée par le faible taux des chlorures urinaires au début et la décharge des chlorures au moment de la crise accompagnée d'une *perte de poids* parfois considérable. Souvent l'*azotémie* est normale ; il n'est pas rare cependant de trouver de la rétention azotée (1 à 2 grammes p. 1000); on peut même voir des azotémies plus fortes; cela n'implique pas un mauvais pronostic.

e. ÉVOLUTION. — Malgré la gravité apparente des symptômes, l'évolution se fait *en général vers la guérison* (car les lésions rénales, surtout congestives, ne sont pas profondes). En quelques jours tous les symptômes s'atténuent, les œdèmes fondent, le poids diminue et continue à diminuer même après disparition des œdèmes *visibles*. Les urines augmentent de quantité, et peu à peu, en quelques jours ou plutôt quelques semaines, l'albuminurie disparaît.

Mais la convalescence est longue; l'enfant reste pâle et fatigué; pour une cause minime l'albuminurie reparaît. Finalement la guérison est complète.

Mais l'évolution n'est pas toujours aussi bonne. Il faut craindre la *mort* lorsque, à l'oligurie, succède l'*anurie* dont le pronostic, si elle se prolonge, est des plus redoutables ; des accidents d'urémie nerveuse apparaissent : l'enfant est triste, somnolent, ou bien délirant et agité; le myosis, les soubresauts musculaires, la respiration de Cheyne-Stokes sont des signes de mauvais augure. Mais répétons que le pronostic d'une néphrite scarlatineuse est *bon* en général; même en présence de symptômes graves il ne faut jamais désespérer.

Deuxième type (néphrite à œdèmes atténués). — Hutinel a décrit ce type clinique et l'oppose à la forme classique.

Il s'agit d'enfants soignés correctement dès le début de leur scarlatine. C'est la néphrite qu'on voit à l'hôpital au pavillon de la scarlatine.

Du quatorzième au dix-huitième jour on voit souvent le « syndrome d'infection secondaire » de la scarlatine (rougeur rhino-pharyngée, tuméfaction des ganglions cervicaux, état subfébrile). C'est dans ce cadre que peut survenir une néphrite à allure insidieuse. L'oligurie reste modérée, l'albuminurie n'est pas très considérable; par contre l'*hématurie* est plus fréquente et plus importante que dans la forme précédente. Il n'y a pas d'anasarque; à peine remarque-t-on un peu d'œdème local, surtout sus-palpébral. Hypertension artérielle modérée; le foie déborde un peu les fausses côtes.

En somme, symptomatologie discrète; cette néphrite guérit ordinairement. Mais parfois, malgré une bonne évolution apparente, le rein a été profondément touché et restera *fragile*.

Le passage de la néphrite à l'état chronique est *exceptionnel*. Dans les cas qui ont été publiés il s'agit ordinairement de scarlatines qui avaient été compliquées d'infections associées (érysipèle, oreillons, pyodermites, angines).

Autres types cliniques. — Il ne faut pas être trop schématique dans la séparation des diverses formes cliniques, car il y a des formes de transition. Signalons cependant la *néphrite aiguë passagère* qui rappelle de tous points l'albuminurie précoce.

Une *néphrite suraiguë* souvent rapidement mortelle.

Une *néphrite azotémique sans œdèmes* (très rare).

Pronostic. — Nous en avons parlé chemin faisant. Rappelons que pour le pronostic *immédiat* l'examen des urines prime tout; l'oligurie même prolongée ne doit pas faire porter un pronostic fatal; on peut toujours espérer que le rein se « débloquera ».

L'*anurie* a un pronostic des plus graves.

Si les accidents urémiques immédiats ne sont plus à redouter, le pronostic lointain est bon en général.

Diagnostic. — 1° Au cours d'une scarlatine diagnostiquée, examiner systématiquement les urines pour déceler une néphrite à début insidieux.

2° Si la scarlatine est ignorée, le problème comporte deux étapes :

a. Reconnaître la néphrite. Des convulsions, des troubles de la vue, des signes pulmonaires ou digestifs peuvent prêter à erreur. Nous avons signalé l'erreur due au syndrome hyposystolique.

b. Retrouver l'étiologie. Scruter les commémoratifs (éruptions, contagion, etc.). Rechercher la « langue scarlatineuse » ou, à une période plus tardive, la desquamation des extrémités des membres.

Bibliographie. — 1° Les Traités classiques de médecine infantile. — 2° *Traité* SERGENT, t. XXV, art. MERKLEN. — 3° HUTINEL. *Monde méd.*, 15 août 1922. — 4° BRELET. Les néphrites de la scarlatine, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1924, nº 88, p. 1453.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

POUR LES LIBERTÉS UNIVERSITAIRES. — A la suite des graves incidents de la Faculté de droit, l'Association générale des étudiants lance l'appel suivant :

« L'Association générale des étudiants de Paris, seul groupement réunissant sous le signe corporatif les étudiants de toutes les facultés et des grandes écoles;

En présence de la suspension de M. Berthélemy, doyen de la Faculté de droit, suspension motivée par le refus de ce dernier de laisser entrer les forces de police dans la faculté de droit, ce qui aurait provoqué des collisions sanglantes;

En présence de l'occupation policière de la Faculté;

En présence des condamnations rigoureuses prononcées contre nos camarades de toutes opinions politiques ou confessionnelles;

Prescrit à tous les étudiants et élèves des grandes écoles de faire la grève générale en s'abstenant de paraître à leurs facultés et à leurs écoles à partir du jeudi 2 avril.

Les étudiants en médecine suivront bien entendu leurs stages dans les hôpitaux.

Quant au conflit provoqué par la nomination de M. George Scelle, l'Association générale des étudiants de Paris entend remonter à l'origine de ce différend, faire la lumière complète et dire la vérité entière à tous. La solution ne peut être trouvée qu'en se plaçant sur le terrain choisi par l'Association générale, terrain corporatif.

Il est interdit à tous les étudiants de proférer aucun cri qui puisse avoir un caractère politique.

Le président : Gattino.
Les vice-présidents : Alricq et Auscher. »

— L'Association corporative nous prie, d'autre part, d'insérer le communiqué suivant :

« L'Association corporative des étudiants en médecine de Paris se serait gardée de jamais intervenir dans le différent qui a surgi entre M. Scelle et les étudiants en droit. C'était là une question purement corporative et seuls, par conséquent, les étudiants en droit devaient agir. Mais, aujourd'hui, il y a un fait nouveau, un fait grave : M. Berthélemy, doyen de la Faculté de droit, est suspendu pour avoir refusé de livrer ses étudiants aux brutalités policières. Cette mesure est intolérable et tous, professeurs et étudiants, se doivent de protester. C'est contre cette décision du ministère que nous élevons une voix libre, indépendante.

Nous devons à la vérité de dire que prochainement les chahuts de la Faculté de droit se reproduiront à la Faculté de médecine si M. Weill-Hallé est nommé professeur. Nous espérons très sincèrement que nous ne serons pas dans l'obligation d'intervenir et que de pénibles incidents seront évités.

Le secrétaire : J. Meysenc. »

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 30 mars. — MM. Oberlin, 25; Fey et Maurer, 24; Sénèque, 26.

Séance du 31 mars. — MM. Richard, 24; Boppe, 28; Braine, 24; Michon, 25.

Séance du 1er avril. — MM. Petit-Dutaillis, 27; Pascalis, 25; Girode, 27; Quénu, 25.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — RÉORGANISATION DES ÉTUDES MÉDICALES. — Un arrêté ministériel en date du 31 mars 1925 dispose que les dispositions du décret du 10 septembre 1924 portant réorganisation des études médicales seront applicables à partir du 1er novembre 1925.

Exception est faite toutefois quant à la deuxième année d'études pour laquelle la date d'application est fixée au 1er novembre 1926.

Les étudiants de deuxième année subiront à la fin de l'année scolaire 1925-1926 les épreuves du deuxième examen suivant l'ancien régime; ils subiront, en outre, les épreuves pratiques et orales de bactériologie.

Les étudiants entrant en troisième année au 1er novembre 1925 devront à la fin de cette troisième année, outre les épreuves prévues pour le nouveau régime, subir également les épreuves orales et pratiques de bactériologie.

Les étudiants qui entreront en quatrième année au 1er novembre 1925 auront à subir, outre les épreuves du quatrième examen, nouveau régime, les épreuves pratiques et orales d'anatomie pathologique.

Les candidats qui ont bénéficié de l'autorisation de faire leurs études médicales suivant le régime du décret du 31 juillet 1893 continueront à poursuivre leur scolarité et à subir

les examens ou épreuves suivant ce régime. (*J. O.*, 1er avril 1925.)

— PARIS. — Sont maintenus en exercice jusqu'à l'âge de la etraite, MM. les agrégés de la Faculté de médecine Blanchetière, Branca, Champy, Hovelacque, Joyeux, Labbé (Henri).

M. le docteur Garrelon est nommé, pour l'année scolaire 1924-1925, chef des travaux pratiques de physiologie, en remplacement de M. Camus, décédé.

M. Rafflin est nommé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-1925, chef du laboratoire de chimie (clinique des maladies mentales, Sainte-Anne), en remplacement de M. Aubel, appelé à d'autres fonctions.

CONCOURS POUR L'ADJUVAT. — Un concours pour cinq places d'aide d'anatomie s'ouvrira le mardi 5 mai 1925, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

Tous les élèves de la Faculté, français ou naturalisés français, sont admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 25 avril inclusivement.

Les aides d'anatomie nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1925.

CONCOURS POUR LE PROSECTORAT. — Un concours pour deux places de prosecteur s'ouvrira le lundi 11 mai 1925, à midi et demi, à la Faculté de médecine de Paris.

MM. les aides d'anatomie sont seuls admis à prendre part à ce concours.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté, de 15 à 17 heures, tous les jours, jusqu'au 2 mai inclusivement.

Les prosecteurs nommés entreront en fonctions le 1er octobre 1925.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

SOUS-SECRÉTARIAT D'ÉTAT DE LA MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Daniel, médecin sanitaire maritime; Leroy (du Havre).

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Peroni, vice-président du Conseil général de la Corse.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Autric, médecin en chef de 1re classe de la marine à Toulon ; Branzeau (de Donzit), Le Mière (de Paris), Maillard-Brune (de Meudon), Maupomé (de Montégut), Poinot (de Colombes), Roncé (de Paris), Sanerot (de Mâcon).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Blanc (de Gardanne), Dalayrac (de Toulouse), Gaumet (de Boussac), Odinot (de Grenoble), Philippe (de Saint-Dié), Valentin (de Ronchin), Voyer (de Machecoul).

— ACTES DE COURAGE ET DE DÉVOUEMENT. — *Médailles de bronze.* — M. le docteur Magniez (de Reims), M. Thevenon, externe des hôpitaux de Lyon.

— MÉRITE AGRICOLE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Chevallier, Jeudon et Vignes (de Paris), Lépinay (de Casablanca), Gay-Bonnet, médecin principal de l'armée; Vernes (de Saint-Pons).

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — Comme nous l'avons déjà annoncé, l'Assemblée générale annuelle aura lieu le dimanche 26 avril 1925 dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Seuls peuvent y prendre part les membres du Conseil général de l'Association, les présidents et délégués des Sociétés locales et les membres de la presse médicale invités.

Le soir aura lieu le banquet au Palais d'Orsay. En dehors des invités, tous les confrères peuvent y prendre part en envoyant leur adhésion et le prix du banquet (40 fr.), à M. le docteur Jules Bongrand, trésorier général de l'Association, 5, rue de Surène, Paris (VIIIe), avant le 22 avril.

CONFÉRENCE. — Sur l'invitation de la Société des médecins inspecteurs des écoles de Paris et de la Seine et sous les auspices de l'Association franco-colombienne, le grand éducateur Augustin Nieto Caballero a donné une conférence le lundi 30 mars, à 20 h. 30, dans le petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. M. Nieto Caballero a exposé comment est née, comment s'est développée et comment a été réalisée l'idée du Gimnasio moderno qu'il a créé en Colombie.

Cette conférence qui avait lieu sous la présidence de M. Béquet, conseiller municipal de Paris, et à laquelle assistaient de très nombreuses personnalités, a eu un très grand succès.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baqué, médecin-major de 1re classe des troupes coloniales, mort à Touggourt, victime du devoir professionnel; Beigneux, médecin principal de 1re classe en retraite; et de M. Alexandre Maloine, éditeur de médecine, décédé à l'âge de soixante-seize ans. Nous adressons nos bien sincères condoléances à ses fils MM. Félix, Norbert et Maxime Maloine.

NOTE DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE

Alimentation riche en laitages et légumes, viandes bien cuites et en petite quantité (jamais le soir), suppression des boissons excitantes (thé, café, liqueurs, vin pur).

Matin et soir, dans un verre d'eau minérale, un cachet de Théosalvose pure ou phosphatée, à 0gr25.

Gymnastique musculaire, exercice, massage.

LIVRES NOUVEAUX

Tuberculose chirurgicale (1), par Aug. BROCA.

Ce livre est le résumé des leçons faites par A. Broca sur la tuberculose chirurgicale chez l'enfant. On y retrouve, comme dans toutes ses publications une documentation considérable, et des reproductions de ces multiples radiographies qui servaient à ces projections que connaissaient bien les habitués du Service des Enfants malades.

L'ouvrage débute par les mordantes lettres au professeur Poncet sur la tuberculose inflammatoire (1908) (sténose tuberculeuse du pylore, la spécificité tuberculeuse, tarsalgie et radius curvus, scoliose et tuberculose).

On trouve ensuite une leçon sur le traitement des adénites bacillaires, une sur les tuberculoses chirurgicales et la typhobacillose, puis sur les ostéites tuberculeuses multiples du nourrisson, sur les ostéo-arthrites tuberculeuses et accidents du travail, sur les ostéites tuberculeuses, les abcès froids de la paroi thoracique, sur les ostéites juxta-articulaires, cinq leçons de généralités sur les ostéo-arthrites tuberculeuses, six sur la tumeur blanche du genou, six sur la coxo-tuberculose, un sur les ostéo-arthrites du pied, un sur celles de l'épaule, du coude, du poignet, et trois sur le mal de Pott.

Mine précieuse de documents pour tous ceux qu'intéresse la tuberculose osseuse. M. LANCE.

RENSEIGNEMENTS

DEM. POUR CLIN. VOIES URINAIRES étudt très sérieux. Consult. 5 jours pr sem., 3 heures pr jour. S'adr. bureau du Journal.

(1) Un vol. de 324 p., avec 392 fig. — Paris, 1925, J.-B. Baillière.

REVUE GÉNÉRALE

LES TUMEURS SOLIDES DE L'APPENDICE [1]

Par M. Louis LÉORAT,
Ex-interne des hôpitaux de Lyon.

(*Travail du Laboratoire du Professeur* Silhol [de Marseille])

Histologie. — Nous abordons ici le point le plus difficile de la question. La littérature nous fournit des documents nombreux émanant de tous les pays mais il y a une terminologie à définir. La connaissance de ces tumeurs est due à des examens histologiques en série dus à Letulle, Lecène, Masson et à de nombreux étrangers.

Dans les diverses observations histologiques, surtout à l'étranger, on parle tantôt de cancer à cellules rondes (Mac Williams, Benzo-Hada, Graham), à cellules sphériques (Harte), tantôt de sarcome à cellules rondes (Warren, Whitney et Paterson, Schwartz), de cancer colloïde (Neugebauer, Mac Williams, Kudo, White), de cancer alvéolaire (Zaayer), d'endothéliome (Kelly), d'adéno-carcinome à cellules sphériques (Mac Cosh), de cancer squirrheux (Day et Rhéa), de cancer médullaire solide (Kurak), de carcinome, de carcinoïde (Oberndorfer, Rogg, Benzo-Hada, etc.).

En réalité, il faut remarquer qu'à l'étranger, le terme de sarcome ne marque pas la plupart du temps l'origine conjonctive d'une tumeur. Il signifie qu'il existe des cellules néoplasiques dans un stroma riche en vaisseaux. La plupart du temps, il s'agit d'un épithélioma infiltré, avec prédominance du stroma vascolo-conjonctif auquel cas nous adoptons classiquement le nom de carcinome. Cette confusion dans les mots peut créer une grande confusion dans les idées.

En réalité le cancer de l'appendice se ramène à deux types assez différents dans leur structure et leur évolution l'*adéno-carcinome*, ou cancer à cellules cylindriques, le cancer à *cellules sphéroïdales* ou carcinoïde.

Avant d'aborder l'étude histologique de ces tumeurs, il est nécessaire de se rappeler la structure normale de l'appendice.

a. **Structure normale de l'appendice.** — La muqueuse appendiculaire présente des glandes de Lieberkühn revêtues de quatre sortes de cellules : les cellules palissadiques, les cellules caliciformes, les cellules de Paneth et les cellules argentaffines ou cellules de Kultchitzky. En allant vers la profondeur, on trouve la membrane basale vitrée, une trame réticulée et des nerfs du plexus périglandulaire (nerfs amyéliniques composés et des ganglions).

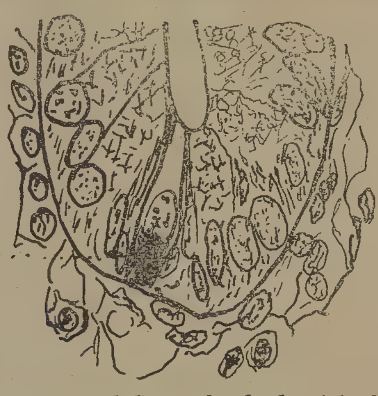


Fig. 12. — *Fond d'une glande de Lieberkühn. Situation basale des grains.*

b. **Carcinoïdes.** — Les petits carcinomes que l'on observe au niveau de l'appendice comme d'ailleurs au niveau du tube digestif décrits par Lubarsch, appelés carcinoïdes par Oberndorfer sont caractérisés par des cellules néoplasiques polygonales groupées en cordon ou en alvéoles.

Les cellules de ces tumeurs présentent des grains qui réduisent le nitrate d'argent ammoniacal (cellules argentaffines) de même d'ailleurs que les cellules sympathiques des névromes des appendices oblitérés et de même aussi que les cellules de Kultchitsky de l'épithélium intestinal qui ont des propriétés endocriniennes.

Il en résulte que ces tumeurs carcinoïdes cliniquement bénignes ont des liens génétiques avec les lésions nerveuses.

Dans les appendices oblitérés, des recherches minutieuses ont montré que les cellules argentaffines incluses dans les nerfs procèdent de bourgeonnements intranerveux des glandes de Lieberkühn. Dans ces appendices l'hypergenèse se traduit par un névrome.

Les carcinoïdes appendiculaires ont des liens génétiques avec les lésions nerveuses.

Ils ont une structure épithéliale trabéculaire. Les groupes cellulaires répondent à la section de cordons de calibres très variables et inégaux anastomosés dans toutes les directions. Ces cordons traversent la muscularis mucosæ envahissant la sous-muqueuse et pénètrent dans les musculeuses en suivant les filets nerveux des plexus, côtoyés, pénétrés par eux.



Fig 13. — *Tumeur endocrine de l'appendice* (Gosset et Masson). *Cellules finement granuleuses argentaffines et vacuolaires orientées vers le stroma. Les limites indistinctes donnent à l'ensemble un aspect syncitial.*

Les travées tumorales sont variables. Les unes *compactes* présentent soit des cellules polygonales, soit palissadiques soit fusiformes. Les autres *vési-*

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.* 1925, n° 25, p. 405.

culaires présentent des cellules prismatiques, hautes et cylindriques ou courtes et cubiques. Par leur pôle apical, elles bordent une cavité sphérique, remplie de substance colloïde ou mucoïde. Parfois l'aspect est cylindromateux, disposition semblable à celle des glandes endocrines.

Les types cellulaires des névromes et des carcinoïdes se font suite.

Les carcinoïdes résultent de la prolifération extranerveuse de cellules neurocrines, polygonales ou cylindriques observées dans les hypergenèses nerveuses.

Les carcinoïdes appendiculaires sont des tumeurs infiltrantes qui occupent toutes les tuniques appendiculaires mais qui ne se généralisent pas et se comportent cliniquement comme des tumeurs bénignes. Ils sont constitués par des trames épithéliales de cellules argentaffines. Les cellules sont semblables à celles des névromes appendiculaires. Les carcinoïdes sont en réalité des paragangliomes, des tumeurs neuro-épithéliales et leur origine est dans la cellule de Kultschitzky, cellule endocrine de l'appendice.

c. **Adéno-carcinome.** — La variété la plus fréquente est le cancer glandulaire type ou épithélioma cylindrique, que l'on retrouve identique sur le reste du tube intestinal. Elle ne présente rien de particulier au niveau de l'appendice : tendance à l'extension locale et à distance, aux métastases et à la généralisation. C'est la forme maligne surtout par comparaison avec le carcinoïde.

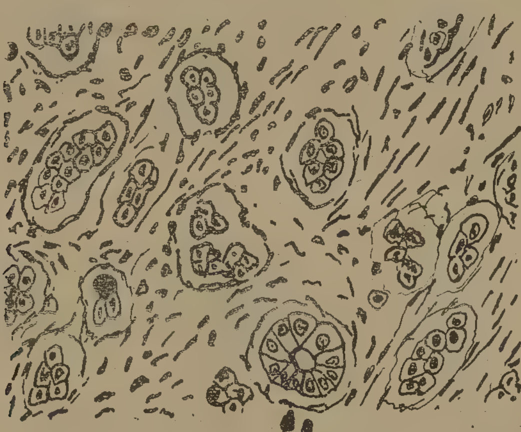


FIG. 14. — *Cancer de l'appendice* (Lecène). *Epithélioma atypique cylindrique.*

On constate une prolifération des glandes dans la profondeur. Les éléments épithéliomateux effondrent la muscularis mucosæ et forment dans la sous-muqueuse et la musculeuse des amas de cellules atypiques, petites, richement nucléées gardant en d'autres cas des formes plus régulières, cubiques ou cylindriques reproduisant plus ou moins des aspects glandulaires. Parfois la muqueuse est normale et la tumeur paraît surtout développée dans la sous-muqueuse. Souvent le tissu conjonctif réagit constituant d'abondants faisceaux fibro-élastiques qui contribuent à la production de la sténose. C'est alors un véritable squirrhe, sans ulcération de la muqueuse.

La transformation néoplasique se fait au niveau des glandes de Lieberkühn dont les cellules cylindriques prolifèrent en plusieurs couches et arrivent à former des végétations plus ou moins considérables dans la cavité appendiculaire. Ou bien les glandes prolifèrent dans la sous-muqueuse où l'on trouve des éléments glandulaires néoplasiques, apparaissant sur les coupes sons forme de boyaux sinueux, ramifiés, anastomosés ou d'amas irréguliers peu ramifiés ne présentant aucun agencement spécial. Les cellules cylindriques y sont grosses, hautes en couleur, bourrées de noyaux vivement teintés par les colorants basiques.

Au niveau de la musculeuse, les fibres musculaires sont généralement saines mais les espaces intermusculairss sont souvent envahis par l'infiltration néoplasique et la musculeuse apparaît comme sillonnée de nouvelles colonies cancéreuses rappelant des glandes de Lieberkühn. Parfois aussi la couche musculaire est fortement hypertrophiée notamment dans les néoplasmes bourgeonnants et proliférants dans la cavité appendiculaire. Elle est énorme. Son épaisseur est dix, vingt fois, et plus, celle des appendices normaux et le bord interne est plus ou moins détruit par les cellules néoplasiques envahissantes. Là, les fibres musculaires sont disloquées, dissociées, attaquées par les cellules néoplasiques qui envahissent la couche musculaire.

Le péritoine n'est pas à l'abri de l'envahissement cancéreux mais les rares colonies épithéliales qui y sont parvenues ne forment pas des bourgeons visibles. Quand la cavité appendiculaire n'est pas oblitérée on voit proliférer à l'intérieur les bourgeons épithéliaux et les bourgeonnements fibro-vasculaires nés aux dépens de la surface connective musculaire. La lumière des vaisseaux sanguins est souvent bourrée de cellules néoplasiqaes.

d. **Développement de néoplasmes aux dépens des cellules de Paneth.** — Entre les cellules épithéliales de la muqueuse on trouve des cellules à grains de Paneth caractérisées par la présence dans le protoplasma, d'un certain nombre de grains réfringents fortement éosinophiles. Ces cellules auraient-elles des relations avec les carcinomes ? Cela semblerait démontré par la présence de grains pigmentaires éosinophiles analogues à ceux des cellules de Paneth (Huschmann).

Symptômes. — Le cancer primitif de l'appendice s'observe surtout de dix à trente ans et revêt dans plus du tiers des cas la forme classique de l'appendicite aiguë ou subaiguë même quand à l'intervention on ne trouve pas de suppuration. C'est pourquoi — et tous les auteurs insistent sur ce fait — le diagnostic clinique est quasi impossible. Le diagnostic macroscopique est également impossible et la plupart de ces cancers n'ont été reconnus qu'à l'examen histologique. Landau fait remarquer que le diagnostic clinique n'a été porté qu'une fois sur 57 observations. Bérard et Vignard ont été frappés dans les cas qu'ils ont observés par la fréquence de l'allure aiguë de ces cancers et surtout par le fait de l'intensité des douleurs.

D'ailleurs, dans les cas aigus il est inutile de chercher à faire le diagnostic entre cancer et appendicite. En réalité il s'agit bien d'une appendicite préparée par un néoplasme qui agit en obstruant la lumière de l'organe et en favorisant les infections au niveau de la muqueuse qu'il ulcère.

10 pour cent des cas sont des trouvailles d'autopsie. Beaucoup sont découverts fortuitement au cours d'une intervention chirurgicale le plus souvent par les gynécologues. Aussi selon James M. Graham, il y aurait quatre-vingt-quinze cas chez la femme contre 65 chez l'homme.

Albertin a rapporté trois cas de cancers de l'appendice trouvés fortuitement au cours d'intervention gynécologique.

a. **Forme appendicite** — Le début est variable soit par une crise d'appendicite simple avec douleurs vives dans la fosse iliaque droite, soit par une crise d'entérite, soit par des crises d'appendicite à répétition ou à rechutes. Entre les crises, les douleurs s'atténuent ou disparaissent.

Parfois, l'affection se manifeste par une complication (suppuration, perforation).

A la période d'état, la palpation peut déceler de la douleur localisée avec hyperesthésie, elle peut révéler une induration en boudin roulant sous le doigt, ou une masse, un plastron.

L'évolution se fait vers la mort par l'extension progressive, les complications ou les métastases si l'on n'intervient pas.

b. **Forme tumeur.** — Ce n'est qu'à une période tardive de l'affection que l'on peut sentir la tumeur à la palpation. Dans les formes volumineuses qui ont été décrites par certains auteurs il est évident qu'une tumeur aussi importante ne passe pas inaperçue tant par ses symptômes fonctionnels que par ses signes physiques.

c. **Formes à rechutes ou à répétitions.** — C'est là une des formes les plus fréquemment observées (Le Priol, Potherat, Cantas). Les symptômes, la douleur surtout, apparaissent par crises, la région reste sensible à la palpation dans l'intervalle. Cependant on n'observe pas d'élévation de température, pas d'accélération du pouls.

d. **Forme localisée à la valvule de Gerlach ou cancer cæco-appendiculaire.** — Cette forme sur laquelle nous avons déjà insisté pourrait être aussi bien décrite à propos du cancer du cæcum que du cancer de l'appendice ; cependant on la passe généralement sous silence.

Le cas bien observé de Cantas peut servir de type clinique. L'affection débuta par des coliques plus intenses dans la fosse iliaque droite et survenues brusquement. Elles durèrent deux jours sans fièvre, sans vomissements ni nausées.

Nouvel accès douloureux deux mois après, qui dura trois jours.

Autre accès, trois mois après qui dura quatre jours et augmentant d'intensité.

Quatre mois après, les douleurs durèrent dix-sept jours beaucoup plus intenses et au cours de cette période on put constater une petite tumeur de la grosseur d'une noix.

Deux mois après, nouvel accès qui dura un mois et demi pendant lequel apparaissent des vomissements et de la fièvre.

La tumeur redevient perceptible et on trouve du *melæna*.

En somme, le syndrome consiste en crises douloureuses à répétitions sans fièvre, sans vomissements mais qui augmentent de durée et d'intensité jusqu'au moment où apparaît la grande crise longue et douloureuse accompagnée de vomissements, d'état subfébrile, de melæna et de la perception de la tumeur. Une complication rare mais intéressante à signaler et qui semble propre aux cancers de la valvule de Gerlach est *l'invagination appendiculo-cæcale* qui fut constatée opératoirement par Cantas. Elle s'explique par un mécanisme analogue à l'invagination iléo-cæcale. La tumeur n'est pas nécessaire pour produire l'invagination mais elle n'en constitue pas moins un adjuvant qui ajoute ses effets aux conditions anatomo-physiologiques indispensables à sa formation.

La tumeur constitue pour l'appendice un véritable corps étranger dont il cherche à se débarrasser par de violentes contractions qui ont leur point de départ à son niveau. La tumeur entraîne l'intestin comme un polype utérin entraîne le fond utérin sous l'influence des contractions de l'organe musculaire dont les fibres s'hypertrophient.

e. **Formes latentes.** — Nous avons signalé que beaucoup de cancers de l'appendice ont été découverts par hasard, au cours d'une intervention chirurgicale ou à l'autopsie. Ces formes latentes correspondent le plus souvent aux petits cancers de la pointe appelés encore carcinoïdes et histologiquement ce sont eux qui coexistent avec l'appendicite oblitérante et les névromes. Avant M. Masson, Letulle et Weinberg, Cornil en avaient signalés.

f. **Cancers coexistants.** — Plusieurs auteurs ont signalé des cancers de l'appendice coexistants avec des cancers d'autres organes (ovaire, utérus, intestin, etc.)

Albertin a observé deux cancers de l'appendice coexistants avec les kystes mucoïdes de l'ovaire, et présentant les mêmes caractères (tumeurs colloïdes). Il semble bien qu'il s'agisse de cancer secondaire de l'appendice. M. Condamin et M. Durand ont observé des cancers du cæcum et du colon sigmoïde survenus quelques années après l'ablation d'un cancer de l'ovaire. Il s'agirait là d'un faux syndrome de Krukenberg. Shelton Horley rapporte un cancer coexistant de l'appendice et de l'intestin. Il est difficile de dire les relations entre ces néoplasmes.

Dans les cas de coexistence de tumeurs appendiculaires et de tumeurs ovariennes on peut se demander quelle est la tumeur primitive.

Dans les cas rapportés par Albertin (3 observations) il put établir que la tumeur appendiculaire ressemblait à la tumeur ovarienne kystique ; celle-ci étant primitive.

Mais le cancer primitif peut fort bien être un cancer du tube digestif réalisant le syndrome de Krukenberg ou le faux syndrome de Krukenberg. L'examen histologiqne des deux tumeurs permet d'établir les relations de l'une à l'autre.

Quant aux cancers cæco-appendiculaires, ils peuvent s'expliquer par extension locale.

g. **Cancers de l'appendice hernié.** — Les cas signalés sont très rares. L'observation de M. Patel (1907) publiée dans la thèse d'Escoffier était la seule. Le cas de Nové-Josserand 1891 était un lipome.

Depuis lors Gangitano (1910) et Bobbio (1920), en ont rapporté respectivement un autre cas. On ne peut qu'émettre des hypothèses sur la pathogénie de cette forme clinique. Il n'est pas impossible que les causes d'irritation chronique d'un appendice hernié puissent favoriser le développement d'un épithélioma. On doit signaler aussi la tendance qu'ont les tumeurs malignes de l'intestin à tomber dans l'intérieur de l'abdomen selon la loi de la pesanteur.

Il est naturellement impossible de tracer un tableau clinique de faits aussi rares qui sont des trouvailles intéressantes seulement par leur rareté.

Cancer chez l'enfant. — Rolleston et Jones ont noté sept observations chez des adolescents de dix à vingt ans.

Mouchet deux cas chez des enfants de un à dix ans et quinze cas chez des adolescents de dix à vingt ans. Signalons une observation de Letulle et Weinberg chez un enfant de treize ans, une de Kelly chez un adolescent de dix-huit ans, une de Jalaguier chez un enfant de neuf ans et demi, une de Hubschmann chez une fille de seize ans et demi, une de Day et Rhea chez un enfant de neuf ans, une de Bérard et Vignard chez une fille de trois ans, une de Nicolaysen chez un enfant de huit ans, une de Bobbio chez un enfant, deux observations de Vilkir chez des adolescents de quinze et dix-sept ans.

On voit que des faits assez nombreux montrent l'existence indéniable du cancer de l'appendice chez l'enfant et l'adolescent et augmentation de nombre avec l'âge.

Il s'est révélé dans presque tous les cas par des crises d'appendicite survenues à intervalles rapprochés. L'appendice a été perçu dans l'intervalle des crises. On a pu constater des tumeurs volumineuses (Bérard et Vignard).

Complications. — *a.* **Ulcération et perforation.** — La perforation est assez fréquente. Il en résulte soit une péritonite septique, soit un abcès, soit la formation d'une tumeur colloïde.

b. **Extension locale aux organes voisins.** — L'affection a tendance à rester localisée. Surtout en ce qui concerne les carcinoïdes. Mais elle peut s'étendre progressivement, d'abord à l'appendice puis au méso-appendice et aux ganglions. Cette dernière éventualité est exceptionnelle. La propagation peut se faire au cæcum, à l'iléon, au péritoine ce qui est rare. Dans les deux cas d'Hartmann, il est difficile de savoir quel était le point de départ.

c. **Invagination appendiculo-cæcale** que nous avons déjà étudiée.

d. **Métastases.** — Si tous les auteurs s'accordent à dire que le cancer de l'appendice est bénin, il faut signaler les cas de métastases qui ont été observés.

Leconte rapporte des métastases dans les ganglions iléo-coliques et une métastase dans le sein.

Berger a noté la coexistence de tumeur de la paroi abdominale et de cancer cæco-appendiculaire.

Whipham et Lejars ont cité un cas de cancer primitif de l'appendice généralisé dans plusieurs organes.

Il nous faut rapprocher ces cas de ceux que nous avons appelés cancers coexistants. Von Mihalhovics rapporte une métastase appendiculaire d'un cancer utérin.

Dainville rapporte un cancer du cæcum coexistant avec un cancer de l'appendice. Ce chapitre reste encore à l'étude.

e. **Appendicite kystique.** — Souvent, surtout pour les cancers de la partie moyenne, le nodule cancéreux aboutit à l'occlusion de l'organe et par conséquent à la dilatation kystique du segment sous-jacent.

Dans d'autres cas le cancer s'est développé sur une appendicite kystique. Peltier dans sa thèse (1924) rapporte des cas de kystes appendiculaires compliqués de cancer.

Vilkir (1921) a rapporté trois cas de cancer de l'appendice avec diverticule appendiculaire.

Diagnostic. — Le diagnostic ne peut être établi d'une façon univoque puisque les manifestations de cette affection ne sont pas les mêmes.

La *forme latente* a des symptômes si frustes qu'elle ne peut être soupçonnée.

Dans la *forme avec tumeur* le diagnostic doit se faire par l'ensemble des symptômes et l'existence d'une tumeur allongée située suivant le grand axe de la fosse iliaque droite. La pression à son niveau est douloureuse et on peut constater des irradiations dans les lombes et l'épigastre.

Mais il y a lieu de se demander si l'on n'a pas affaire à un appendice géant d'une autre nature (tuberculose appendiculaire, actinomycose) ou à une masse d'épiploïte ou à un kyste de l'appendice. On ne trouvera souvent pas d'éléments de diagnostic pour différencier ces productions les unes des autres.

Dans la forme appendicite il en est de même et pratiquement c'est le diagnostic d'appendicite qu'il faut faire.

Le diagnostic de cancer de l'appendice est dans la généralité des cas un diagnostic histologique.

Pronostic. — Pour la majorité des auteurs le cancer de l'appendice est un cancer bénin qui ne tue pas, qui une fois opéré ne récidive pas. Letulle n'a observé qu'un cas où les lésions avaient pris de l'extension; la muqueuse du cæcum était envahie sur 2-3 centimètres carrés, mais il n'y avait pas de métastases éloignées. Cependant nous avons dit précédemment que des faits aujourd'hui plus nombreux ont montré que ce cancer procède tout comme les autres, qu'il est susceptible de s'étendre localement, dans les ganglions et de donner des métastases dans d'autres organes.

Dans une observation personnelle nous avons vu que les follicules de l'appendice contenaient des masses épithéliomateuses toutes prêtes à marcher vers les ganglions.

Si ces cancers sont bénins c'est parce qu'ils se manifestent le plus souvent par des crises d'appendicite aiguë à une période relativement peu avancée de leur évolution et que l'appendicectomie est une opération suffisamment radicale pour prévenir la récidive.

Nous sommes en présence d'une des formes curables du cancer par l'exérèse chirurgicale et il n'est pas sans intérêt de retenir ces faits à un point de vue plus général.

Ils nous démontrent la valeur des interventions précoces dans le traitement des cancers. Or, ici, les cas observés et opérés se sont révélés par des manifestations d'appendicite surajoutées au cancer.

Il nous faut reconnaître que les carcinoïdes tiennent leur bénignité d'une autre cause : la différenciation sécrétoire de ses cellules.

Enfin, les cancers de la valvule de Gerlach ont un pronostic plus réservé.

Traitement. — La diversité des altérations tumorales de l'appendice et le nombre relativement fréquent de néoplasmes de cet organe oblige le chirurgien à une ligne de conduite constante.

Lorsqu'il intervient pour une affection d'un organe voisin de l'appendice, l'exploration opératoire de cet organe ne sera jamais inutile.

La radiologie de l'appendice peut être utile pour dépister les productions pathologiques latentes de cet organe.

L'examen histologique de tout appendice enlevé et suspect est une nécessité.

Le traitement du cancer de l'appendice varie selon les formes.

Dans les formes localisées à cet organe ou à une partie de l'appendice, l'appendicectomie est une opération suffisante, car ce cancer est bénin dans la règle et tout épithélioma de l'appendice enlevé au début, doit être considéré comme définitivement guéri.

Cependant il sera bon d'explorer tous les ganglions péri-appendiculaires et de les enlever s'ils paraissent suspects. Le méso-appendice sera enlevé et la ligature faite sur la totalité.

On explorera aussi le cæcum, la valvule de Bauhin, les organes génitaux.

La précocité de l'intervention a un rôle capital.

On ne peut se prononcer de façon absolue sur les suites opératoires mais on peut espérer la guérison complète. Dans quelques cas cependant on a vu des récidives (Lejars deux mois après, Lecène cinq ans, Rolleston (deux ans).

Un cas a été traité par le radium.

Dans les cancers cæco-appendiculaires ou cancers de la valvule de Gerlach une intervention plus importante s'impose. C'est ce qui fut fait par les auteurs qui en ont observés. Ils ont fait la résection du segment iléocæcal comme dans les tumeurs du cæcum. Mais cette intervention est d'une gravité immédiate assez considérable et les cas opérés ont généralement eu une terminaison fatale.

Pourrait-on faire une opération moins importante et se borner par exemple à l'excision de la partie du cæcum envahie par le néoplasme? Il faut remarquer que la proximité de la valvule de Bauhin d'une part, l'extension histologique du néoplasme toujours plus importante que ne le révèle l'examen macroscopique obligent à une large intervention. Cependant dans certains cas on pourrait limiter l'intervention à l'excision de la région cæcale atteinte.

BIBLIOGRAPHIE

ASCHOFF. *Pathologische Anatomie*, Fischer.

ASKANAZY. Ueber Bau und Entstehung des chron. Magingeschwürs, sowie soorpilzbefunde in ihm, *Virch. Arch.*, 1921.

ALBERTIN. Tumeurs appendiculaires, *Lyon chir.*, 1912, p. 224, et *Lyon chir.*, 1913, p. 578; — Kyste mucoïde de l'ovaire rompu. Généralisation à l'appendice du processus néoplasique, *Lyon chir.*, 1921.

BATZDORFF. Ein Beitr. z. Frage des primaren appendix carcinoms, *Arch. f. klin. Chir.*, 1912.

BENDA. Tumeur de l'appendice, *Soc. méd. berlinoise*, 1907.

BOBBIO. Cancer de l'appendice, *Arch. ital. di chir.*, 1919.

BÉRARD et VIGNARD. *L'appendicite.*

BOUGET. Un cas d'épithélioma de l'appendice, *Lyon méd.*, 1912.

BORRMANN.

BROCQ et HERTZ. Fibromyomes de l'intestin grêle, *Revue de chir.*, 1921.

BUNTING. Multiple primary cancer of the ileum, *John Hopk. hosp. Bull.*, 1904.

BALDAUF. Trois carcinomes primitifs de l'appendice, *Albany med. Ann.*, 1905.

BATTLE. *Lancet*, 1905.

BÉGER. Un cas de cancer de l'appendice, *Berl. klin. Woch.*, 1882.

BELLANTONI ROCCO. Un cas de cancer de l'appendice, *Gazz. d. osp.*, Milan 1901.

BERDYAYEFF. Cancer primitif de l'appendice, *Semaine méd.*, 1909.

BIERHOFF. Un cas de cancer appendiculaire, *Arch. f. klin. chir.*, Langenbeck 1820.

BJERRUM. Cancer de l'appendice, *Hosp. stid.*, 1910.

BRANDSBURG. Cancer de l'appendice, *Kharkov. med. Journ.*, 1910.

BRANDTS. Appendicitis und appendix carcinom, *Münch. med. Woch.*, 1907.

BRUNTON ZANDER. Un cas d'affection maligne de l'appendice vermiculaire traité par le radium, *Lancet*, 1910.

BRYANDT. *Ann. of surg.*, 1892.

BURCKHARDT. Un cas de cancer de l'appendice, *Freuf. Zeits. f. Path.*, 1909.

BURNANY. *John Hopk. hosp. Bull.*, 1904.

CANTAS. Un cas de cancer du cæcum, *Lyon chir.*, 1922.

CLAUDE. Le cancer de l'appendice, *Th. de Paris*, 1903.

CROUSE. *Surg., gyn., obst.*, 1910.

CIACCIO. Sur une nouvelle espèce cellulaire dans les glandes de Lieberkühn, *Soc. de biol.*, 1906; — Sopra speciali cellule granulose della mucosa intestinale, *Arch. di anat. e di embrol.*, 1907.

CORDIER (R.). La cellule de Ciaccio-Masson et la cellule de Paneth, *Soc. de biol.*, 1923.

COONS. Cancer de l'appendice, *Surg., gyn. and obst.*, 1908.

CULLEN. Cancer primitif de l'appendice, *Journ. Hopk. hosp. Bull.*, 1910.

CULLINGWORTH et CORNER. Cancer primitif de l'appendice, *Lancet*, 1904.

DUBS. Volvulus de l'intestin grêle occasionné par une tumeur appendiculaire (kyste muqueux ou cancer colloïde), *Corresp. Blatt. f. Schw. Hetrze*, 1919.

DUROUX. L'hydro-appendicitose, *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, 1913.

DELBET et HERRENSCHMIDT. Un cas de tumeur de l'appendice à cellules argentaffines, *Bull. du cancer*, no 5.

DAINVILLE. Cancer primitif du cæcum et de l'appendice, *Soc. anat. de Paris*, 1904.

DAY et RHÉA. Carcinome de l'appendice, *Boston Med. and surg. Journ.*, 1908.

DEAVER (John).

DIETRICH. Les cancers de l'appendice, *Deut. med. Woch.*, 1910.

DRAPER. Cancer colloïde de l'appendice, *Boston Med. and surg. Journ.*, 1884.

ECCLES. *Amer. Journ. med. Sc.*, Phil. et New-York 1906.

EDINGTON. Cancer of the vermiforme appendix, *Glasgow med. Journ.*, 1903.

ELTING. Primary carcinome of the vermiforme appendix with a report of three cases, *Trans. med. Soc. New-York*, Albany 1903.

ESCOFFIER. Cancer de l'appendice hernié, *Th. de Lyon*, 1907.

EWING. *Myome in the intestine Neoplasic deseases*, 1919.

ELTING (A. W.). *Ann. of surg.*, 1903.

ELWEL. Cancer primitif de l'appendice vermiforme, *Quart. Sc. med. Oxf.*, 1907-1908.

FAURE et DESPLAS. Fibrome pur du cæcum, *Presse méd.*, 1913.

FRIEDREICH et NEUGEBAUER. Ueber Gutartige gewohute carcinom des Wromfort satze, *Beitr. z. klin. Chir.*, 1910.

GRÉGOIRE. Deux cas de cancer de l'appendice, *Journ. de chir.*, 1909.

GANGITANO. Cancer primitif de l'appendice hernié, *Riforma med.*, 1910.

GARROW et KEENANN. Deux cas de cancer primitif de l'appendice, *Ann. surg. Philad.*, 1908.

GAZA (VON). *Münch. med. Woch.*, 1910.

GIFFARD. *Lancet*, 1893.

GISCARD. *Th. de Toulouse*, 1900.

GLAZEBROOK. Un cas de sarcome de l'appendice vermiculaire, *Virg. M. Mouth. Richmond*, 1895.

GOETJES. Cancer primitif de l'appendice, *Zeit. f. Kreb.*, 1910.

GOFFE. *Med. Record*, New-York 1901.

GRAHAM. Un cas de carcinome primitif de l'appendice, *Tr. N. Hampshire M. Soc. Concord V. H.*, 1909.

GREEG-DAVID. Deux cas de cancer primitif de l'appendice, *Brit. med. Sc.*, London 1909.

GRENSER. Cancer de l'appendice, *Münch. med. Woch.*, 1910.

GRUNBAUM. Un cas de cancer primitif de l'appendice, *Berl. klin. Woch.*, 1907.

HARDON. Carcinome primitif de l'appendice, *John Hopk. hosp. Bull.*, 1900.

HEURNAUX. Tumeurs bénignes de l'intestin, *Arch. prov. de chir.*, 1899.

HASEGAWA. Ueber die Kazinoïde des Wurmfortsatzes und des Dünndarmes, *Virch. Arch.*, 1923.
HEDINGER. Appendix-Neurome, *Schw. med. Woch.*, 1923.
HACKER. Deux cas de carcinome primitif de l'appendice, *Albany med. Ann.*, 1909.
HAMMOND. Cancer primitif de l'appendice vermiforme, *Ann. surg. Phil.*, 1908.
HARTE et LECOMTE. Cancer primitif de l'appendice, *Ann. of surg.*, 1908.
HARTE. Vingt-neuf cas de cancer et sarcome primitifs de l'appendice, *Ann. surg. Phil.*, 1908.
HARTE et WILSON. *Med. News*, 1902.
HURDON. *John Hopk. hosp. Bull.*, 1900.
HARTMANN. Un cas de cancer de l'appendice, *Soc. de chir.*, 1908.
HUBSCHMANN. Carcinome primitif de l'appendice, *Revue méd. de la Suisse romande*, 1910.
HAMANT et MATHIEU. L'appendice géant, *Revue de chir.*, 1923.
HOHMEIER. Invagination de l'appendice, *Deut. med. Woch.*, 1921.
IDEKON. Cancer de l'appendice, *Kuzan med. Journ.*, 1909.
ISAAC. Cancer primitif de l'appendice, *Berl. klin. Woch.*, 1908.
JESSUP. *Med. Record*, 1902.
JONES et SIMMONDS. Un cas de carcinome primitif de l'appendice, *Boston med. and surg. Journ.*, 1904.
JOSSELIN DE JONG. Statistique du cancer de l'appendice, *Neit. a. d. Grenzg. d. Med. und Chir.*, 1908.
JONES. Un cas de cancer de l'appendice, *Lancet*, 1906; — Sarcome primitif de l'appendice, *Surg., gyn. and obst.*, Chicago 1911.
KING. Tumeurs bénignes de l'intestin, *Surg., gyn. and obst.*, 1917.
KAUFMANN. Cancer primitif de l'appendice, *Spez. path. Anat.*, 1907.
KELLY. Carcinome primitif et endothéliome de l'appendice, *Amer. Journ. of the med. sc.*, 1908.
KENNEDY. Un cas de cancer de l'appendice, *Lancet*, London 1909.
KEPLER. Un cas de cancer de l'appendice, *Boston med. and surg. Journ.*, 1908.
KOLACZECK. Un cas de cancer de l'appendice, *Revue des sc. méd.*, 1873.
KONJETZNY. Cancer primitif de l'appendice, *Deut. Zeit. f. Chir.*, Leipzig 1910.
KROGINS. Un cas de cancer primitif de l'appendice, *Finska Laksall. Franal. Pheis.*, 1904.
KUDO. Cancer primitif de l'appendice, *Zeit. f. Krebs. forsch.*, Berlin 1907.
KURAK. Statistique du cancer de l'appendice, *Wien. klin. Woch.*, 1909.
KEMHADJIAN. Le cancer de l'appendice iléo-cæcal, *Th. de Paris*, 1911.
KULTSCHITSKY. Zur Frage über den ban des Darmkanals, *Arch. f. mikr. Anat.*, 1897.
KROMPECHER. Ueber die Bazalzelltumoren der Zylinderepithelschleimhaüte mit besonderer Berücks'chtigung der Karzinoïde des Darmes, *Zieglers Beit.*, 1919.
LÉORAT (L.). Les fibromyomes de l'appendice, *Marseille méd.*, 1924; — Un cas de cancer de l'appendice, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, 1925; — Le cancer de l'appendice chez l'enfant, *Pédiatrie*, 1925; — Les tumeurs de l'appendice, *Revue de chir.*, 1925.
LUEBARSCH. *Virch. Arch.*, 1888.
LAFFORGUE. Tumeurs primitives de l'appendice vermiculaire, *Th. de Lyon*, 1893.
LANDAU. Cancer primitif de l'appendice, *Deut. med. Woch.*, 1906.
LECÈNE. Deux cas de cancer primitif de l'appendice, *Soc. de chir.*, Paris 1907.
LECONTE. Carcinome de l'appendice avec métastase dans les ganglions iléo-coliques, *Ann. surg. Phil.*, 1908.
LEICHSTENSTERN. *Ziemssen's Hand. des spec. path. und thér.*, 1878.
LEJARS. Cancer primitif de l'appendice. Récidive et généralisation rapide, *Soc. de chir.*, Paris 1903.
LETULLE. *Revue de chir. et de gyn. abd.*, 1907, et *Soc. anat.*, Paris 1909.
LETULLE et WEINBERG. Appendicite chronique et cancer primitive de l'appendice, *Soc. anat.*, Paris 1900.
LIBMAN. Un cas de carcinome de l'appendice compliqué de pneumococcie péritonéale, *New-York path. Soc.*, t. VI.
LINDEMANN. Le cancer primitif de l'appendice, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1908.
LOTHROPP. Suppuration d'un cancer de l'appendice, *Boston med.* et *Surg. Journ.*, 1908.
LE PRIOL (Louis). Cancer de l'appendice, *Th. de Paris*, 1908.
MAC BURNEZ. *Med. Record*, 1901.
MAC ADAM ECCLES. *Amer. Journ. of med. sc.*, 1906.
MAC COSH. KILIANI. Cancer primitif de l'appendice resté sans récidive au bout de neuf ans, *Soc. de chir.*, New-York 1908.
MAC COSH. Cancer primitif de l'appendice, *Ann. surg. Phil.*, 1908.
MAC C. WILLIAMS. Etude sur 90 cas de carcinomes de l'appendice et références sur 123 cas, *Med. et surg. Rep. presb. Hosp.*, New-York 1908.
MALOE. Histopathologie de l'appendice, *Th. de Copenhague*, 1908.
MANDLEBAUM. Quatre cas de cancer primitif de l'appendice, *Proc. New-York Path. Soc.*, 1905.
MASON et RHEA. A case of carcin. of the vermiform appendix probably primary, *Boston med.* et *Surg. Gyn.*, 1907.
MAYDL. *Ueber die Darms Krebs*, Vienne 1883.
MENETRIER. Cancer primitif de l'appendice. Examen histologique, *Soc. de chir.*, Paris 1903.
MIHALKOVICS (VON). Métastase appendiculaire d'un cancer utérin, *Centralbl. f. Gyn.*, 1910.
MILIS HERMADY. Un cas de cancer de l'appendice, *Lancet*, 1909.
MARESCH. Ueber den Lipoïdgehalt der sogen Appendix karzinome, *Münch. med. Woch.*, 1923.
MASSON. La glande endocrine de l'intestin chez l'homme, *Acad. des sciences*, 1914; — Les lésions nerveuses de l'appendicite oblitérante, *Acad. des sciences*, 1921; — Les lésions nerveuses de l'appendice, *Congrès de méd.*, 1921; — La neurogénèse dans la muqueuse de l'appendice pathologique. Rôle des cellules argentaffines dans ce phénomène, *Soc. anat.*, 1922; — Volumineux névromes appendiculaires ayant provoqué l'éclatement des musculeuses, *Soc. anat.*, 1923.
MASSON et BERGER. Un nouveau mode de sécrétion interne : la neurocrinie, *Acad. des sciences*, 1923.
MATHIAS. Die abgrenzung einer neuen gruppe von Geschwülsten, *Berl. med. Woch.*, 1920.
MASSON. Les lésions du plexus nerveux périglandulaire dans l'appendicite chronique, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, juin 1922.
MARESCH. Ueber das Vorkermnen neuromartiger Bildungen in obliterierten Wurmforsatzen, *Wiener klin. Woch.*, 1921.
NOVÉ-JOSSERAND. Lipome sous-muqueux de l'appendice hernié, *Lyon méd.*, 1891.
METZGER. Métastases ovariennes des cancers digestifs, *Th. de Paris*, 1911.
MASSON et GOSSET. Tumeurs endocrines de l'appendice, *Presse méd.*, 1914.
MASSON. Appendicite neurogène et carcinoïdes, *Ann. d'anat. path.*, 1924; — Les névromes sympathiques de l'appendicite oblitérante, *Lyon chir.*, 1921.
MASSART. Cancer primitif de l'appendice, *Gaz. des hôpit.*, 1911.
MILOSLAVITCH et NAMBA. *Zeit. f. Kreb.*, 1912.
MILNER. Les cancers primitifs de l'appendice, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1909; — Les pseudo-cancers inflammatoires de l'appendice, *Deut. med. Woch.*, 1910.
MONKS. Cancer primitif de l'appendice, *Ann. surg. Phil.*, 1908.
MORQUIS. Pseudo-tumeur iléo-cæcale, appendicite à forme néoplasique, *Soc. anat.*, Paris 1910.
MORRIS. *Bull. Univ. of Penns. med.*, 1907.
MOSSÉ et DAUNIC. *Soc. anat.*, Paris 1897.
MOSZKOWICZ. Primary carcin. of the appendix, *Ann. of surg. Phil.*, 1903.
MOUCHET. Cancer primitif de l'appendice, *Bull. de la Soc. royale de Belgique*, 1909.
MULLER. *Inaug. diss.*, Bern, 1892.
MYER. Carcinome primitif de l'appendice, *Wakly Bull.*, Saint-Louis 1910.
NÉLATON. Cancer de l'appendice, *Soc. de chir.*, Paris 1907.
NÉRI. Un cas d'adénocarcinome au début resté localisé à la muqueuse et à la sous-muqueuse d'un appendice vermi-

forme chroniquement enflammé et cause d'appendicite à répétition, *Clinique moderne de Pise*, 1904.
NOTTHAFT. Ueber einem Fall multipler Primarkrebses des Dünndarms, *Deut. med. Woch.*, 1896.
NICOLAYSEN. Cancer primitif de l'appendice, *Nord Mag. f. Leig.*, 1920.
NORRIS. Carcinome de l'appendice, *Univ. of Ph. med. Bull.*, 1903.
NEUGEBAUER. Sur le cancer de l'appendice, *Beit. z. klin. Chir.*, Tübing. 1910.
NORRIS, Cancer primitif de l'appendice vermiforme, *Proc. path. Soc. Phil.*, 1902, et *Univ. Penn. med. Bull. Phil.*, 1910.
OKINCZYC. *Le Cancer de l'intestin*, 1924, Bibliothèque du cancer.
OBERNDÖRFER. Karzinoïde Tumoren des Dünndarms, *Frankf. Zeit. f. Path.*, 1907.
OBERNDORFER. Appendix Tumoren, *Lub. ost. Erg.*, 1909.
PERRET. Cancer de l'appendice (2 cas), *New-Yord med. and surg. Journ.*, 1921.
PLISSON et CARRIVE. Tumeur autour d'un appendice diverticulaire, *Soc. de chir.*, Paris 1921.
POTHERAT. *Soc. de chir.*, Paris 1908.
PELTIER. Kystes et diverticules de l'appendice, *Th. de Paris*, 1924.
PATEL. Cancer primitif d'un appendice hernié, *Lyon méd.*, 1907.
PAUCHET. *Gaz. méd. de Picardie*, 1903.
PICOT. Petite tumeur probablement adénomateuse développée au niveau de la valvule de Gerlach et ayant donné lieu à plusieurs crises d'appendicite, *Soc. anat.*, Paris 1905.
POMMER. *Journ. de l'expérience*, 1838.
POTHERAT. Cancer de l'appendice, *Soc. de chir.*, Paris 1909.
POWERS. Sarcome primitif de l'appendice, *New-York med.*, 1911.
PRIMROSE. Primary carcinome, *Ann. surg.*, t. XX.
RICHELOT. Sur l'appendicite chronique et le cancer de l'appendice, *Bull. gén. de thérap.*, 1909.
ROBERG. Deux cas de cancer primitif de l'appendice, *Trans. Chicago path. Soc.*, 1908.
ROKITAWSKY. Trois cas de néoplasme de l'appendice, *Wiener med. Presse*, 1866.
ROGG. Carcinom und carcinoïd der appendix, *Zeit. f. Kreb.*, 1913.
ROLLESTON et JONES. Cancer de l'appendice, *Ann. Journ. med. sc.*, Phil. et New-York 1906.
RUNEBERG. Sur le cancer primitif de l'appendice, *Finska laskar. Hand.*, 1910.
ROKITANSKY. Tumeur décrite comme carcin. colloïde, *Med. Journ.*, Wien 1867.
ROHDENBURG. Fibrosarcome, *Proc. New-York path. Soc.*, 1921.
SCHMIDT. Beit. zur normalen und pathol. histologie emiger Zellarten der Schleimhant des menschlichen Darmkanales, *Arch. f. mikr. Anat.*, 1905.
SCHWARZ. Zur œtiologie und histogenese des primaren Wurmforsatz-Krebses, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1913.
SOLTYKOFF. Beitr. z. Kenntniss. der Karzinoïden Darmtumoren, *Verh. d. Deut. path. Ges.*, 1912.
SUZUKY. Adénomyome et adénomatose endométrioïdes de l'appendice, *Virch. Arch.*, 1924.
SCHOBER. Zur Auffassung der sog. Carcinoïde der Appendix als Progoneblastome, *Virch. Arch.*, 1921.
SCHWEITZER. Ueber neuromartige Bildungen in obliterierten Wurmfortsatzen, *Schw. med. Woch.*, 1923.
STŒRK. *Wiener klin. Woch.*, 1921.
SHELTON HORLEY. *Cancer de l'intestin et de l'appendice.*
STEWARD. Sarcome primitif de l'appendice, *Soc. de chir.*, New-York 1908.
STIEDA. Appendicite et carcinome de l'appendice, *Reisch. med. Auz.*, Leipzig 1910.
STIMSON. Cancer de l'appendice, *Ann. of surg. Phil.*, 1896.
SCHOBER. Carcinome, *Virch. Arch. f. path. Anat.*, 1921.
STEUGEL. Carcinome colloïde possible. *Journ. amer. med. Assoc.*, 1906.
SCHWARTZ. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1913.
THIERSCH. *Berl. klin. Woch.*, 1892.
TYTLER. Tumeur de l'appendice, *Montreal med. Journ.*, 1910.
VASSMER. Les tumeurs primitives de l'appendice, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1908.
VERSÉ. Cancer de l'appendice, *Arb. a. d. path. Inst.*, Leipzig 1909.
VIELLY. Carcinome de l'appendice, *Amer. Journ. of med. sc.*, 1908.
VILKIR. Cancer de l'appendice avec diverticules appendiculaires et obstruction aiguë de l'appendice, *Brit. Journ. of surg.*, 1921.
VILLARD. Cancer primitif de l'appendice, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1904.
WARWICK. Carcinome primaire, *Minnesota med.*, 1922.
WILKIE. Carcinome causant un diverticule, *Brit. Journ. surg.*, 1020-1921.
WARREN. *Boston med. and surg. Journ.*, 1898.
WOLH. Le sarcome de l'appendice, *Ann. of surg.*, 1916.
WITHNEY et PATERSON. Zur Histologie und Histogenese des primaren Wurmfortsatz-Krebses, *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1913.
WŒCKLER. Cancer primitif de l'appendice, *Arch. f. klin. Chir.*, 1908.
WAHLGREN. Carcinome primitif de l'appendice, *Centralbl. f. Path.*, 1908.
WARTHIN. Primary basal celled carcinoma of the appendix report of a new case with some observ. bearing upon its histog., *Phys. and surg.*, *Detroit and Ann. arber*, 1906.
WATTKINS. Carcinome de l'appendice, *Ann. Journ. obst.*, New-York 1909.
WEBER. Cancer primitif de l'appendice, *Saint-Petersb. med. Woch.*, 1907.
WEIL. Un cas de carcinome primitif de l'appendice, *Proc. New-York Path. Soc.*, nos 4-8.
WEINHOLD. *Soc. de chir.*, Breslau 1908.
WEIR. *Arch. intern. de chir.*, 1903.
WEINBERG. *Epithélioma primitif de l'appendice développé dans la cicatrice d'oblitération chez un jeune homme de vingt-deux ans*, 1905.
WELLS. Carcinome primitif de l'appendice vermiforme, *Ann. Journ. obst.*, New-York 1908.
WESTERMANN. Colloïd carcinom van den processus vermiforme, *Nederland Tijd. v. Gen.*, 1906.
WHITE. Cancer primitif colloïde de l'appendice vermiforme, *Ann. of the med. Phil.*, 1908.
WINKLER. Cancer de l'appendice, *Verhandl. der Deut. path. Gesell.*, 1910.
WŒCKLER. Cancer primitif de l'appendice, *Arch. f. klin. Chir.*, 1908.
WRIGHT. Purulent general peritonitis from carcinom of Read of the appendix, *Boston med. and surg. Journ.*, 1898.
YATES et ŒCHNER. Carcinome de l'appendice, *Ann. surg. Phil.*, 1906.
ZAAYER. Cancer de l'appendice, *Ned. Tydsch. noor. Gen.*, 1906.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 MARS 1925)

Quelques données sur la nature du principe antiscorbutique dit vitamine C. — M. N. BEZSSONOFF. A partir du jus de chou frais traité à l'abri de l'oxydation, on obtient une substance cristallisant en aiguilles dans l'alcool absolu et l'acétone. Ce produit préserve les cobayes du scorbut à des doses journalières inférieures à 2 milligrammes. C'est un hydrocarbone donnant un dérivé aux réactions de l'orthodiphénol. L'oxydation de cette substance donne un quinone qui semble être phénolique anthracénique,

Bacilles pyocyanoïdes de la variété mélanogène, — M. C. GESSARD.

Sur les rapports entre l'état physico-chimique des humeurs et les phénomènes d'ossification et de décalcification. — MM. Léon BLUM, Maurice DELAVILLE et VAN CAULAERT. L'étude des modifications humorales au cours de l'ostéomolacie et du rachitisme a amené les auteurs à examiner les relations existant entre l'état physico-chimique du sang et les phénomènes d'ossification et de décalcification; elle leur a permis de dégager les principes suivants :

1° L'ossification et la conservation de la structure osseuse

sont réglées par un équilibre acide base du sang avec prédominance des bases, tel qu'il existe chez le sujet normal;

2° Tout déplacement de cet équilibre, du côté acide, c'est-à-dire tout état d'acidose entraîne des altérations du squelette; s'il s'agit d'os en voie de formation, il y a arrêt de l'ossification; s'il s'agit d'os déjà formés, il y a désintégration osseuse se traduisant par une décalcification.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 31 MARS 1925)

M. LE PRÉSIDENT annonce une place vacante dans la section des sciences physiques, chimiques et naturelles, en remplacement d'André Broca.

Les crédits affectés à l'hygiène. — M. L. BERNARD appelle l'attention de l'Académie sur une réduction de crédits dont est menacé le budget de l'hygiène. Il propose à l'Académie d'émettre un vœu à ce sujet.

Vu l'importance de la question, la proposition de M. Bernard est renvoyée à la Commission d'hygiène qui est priée de se réunir immédiatement et de faire, dans cette séance même, son rapport.

M. THIBIERGE, au nom de la Commission, lit le vœu suivant, qui est adopté à l'unanimité :

« L'Académie de médecine, émue de la réduction envisagée de 132 millions de francs sur les crédits affectés à l'hygiène, estime de son devoir d'appeler l'attention des Pouvoirs publics sur les conséquences désastreuses qu'entraînerait une pareille mesure dont l'effet serait de ruiner les initiatives et les organisations publiques et privées qui ont engagé avec un succès déjà tangible la lutte contre la tuberculose, la syphilis et la mortalité infantile.

Cette prétendue économie se chiffrerait en réalité par une lourde perte de vies humaines et l'accélération de la dépopulation de la France. »

Assurances sociales et enseignement hospitalier. — M. Emile SERGENT, comme membre de la Commission, s'associe complètement aux conclusions du rapport de M. Balthazard. Il tient tout particulièrement à souligner la gravité des répercussions qu'aura le projet de loi sur notre organisation hospitalière et sur notre enseignement clinique. Le libre choix du médecin, inscrit dans le projet, implique nécessairement pour l'assuré obligatoire, transporté à l'hôpital, le droit de se faire soigner par le médecin de son choix. Dès lors, le corps médical des hôpitaux est appelé à disparaître, en même temps que disparaîtra notre organisation hospitalière actuelle.

On pourra voir, dans une même salle, vingt; trente malades soignés par vingt, trente médecins différents.

Où sera la discipline? Où sera la direction? L'Assistance publique, nécessairement, verra ses hôpitaux désertés; elle les vendra aux caisses d'assurances. Quelques services seulement persisteront pour permettre à la Faculté d'assurer l'enseignement clinique officiel qui lui incombe. Mais l'enseignement hospitalier, libre, dont le renom séculaire est une des gloires de notre pays, aura vécu.

Comment les futurs médecins apprendront-ils leur métier? Sera-ce en suivant les visites hâtives que feront à leurs clients hospitalisés les praticiens qui, successivement, passeront dans les salles des hôpitaux?

Il est nécessaire que les législateurs envisagent ces répercussions du projet de loi et l'amendent de façon à maintenir notre organisation hospitalière.

M. BALTHAZARD apporte à la discussion un certain nombre de faits dont la plupart lui ont été communiqués par M. Weiss. Les malades, comme les médecins en Alsace, se sont vu imposer de nouvelles obligations que beaucoup ont jugé inacceptables et plusieurs médecins français ont été remplacés par des médecins allemands naturalisés qui ont accepté ces nouvelles obligations.

L'avarice des caisses s'est exercée aussi sur les médicaments d'une façon singulièrement exagérée. L'intérêt des malades est aussi peu respecté que celui des médecins.

M. MESUREUR interviendra dans la prochaine séance.

Leucémie myéloïde et irradiations. — MM. P. MERKLEN WÖLF et NEIL, à propos d'une observation, examinent s'i existe un rapport entre les irradiations prolongées et la leucémie.

Il est difficile de se prononcer pour la négative ou l'affirmative, mais le fait mérite d'être discuté après la communication de MM. Weil et Lacassagne qui ont vu la leucémie myéloïde emporter un chimiste habitué à manier des substances radioactives. Dans le cas qu'ils rapportent, un laps de temps de quatre ans s'est écoulé entre la séance d'irradiations et le début apparent de la leucémie myéloïde, mais on n'ignore pas que l'action expérimentale des irradiations sur les éléments cellulaires ne se manifeste qu'après une période de latence assez longue.

Prévention de l'orchite ourlienne par injection de sérum de convalescents. — MM. DE LAVERGNE et P. FLORENTIN ont recherché si l'injection de sérum de convalescents d'oreillons aux malades atteints de parotidite ourlienne était capable de prévenir la complication d'orchite. Leurs résultats portent sur 113 malades. Même en utilisant de faibles doses (10 et 15 centimètres cubes) ils ont obtenu des résultats favorables, faisant passer la proportion d'orchite de 25 p. 100 chez les témoins à 5 p. 100. Mais en utilisant la dose de 20 centimètres cubes ils ont obtenu une prévention de l'orchite pratiquement absolue. Les auteurs montrent les raisons de l'importance d'une dose élevée; c'est que beaucoup de convalescents d'oreillons ont un sérum inactif; d'où la nécessité d'injecter un chiffre relativement élevé d'un mélange de sérums.

Au cours de leurs recherches, ils ont constaté que le sérum des convalescents traités (sérum B) est doué d'un pouvoir favorisant, car, sous son action, le pourcentage des orchites devient alors très élevé (42 p. 100), preuve indirecte mais formelle de la spécificité de la séro-prophylaxie de l'orchite.

En définitive, les auteurs estiment que par injection de sérums de convalescents d'oreillons, dans la presque totalité des cas, la complication d'orchite peut être prévenue.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la quatrième section (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles) en remplacement du regretté Jean Camus.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Lapicque; en deuxième ligne, par ordre alphabétique, MM. Anthony, Jolly, Marage, Pettit et Tiffeneau.

Au premier tour, le nombre des votants étant de 82, majorité 42, M. Pettit obtient 38 suffrages; M. Lapicque, 37; M. Marage, 4; M. Jolly, 1; M. Anthony, 1, et M. Tiffeneau, 1.

Aucun des candidats n'ayant obtenu la majorité absolue, il est procédé à un second tour.

Le nombre des votants étant de 80, majorité 41, M. Pettit obtient 45 suffrages, M. Lapicque, 35.

En conséquence, M. Pettit est proclamé élu.

— M. Pettit est chef de service à l'Institut Pasteur où il a été le professeur d'anatomie pathologique de toute une génération de médecins et d'étudiants.

Secrétaire général de la Société de biologie depuis plusieurs années il a mené à bien la tâche colossale de l'établissement d'une table des matières des travaux de la Société

Parmi ses nombreuses publications il faut faire une place à part au beau Traité de la *Spirochétose ictéro-hémorragique* qu'il a écrit il y a quelques années en collaboration avec M. Louis Martin.

Nous sommes heureux d'adresser au nouvel élu nos bien cordiales félicitations.

— L'Académie se forme en comité secret pour discuter le choix du sujet pour le prix du Prince Albert de Monaco.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 27 MARS 1925)

Artérite syphilitique des membres simulant un syndrome de Raynaud. — MM. Marcel LABBÉ et DENOYELLE rapportent l'histoire d'une malade de quarante-trois ans chez laquelle un syndrome douloureux des membres inférieurs

d'apparition récente s'était accompagné de crises de refroidissement et d'acrocyanose, faisant penser à la maladie de Rayaud.

L'origine syphilitique fut soupçonnée par l'existence d'un gros foie solitaire et d'une polymortalité infantile. Le Wassermann fut fortement positif. Un traitement mixte par l'arsénobenzol et le mercure fit cesser rapidement les douleurs et les phénomènes cyanotiques des membres inférieurs. On vit réapparaître un indice oscillométrique presque normal en même temps que le foie diminuait de volume.

Les intradermo-réactions au cours de la scarlatine. Réaction de Dick. Séro-extinction. Toxi-extinction. Réaction de Caronia. — M. Zoeller (du Val-de-Grâce) montre au cours de l'étude du rôle du streptocoque dans l'étiologie de la scarlatine la valeur des intradermo-réactions.

Entre la toxine streptococcique et l'exanthème scarlatineux les intradermo-réactions établissent les liens suivants : une réaction de Dick en général positive au début de la scarlatine devient négative à la convalescence, ou mieux encore le sérum du malade non neutralisant vis-à-vis de la toxine au début devient neutralisant à la convalescence.

Un sujet à Dick négatif présente en général un sérum extincteur vis-à-vis de l'exanthème; un sujet à Dick positif présente un sérum inactif; l'auteur a contrôlé ces propositions au cours d'une cinquantaine de réactions. Il existe cependant des cas douteux où un sérum de sujet à Dick négatif possède un pouvoir extincteur faible ou nul; ce fait est à rapprocher de ce que l'auteur a appelé dans ses premières recherches les « sérums-limites ».

L'auteur expose quel parti on peut tirer pratiquement de la toxine streptococcique de Dick dans le diagnostic et le traitement de la scarlatine en dehors de la valeur étiologique du streptocoque.

Endocardite maligne à évolution lente. Echec de la thérapeutique par injections intraveineuses de filtrat streptococcique. — MM. G. Marchal et Jaubert ont observé dans le service du docteur Laubry une endocardite maligne à streptocoque traitée sans succès par injections de filtrat streptococcique. L'évolution mortelle a eu lieu en cinq mois avec fièvre continue à 39 degrés, souffle diastolique immuable à la base, hématuries microscopiques. Deux hémocultures pratiquées au début et à la fin de la maladie ont isolé un streptocoque non hémolytique.

A l'autopsie, un fragment de végétation valvulaire et le pus d'un infarctus de la rate ont été ensemencés et ont donné le même streptocoque.

M. Troisier discute l'origine dentaire des endocardites lentes à la lumière des travaux américains.

M. Laubry n'a jamais observé de succès thérapeutiques dans les cas d'endocardite infectieuse secondaire lente toutes les fois que le diagnostic s'accompagnait d'hémoculture positive.

M. Carnot rapporte un cas de guérison par le sulfate de cuivre ammoniacal, mais dans ce cas heureux l'hémoculture était restée négative.

M. Sergent partage l'opinion des auteurs et est sceptique sur les guérisons spontanées et sur l'origine dentaire de certaines endocardites. Il critique les travaux américains qui donnent une large place à cette étiologie.

Un cas d'anémie pernicieuse aplastique provoquée par le radium. — MM. Brulé et R. Boulin rapportent l'observation d'une femme qui avait travaillé pendant plusieurs années dans un Institut privé de radium; elle négligeait toute précaution et, particulièrement, transportait en province des tubes de radium en les plaçant sur sa poitrine de peur de les perdre. En janvier 1922 elle présente une dermite éphémère des mains et des avant-bras; en avril 1922 elle commença à s'anémier et, observée en septembre 1922, elle présentait une hypoglobulie au-dessous de 1 million avec leucopénie, mononucléose relative, thrombopénie; il n'existait, dans la formule sanguine, aucun signe de régénération. La mort survint trois semaines après l'entrée à l'hôpital sans qu'aucune amélioration ait pu être obtenue par le traitement.

Cette observation présente le même type que les observations antérieures : anémie pernicieuse, sans aucun signe de régénération sanguine, évolution rapide et sans rémissions vers la mort, en dépit de toute thérapeutique.

Un cas de spirochétose ictéro-hémorragique. Absence d'agglutinines spécifiques. Parallélisme entre l'évolution de l'azotémie et la marche de la température. — MM. de Lavergne et Perrier rapportent un cas de spirochétose ictéro-hémorragique dont l'étiologie, la symptomatologie, l'évolution furent classiques. Mais cette observation prête à deux remarques. La première, d'ordre pratique, réside, malgré l'authenticité de la nature spirochétosique de l'affection, dans l'absence d'agglutinines spécifiques dans le sérum du malade. Comme en pratique c'est souvent la seule recherche de laboratoire qui soit effectuée, il est important de connaître la possibilité d'un séro-diagnostic négatif chez les spirochétosiques.

La deuxième, d'ordre interprétatif, montre le parallélisme entre le tracé thermique et la marche de l'azotémie.

Lavergne et Perrier rappellent les travaux de Lemierre et ses collaborateurs sur le rôle hypothermisant de l'azotémie et émettent l'hypothèse que la spirochétose est une infection à fièvre continue dont la chute temporaire s'expliquerait par le rôle de l'azotémie qui fait l'office d'un frein et interrompt le tracé thermique vers son milieu.

Traitement du rhumatisme articulaire aigu par les injections intraveineuses de salicylate de soude en solution glucosée. — MM. René Bénard, P. Seligmann et Chéramy ont recherché un procédé qui permît d'injecter le salicylate de soude par voie veineuse, en solutions concentrées, sans courir les risques, trop fréquents, de chocs ou d'oblitération veineuse. Après divers essais ils se sont arrêtés à une solution contenant le salicylate et le glucose respectivement à la concentration de 10 p. 100. Cette solution, à condition d'employer un salicylate rigoureusement pur et des solutions fraîchement préparées, donne les résultats désirés. Ils ont pu, dans diverses affections, pratiquer jusqu'à vingt injections et davantage dans une même veine, sans constater le moindre incident et sans oblitérer la veine.

M. Carnot déclare que les solutions au 1/20 ne déterminent pas d'oblitération veineuse et que la voie intraveineuse permet d'obtenir une action cinq fois plus active que par voie buccale.

Dilatation bronchique. Séquelle de gangrène pulmonaire à rechute. Lipiodiagnostic. — MM. Léon-Kindberg et P. Cottenot relatent l'observation et montrent les clichés thoraciques d'une jeune femme qui fit, il y a deux ans, un foyer de gangrène pulmonaire du lobe inférieur gauche. Depuis, elle présenta le syndrome clinique de la rechute, mais sans que les signes physiques, radioscopiques et même radiographiques, permissent de préciser la lésion. L'injection intercricothyroïdienne de 30 centimètres cubes de lipiodol démontra l'existence d'une grosse dilatation bronchique localisée. Il semble donc que, tandis que le processus de gangrène, dans le parenchyme, finit par disparaître et peut guérir, il persiste au contraire en se cantonnant sur les bronches et en en détruisant l'armature. C'est là une étiologie possible de la dilatation bronchique localisée. Le pneumothorax artificiel est la thérapeutique de choix.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS AUXILIAIRES

M. Valette, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre si un étudiant en médecine de la classe 1920, interne des hôpitaux d'une ville de Faculté, titulaire de dix-huit inscriptions et ayant accompli trois mois de service en 1918 comme engagé volontaire, peut faire compter ces trois mois dans les six mois exigés comme soldat de 2e classe avant sa nomination au grade de médecin auxiliaire. *(Question du 17 mars 1925.)*

Réponse. — Réponse affirmative, mais l'intéressé doit subir avec succès l'examen d'aptitude au grade de médecin auxiliaire pour pouvoir accéder à ce grade. (*J. O.*, 26 mars 1925.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

VISITEZ LA CORSE, L'ILE DE BEAUTÉ. — A une nuit de traversée de Marseille, à quelques heures de Nice par les Services maritimes de jour, la Corse est par excellence la région des belles excursions. Ici la mer s'allie à la montagne et le paysage exerce sur le voyageur un véritable attrait. Aucune description ne saurait montrer l'Ile dans toute sa beauté; il faut la visiter pour en goûter tout le charme captivant.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages permettent aux touristes de se décharger de tout souci en cours de route. Ils trouveront à Ajaccio, Bastia, et Corte des cars de la Compagnie P.-L.-M. qui leur permettront de visiter, jusqu'au 15 octobre, dans des conditions de confort très appréciées, les sites les plus intéressants de l'île : les Calanche de Piana qui dressent leurs blocs gigantesques au-dessus du golfe de Porto qu'elles dominent de plus de 400 mètres; les défilés imposants de la Scala de Santa Regina et de l'Inzecca; les aiguilles de Bavella taillées en dents de scie; la falaise de Bonifacio qui s'avance au-dessus des flots comme une proue de navire; enfin le tour du Cap Corse où la montagne et la mer semblent s'être réunies pour procurer au touriste une extase qu'il ne saurait goûter ailleurs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Psychologie des névroses, par le docteur O.-L. FOREL. Un volume in-12 de 258 pages. — Prix : 10 fr. francais. — Genève, Kundig, 1, place du Lac.

Unité des mondes, par le docteur DOUSSAIN. In-8, 1925. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

POUR LES LIBERTÉS UNIVERSITAIRES. — L'appel lancé la semaine dernière par l'Association générale des étudiants et l'Association corporative des étudiants en médecine a été entendu.

Douze mille étudiants, appartenant à toutes les Facultés et aux grandes Ecoles, délaissant leurs cours, se sont réunis jeudi place du Panthéon. Dans un ordre et un silence impressionnants ils sont allés défiler, tête nue, sous les fenêtres de M. Berthélemy, l'éminent doyen de la Faculté de droit, suspendu de ses fonctions par la nervosité du ministre de l'Instruction publique.

En se soulevant, au nom de la justice, contre le régime du bon plaisir et en protestant avec tant de calme et de dignité contre des mesures iniques, les étudiants ont donné un grand exemple.

Les professeurs de la Faculté de médecine, à l'issue du conseil, ont de leur côté signé une adresse de sympathie au doyen de la Faculté de droit.

Cette solidarité établie entre les professeurs et les étudiants pour la défense des libertés universitaires, en dehors de toute pensée politique, honore autant les maîtres que la jeunesse laborieuse de nos facultés.

HÔPITAUX DE PARIS. — Assistants d'électroradiologie des hôpitaux (année 1925). — La réunion de la Commission chargée d'établir la liste d'aptitude se réunira le mercredi 6 mai 1925, à 16 h. 1/2, à l'administration centrale, 3, avenue Victoria.

Le nombre des places d'assistant d'électro-radiologie à attribuer par cette Commission est fixé à dix.

MM. les docteurs en médecine désireux de soumettre leurs titres à l'examen de la Commission devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, tous les jours (les dimanches et jours de fêtes exceptés), de 14 à 17 h., du mercredi 15 avril au mercredi 22 avril inclusivement.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Dans sa séance de jeudi, le Conseil de la Faculté de médecine a proposé au choix du ministre, pour la chaire de physique médicale, vacante par suite du décès de M. le professeur Gariel, en première ligne M. André Strohl, et en seconde ligne M. Zimmern.

— Lille. — M. Polonowski, professeur, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours semestriel de chimie analytique.

Un nouveau congé, du 6 février au 6 mars 1925, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Lemoine, professeur.

— Toulouse. — Sont maintenus en exercice jusqu'à la limite d'âge MM. les professeurs agrégés Soula (physiologie) et Moog (chimie médicale).

LES CONGÉS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — En plus des fêtes légales, les cours vaquent dans les Facultés et Instituts et Ecoles des Universités :

a. Du 23 décembre au soir au 3 janvier au matin.

Lorsque le 23 décembre tombe un dimanche, la date initiale est avancée d'un jour; lorsque le 3 janvier tombe un dimanche, la date de la rentrée est reculée d'un jour ;

b. Du lundi inclus qui précède le jour de Pâques au lundi matin de la semaine qui suit la semaine de Pâques.

Deux jours de congé dans l'année scolaire pourront être donnés par le recteur, après avis conforme du conseil de l'Université. (*J. O.*, 2 avril 1925.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Frey, médecin des asiles, classé avec le numéro 7 sur la liste des candidats reçus au concours en 1924, est nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne), en remplacement de M. le docteur Perret, précédemment nommé directeur médecin de cet établissement.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Neveu-Lemaire, chef de travaux à la Faculté de médecine de Paris.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Coutelas, ophtalmologiste des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Coiffier (du Puy), Delsouiller (de Montignac), Marty (de Perpignan), Massacré (de Selles-sur-Cher), Merger (de Chaumont), Prunier (de Paris), Raynal (de Marseille), du Souich (de Pau), Tintrelin (de Troyes), Vigneron d'Heucqueville (de Paris).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Montagne, chef de service au ministère des Pensions.

LE XVIIe CONGRÈS RUSSE DE CHIRURGIE aura lieu à Léningrade entre le 26 et le 31 mai 1925. Ses travaux se poursuivront en même temps que ceux du Congrès de thérapie, pour permettre la discussion des sujets qui intéressent à la fois les chirurgiens et les représentants de la médecine générale.

La question principale à l'ordre du jour s'occupe du traitement de l'ostéomyélite infectieuse aiguë et de ses suites (rapporteur : F. N. Krasnobaïev). Dans les séances qui réuniront les membres des deux Congrès, on étudiera la clinique et la chirurgie du système nerveux végétatif (rapporteurs : S. D. Pletnev, S. P. Fedorov et E. R. Hessé).

Parmi les autres problèmes qui seront abordés, on doit en mentionner, vu leur importance, un certain nombre qui touchent l'endocrinologie. Le professeur V. A. Oppel commencera les débats par un exposé sur la transplantation des glandes à sécrétion interne.

ASSOCIATION AMICALE DES ANCIENS MÉDECINS DES CORPS COMBATTANTS. — L'assemblée générale de cette Association a eu lieu le 28 mars, à l'hôtel Lutétia, sous la présidence de M. Marcel Pinard. L'assemblée y a renouvelé son bureau et décidé de la création d'une section nouvelle « Les Amis de l'Association ».

Bureau pour 1925-1926 : président, M. Marcel Pinard; vice-président : M. Clovis Vincent; secrétaire général : M. Jacques Forestier; trésorier : M. Cottard; secrétaire adjoint : M. R. Jeudon; membres du bureau : MM. Bernard, Claude, Gentil, Landolt, Leroux, Maringer, Ménétrel.

L'assemblée générale a été suivie d'un banquet présidé par le médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

L'Association amicale des anciens médecins des corps combattants cherche à grouper tous les médecins ou étudiants qui ont servi dans un corps combattant pendant la guerre.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. R. Jeudon, secrétaire adjoint, 132, avenue d'Orléans, Paris (XIVe).

LA SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS, 15, rue de la Bûcherie, réunie en assemblée générale le mercredi 1er avril, a procédé au renouvellement du bureau.

La séance fut ouverte sous la présidence de M. Bloch qui, au cours d'une brève allocution, retraça l'œuvre accomplie au cours de l'année. Il signala les avantages nombreux acquis dans le domaine corporatif et les améliorations matérielles apportées dans la Maison. M. Chamalet nous ayant exposé brillamment la situation financière montra que tous les espoirs étaient permis.

Enfin, la section vota à l'unanimité et par acclamation une adresse de sympathie aux camarades Darnis et Barot condamnés à la suite des manifestations du 28 mars.

Puis, dans l'enthousiasme, on procéda aux élections :

Président : M. Bloch, président sortant, réélu par acclamations; vice-présidents : MM. M. Mathieu, vice-président sortant, A. Desprès; trésorier : M. P. Norza; trésorier adjoint : M. Stoclet; secrétaires : MM. Leblanc et Barrault; bibliothécaires : MM. P. Contal, bibliothécaire sortant, Darnis, Guichard et Fromont.

MAISON DE SANTÉ DÉPARTEMENTALE DE MAINE-ET-LOIRE. — Une place d'interne en médecine est actuellement vacante à la Maison de santé départementale de Sainte-Gemmes-sur-Loire, près Angers (Maine-et-Loire).

Les internes sont nommés pour trois ans. Ils sont logés, nourris, chauffés et éclairés. Ils reçoivent en outre un traitement fixé ainsi qu'il suit : première année : 1.500 francs; deuxième année : 2.000 fr.; troisième année : 2.400 francs; 3.000 fr. pour les internes docteurs.

Pour tous autres renseignements s'adresser à M. le directeur, médecin chef de la Maison de santé de Sainte-Gemmes-sur-Loire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Paul Aubert, ancien professeur à l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, radiologiste à l'hôpital Ruffi, à Nîmes; Félix Letourneulx (de Sainte-Jamme) et François Sigallas, ancien sénateur du Var.

CHRONIQUE

LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME. — La Commission du paludisme de la Société des nations, qui a siégé à Genève, a terminé ses travaux. Elle a nommé trois nouveaux membres correspondants : le colonel Christopher pour l'Inde britannique, le professeur Brumpt pour la France, le docteur Darling pour les Etats-Unis.

Au cours de sa session, la Commission a adopté le rapport de la Commission qui avait été chargée l'été dernier d'enquêter sur l'existence du paludisme dans les Balkans, en Russie et en Italie. Ce rapport a pour but d'indiquer les conditions sanitaires des régions parcourues et enfin de présenter des conclusions générales. D'autre part, la Commission a arrêté le programme de ses études pour l'année 1926. Elle a décidé de poursuivre son enquête par la Palestine et la Syrie où des résultats excellents ont déjà été obtenus dans la lutte contre le paludisme par la destruction des moustiques et par l'emploi systématique de la quinine. Elle a décidé également de visiter la Sicile et l'Espagne. Enfin, elle a désigné, à la demande du Gouvernement français, deux experts en vue d'étudier la question du paludisme en Corse.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 20 AU 25 AVRIL 1925)

THÈSES

Lundi 20 avril. — Jury : MM. Hartmann, président; Labbé (M.), Heitz-Boyer et Abrami. — M. BONNET (L.). La rétention d'urine dans les fibromes utérins. — M. TROCHU (F.). Etude des cholécystites gangréneuses.

Mardi 21 avril. — Jury : MM. J.-L. Faure, président; Brindeau, Nobécourt et Claude. — Mlle KAPLAN (M.). La biopsie dans le cancer de l'utérus. — M. ZUBER (J.). Du rôle de la rupture prématurée des membranes dans l'infection des suites de couches. — M. CHARVAT (R.). Des néphrites œdémateuses de l'enfance. — M. KARTOUZOU (G.). Sur la catatonie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Teissier, président; Brumpt, Robin, Coquot et Henry. — M. MONNERAT. La broncho-pneumonie chez les chiens. — M. NEAU. Coprologie et helminthiase intestinale chez le cheval.

GRAVES LÉSIONS DES CENTRES NERVEUX

AU COURS D'UNE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Syndrome cérébelleux et syndrome de Cl. Bernard-Horner d'un côté,

Hémiplégie avec troubles thermiques et vaso-moteurs du côté opposé.

Par A. LEMIERRE et ÉTIENNE BERNARD.

Certaines séquelles nerveuses de la méningite cérébro-spinale sont fréquentes et connues. Ce sont elles en particulier qui conditionnent le pronostic éloigné de l'affection. Parfois les lésions nerveuses sont contemporaines des lésions aiguës des méninges. L'infection dès le début marque son empreinte au niveau du névraxe. Souvent il s'agit d'empreintes multiples et durables; et ces lésions étendues donnent lieu à des syndromes morbides qui, une fois l'inflammation meningee éteinte, se présentent comme une affection chronique complexe du système nerveux. L'observation suivante en est un exemple.

OBSERVATION. — M. M..., âgé de trente ans, couvreur, entre à l'hôpital Bichat le 23 mai 1924 dans un état de torpeur marquée avec de la fièvre. On apprend du malade, avec peine car il ne répond que par monosyllabes ou par grognements, que son affection aurait débuté quatre jours auparavant : début brusque par de la céphalalgie, des frissons, des vomissements, survenant en pleine santé chez un individu indemne de passé pathologique.

Le malade est couché en chien de fusil, la tête rejetée en arrière. La nuque est très raide, les membres supérieurs sont contracturés. Signe de Kernig très net. Sur l'abdomen, on provoque facilement le phénomène de la raie vaso-motrice.

Inégalité pupillaire avec myosis à gauche. Signe de Babinski bilatéral.

Température : 39°5. Pouls, 100. Respiration, 32 par minute. Tension artérielle, 13-6 (Vaquez).

Le reste de l'examen est négatif, réserve faite pour les urines qui manquent à l'entrée.

Ponction lombaire : liquide trouble donnant, après centrifugation, un dépôt puriforme contenant des polynucléaires intacts et quelques diplocoques intracellulaires en grains de café, Gram négatif. Ce diplocoque, visible à l'examen direct, n'a pu être cultivé. Albumine, 0,25.

Injection intrarachidienne de 25 centimètres cubes de sérum antiméningo-polyvalent.

Le soir, la température atteint 40 degrés; le malade a un vomissement.

24 mai. — Torpeur marquée, le malade ne répond pas aux questions. Les contractures sont encore plus marquées que la veille. Légère albuminurie. Température, 39 degrés.

Du côté droit : au niveau de la face, les traits sont moins marqués que du côté opposé; les membres soulevés retombent plus lourdement. Les réflexes tendineux, surtout le rotulien, sont très faibles. Babinski très net.

Du côté gauche : réflexes tendineux normaux. Babinski moins net que la veille. Au myosis déjà constaté s'ajoutent un léger ptosis et un peu d'enophtalmie.

Liquide céphalo-rachidien : mêmes caractères que la veille. Injection intrarachidienne de 25 centimètres cubes de sérum antiméningo-polyvalent.

26 mai. — Amélioration. La température est descendue en lysis à 38 degrés. Pouls bien frappé (75). Râles aux deux bases pulmonaires.

La céphalée a disparu, la raideur de la nuque est moins marquée, le Kernig atténué. Le malade sort de sa torpeur.

L'hémiplégie droite s'accuse. Elle s'accompagne de dysarthrie; le malade émet quelques sons inintelligibles. La bouche est fortement déviée, les traits sont nettement tirés vers la gauche.

A gauche, le syndrome de Claude Bernard-Horner a toute sa netteté. Disparition du Babinski. Le liquide céphalo-rachidien est nettement plus clair.

Le 25, le 26, le 27 et le 28 mai : 25 centimètres cubes de sérum polyvalent intrarachidien et 40 centimètres cubes sous-cutané.

28 mai. — La température est à 37 degrés.

La torpeur a disparu. Elle a fait place à un certain hébètement accru au moment où le malade veut parler tandis qu'il n'arrive qu'à bredouiller quelques paroles sur un ton qui commence explosif et qui continue traînard. L'hémiplégie droite est nettement flasque avec disparition de la force segmentaire, abolition des réflexes tendineux, signe de Babinski. L'état psychique ne permet pas encore d'explorer la sensibilité avec sécurité.

Le liquide céphalo-rachidien est clair.

Après centrifugation, il y a toujours un culot assez important mais la cytologie montre, mêlés aux poly, de nombreux mononucléaires.

29 mai. — Accidents sériques : placards urticariens sur l'abdomen. Arthralgies. Température : 40 degrés. Céphalée. Arrêt de la sérothérapie.

31 mai. — Amélioration de l'état général. Température, 37 degrés. Disparition des contractures. Persistance des signes nerveux.

1er juin. — Un peu d'incontinence des sphincters. L'énophtalmie gauche est très frappante. La parole est difficile, explosive et traînante. Mais le malade comprend très bien.

5 juin. — Le malade s'intéresse à l'entourage et lit le journal. La parole est scandée, traînante.

Les réflexes tendineux reparaissent au membre inférieur droit. La flexion passive de ce membre entraîne un réflexe contro-latéral de flexion.

On note une légère déviation de la luette du côté gauche avec léger affaissement du voile à droite.

Tendance à la rétention d'urine.

9 juin. — Le dos de la main droite est œdématié. La main est succulente. De plus elle est froide et c'est très net par comparaison avec le côté opposé. Ce n'est pas le côté gauche qui est plus chaud : le malade accuse une sensation de froid au niveau de la main droite.

10 juin. — Persistance de la thermo et vaso-asymétrie.

12 juin. — Disparition de ce syndrome.

Ponction lombaire : liquide clair. Cytologie : lymphocytes.

16 juin. — Augmentation de la force musculaire du côté droit. Atténuation du Claude-Bernard-Horner gauche.

20 juin. — Le malade est très éveillé. Sa parole est plus compréhensible On note une certaine puérilité, une tendance à l'attendrissement. Du côté droit, la réflectivité tendineuse se transforme : réflexe patellaire exagéré, trépidation épileptoïde du pied.

Léger nystagmus transversal spontané.

24 juin. — Au membre supérieur gauche : maladresse, dysmétrie. Hypermétrie dans le mouvement de porter l'index sur le nez. Adiadococcinésie. La main gauche a plus de force que la main droite, mais beaucoup plus d'imprécision dans les mouvements.

30 juin. — Le malade s'est levé depuis trois jours. On procède à un examen systématique des troubles nerveux.

Côté droit. — Diminution des traits au niveau de la face. La commissure labiale est abaissée; le malade ne peut ni siffler ni souffler.

Aux membres, diminution de la force segmentaire par rapport à l'autre côté. Mais tous les mouvements actifs sont possibles et se font même avec une certaine énergie. Dans la recherche des mouvements passifs, on note de la contracture. Exagération des réflexes tendineux. Clonus du pied. Babinski.

Côté gauche. — Intégrité de la force segmentaire. Réflexes tendineux et cutanés normaux. Adiadocosinésie. Hypermétrie (index vers le nez), asynergie (élévation du pied).

Marche. — Elargissement du polygone de sustentation. Le membre inférieur droit avance en fauchant. Disparition du mouvement de balancier au membre supérieur droit. Le malade est entraîné vers le côté gauche et tomberait facilement.

Sensibilité normale à tous les modes à droite et à gauche.

Troubles vaso-moteurs et trophiques. — 0.

Troubles oculaires. — Motilité oculaire extrinsèque et intrinsèque normale. Accommodation, réflexe photo-moteur

normaux. Convergence normale. Fond d'œil : pupilles normales.

A gauche : myosis, rétrécissement de la fente palpébrale, légère énophtalmie. Un peu de nystagmus dans le regard à gauche.

Psychisme. — A peu près normal, un peu de puérilisme.

Parole. — Au début explosive; puis scandée, saccadée, traînante.

Quand le malade parle, légères secousses de la tête. Œil brillant, regard fixe.

EXAMEN SEPT MOIS PLUS TARD. — *1er février 1925.* — Etat général excellent. Les signes nerveux sont restés sensiblement les mêmes, exception faite du syndrome de Claude-Bernard-Horner dont il ne persiste qu'une énophtalmie discrète.

Soulignons en particulier : du côté droit, récupération presque complète de la force musculaire, mais hyperréflectivité tendineuse, spasmodicité, Babinski, démarche en fauchant; du côté gauche, hypermétrie, adadiocosinésie. La paralysie faciale doit être recherchée. Le malade a le regard fixe, un peu dramatique; quand il parle, il ouvre peu la bouche, la parole est explosive et scandée; on a du mal, par moments, à comprendre certains mots. Le malade parle parfois comme s'il avait du trismus.

En résumé, il s'agit d'un homme de trente ans atteint de méningite cérébro-spinale chez qui, dès le début de l'affection, des symptômes apparurent qui ont souligné, à côté de l'atteinte méningée, l'atteinte importante du névraxe. Syndrome pyramidal du côté droit avec troubles trophique et vasomoteur passagers, syndrome cérébelleux du côté gauche, et du même côté syndrome de Claude-Bernard-Horner.

Dix mois après le début de l'affection, les troubles nerveux sont encore flagrants; après avoir présenté une certaine rémission initiale, ils semblent composer actuellement une maladie nerveuse chronique sans tendance à l'amélioration.

Ces troubles nerveux ne sont pas à considérer comme des séquelles de l'affection méningée. Ils en ont été les contemporains. Dès notre premier examen, quatre jours après le début, nous notions un signe de Babinski bilatéral, du myosis à gauche et dès le lendemain un examen plus systématique nous faisait noter une asymétrie des traits au niveau de la face, une diminution de la tonicité musculaire avec affaiblissement de la réflectivité tendineuse à droite cependant que, du côté gauche, au myosis déjà constaté la veille s'ajoutaient du ptosis et de l'énophtalmie. Deux semaines après le début, apparaissaient des troubles thermiques et vaso-moteurs : refroidissement, succulence de la main droite. Dix jours plus tard, nous mettions en évidence du côté gauche des signes d'incoordination cérébelleuse qui demandaient, pour être recherchés, que le malade fût sorti de son hébétude; et ce délai inévitable nous permet de supposer que ces troubles cérébelleux ont pu exister avant que nous ne les constations.

Cette concomitance des signes nerveux et des signes méningés a été soulignée par plusieurs auteurs, en particulier par le professeur Chauffard (1) pour qui « de même qu'il y a des hémorragies méningées pures et des hémorragies cérébro-méningées, de même il y a des méningites pures et des méningites qui s'accompagnent de lésions cérébrales ou bulbo-médullaires ». Sans doute à la période d'état, dans la plupart des cas, les signes nerveux sont masqués par les signes méningés plus bruyants.

(1) CHAUFFARD. Méningites cérébro-spinales à méningocoques. Quelques points nouveaux de leur histoire, *Presse méd.*, 6 mai 1905, n° 36, p. 281.

Cependant, comme l'ont montré MM. Claude et Lejonne (1), de prétendues séquelles des méningites doivent apparaître en réalité comme l'expression d'une lésion des centres nerveux survenue en même temps que la méningite. Même ces auteurs ont rapporté l'observation d'un enfant de huit ans chez lequel une quadriplégie se montra brusquement au réveil et précéda de vingt-quatre heures le début des phénomènes typiques de méningite.

*
* *

Les symptômes nerveux observés chez notre malade ont comme caractère d'être étendus. Il importe d'en faire l'analyse.

L'hémiplégie droite apparue dès le premier jour s'est présentée avec tous les caractères d'une hémiplégie cérébrale : hémiplégie totale, intéressant notamment le facial inférieur, hémiplégie d'abord flasque, devenant spasmodique au bout d'un mois, atténuant peu à peu ses symptômes au niveau de la face, s'accompagnant d'une récupération rapide de la force musculaire avec conservation de la spasmodicité.

Même nous sommes tentés de penser que cette hémiplégie droite s'apparente aux hémiplégies corticales. Elle s'est accompagnée, en effet, de troubles de la parole. Au début, le malade bredouillait; il sortait de sa torpeur pour émettre quelques grognements incompréhensibles. Peu à peu, il devenait manifeste qu'il ne s'agissait point d'aphasie sensorielle, le malade n'ayant aucun trouble de la compréhension. Il ne s'agissait même pas d'anarthrie, mais seulement de dysarthrie. Et les caractères de cette dysarthrie : parole explosive, puis scandée, saccadée, parfois traînante, nous faisaient nous poser le problème de son origine cérébelleuse, le malade parlant véritablement par moment comme un malade atteint de sclérose en plaques.

Ainsi hémiplégie droite avec dysarthrie, dysarthrie qui demande à être interprétée puisque son étiologie corticale est possible, mais non certaine.

On a rapporté un certain nombre de cas d'hémiplégie compliquant une méningite cérébro-spinale. Au cours de l'épidémie parisienne de 1898, Netter (2) publie l'observation d'une petite fille de sept ans qui, huit jours après le début d'une méningite cérébro-spinale épidémique à forme atténuée, fut atteinte d'hémiplégie droite avec aphasie. Cette méningite guérit complètement mais l'hémiplégie droite persista quoique très atténuée. Florand (3) publie un cas analogue chez une enfant de deux ans; au bout de trois mois l'aphasie avait disparu, mais l'enfant conservait une hémiplégie droite légère. Peu après, Dalché (4) rapporte l'histoire d'une femme de quarante-cinq ans qui, le sixième jour après le début d'une méningite cérébro-spinale épidémique, fut frappée d'un ictus suivi d'hémiplégie gauche. Cette hémiplégie persista pendant des années. Plus tard, Castaigne et Rivet (5) ont observé chez un jeune

(1) CLAUDE et LEJONNE. Les lésions concomitantes des centres nerveux dans les méningites cérébro-spinales, *Gaz. des hôpit.*, 1910, n° 34, p. 373, et n° 35, p. 487.

(2) NETTER. Diagnostic de la méningite cérébro-spinale. Signe de Kernig. Ponction lombaire, *Semaine méd.*, 1898, p. 281.

(3) FLORAND. A propos d'une communication de MM. Sevestre et Dalché, *Soc. méd. des hôpit.*, 1898, p. 535.

(4) DALCHÉ. Méningite curable et poliomyélite, *Soc. méd. des hôpit.*, 1898, p. 675.

(5) CASTAIGNE et RIVET. Méningite cérébro-spinale épidémique compliquée d'hémiplégie, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 mai 1909.

homme de dix-sept ans un cas d'hémiplégie gauche survenue trois semaines après le début, alors que le syndrome méningé était encore à la période d'état; deux mois après le malade conservait encore une hémiplégie spasmodique.

Courtellemont (1), dans sa thèse consacrée aux accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës, passe en revue toutes les paralysies observées : hémiplégies spasmodiques, hémiplégies flasques, quadriplégies, paraplégies, monoplégies. Cependant, dans beaucoup d'observations, il ne s'agissait pas de méningite cérébro-spinale et les troubles nerveux observés n'étaient pas toujours durables. Si bien que Richardière et Merle (2) pouvaient écrire en 1910 : « La méningite cérébro-spinale se complique fort rarement de paralysies persistantes et parmi les divers types de paralysies que l'on peut observer pendant le cours ou à la suite de cette maladie, l'un d'eux est particulièrement exceptionnel : *c'est l'hémiplégie.* » Ces auteurs, à l'occasion d'un cas très net d'hémiplégie droite avec quelques troubles de la parole soulignaient, comme dans notre cas, la précocité du début, la coexistence de phénomènes aphasiques, la participation au moins temporaire de la face, l'absence de phénomènes douloureux. Et ils notaient la rétrocession rapide de l'aphasie en opposition avec l'hémiplégie qui, bien qu'elle ait, elle aussi, une tendance à l'amélioration spontanée, persiste toujours pendant très longtemps en prenant les caractères de l'hémiplégie spasmodique.

*
* *

Mais l'intérêt de notre observation réside plus particulièrement encore dans la multiplicité des signes nerveux.

Du côté gauche, en effet, nous avons vu s'installer un syndrome cérébelleux qui persiste encore avec une grande netteté neuf mois plus tard.

De ce côté les réflexes sont normaux, la force musculaire est intacte, mais le malade présente une grande maladresse. Si on lui demande de porter l'index gauche au bout du nez le doigt dépasse le but, il va en dehors vers la joue, puis il fait un ressaut, revient vers le nez. L'occlusion des yeux n'accentue pas ce trouble, la rapidité du mouvement l'augmente. C'est bien là la marque de l'hypermétrie cérébelleuse.

De ce côté la pronation et la supination ne peuvent se suivre avec rapidité. L'adiadococinésie est nette. Du côté droit, au contraire, en dépit de la diminution de la force musculaire et malgré la contracture due à la lésion pyramidale, le mouvement des marionnettes est accompli avec agilité.

Dans les premiers jours où le malade recommençait de marcher il élargissait sa base de sustentation et il était très nettement entraîné vers le côté gauche ; il serait très certainement tombé de ce côté s'il n'avait été soutenu.

L'asynergie était mise également en évidence au membre inférieur, mais avec moins de netteté que l'asynergie et l'hypermétrie au membre supérieur. En particulier la flexion combinée de la cuisse et du tronc, l'hyperextension en arrière avec absence de flexion des genoux étaient malaisées à interpréter par suite de l'hémiplégie droite.

La lésion cérébelleuse était encore soulignée par l'existence d'un nystagmus transversal dans le regard à gauche.

Enfin, comme nous l'avons dit, la parole explosive, scandée, saccadée et traînante qui forme le fond de la dysarthrie chez ce malade s'apparente volontiers aux troubles de l'élocution observés chez les cérébelleux.

MM. Coyon et Joltrain (1) ont rapporté il y a quelques années un cas de méningite cérébro-spinale aiguë avec syndrome cérébelleux : latéropulsion gauche, parole explosive, nystagmus, hypermétrie légère, adiadocosinésie peu nette. Ce cas leur parut si particulier qu'ils proposaient de décrire une forme cérébelleuse de l'affection.

Dans notre observation, les troubles cérébelleux sont encore plus flagrants : l'hypermétrie et l'adiadocosinésie persistent avec une très grande netteté au bout de neuf mois.

*
* *

Notre malade a encore présenté un syndrome de Claude-Bernard-Horner du côté gauche. Dès le premier examen, nous constations du myosis à gauche; le lendemain, nous notions le rétrécissement de la fente palpébrale et l'énophtalmie. Ces trois signes se maintinrent très nets pendant plusieurs semaines puis s'atténuèrent. Au bout de neuf mois, il persiste encore un peu d'énophtalmie.

Dans aucune observation de méningite cérébro-spinale nous ne trouvons mentionné ce syndrome oculo-pupillaire. Cependant Dopter (2) rapporte un cas de Posey qui « observa au cours de la période d'état d'une méningite cérébro-spinale une mydriase accompagnée d'un élargissement de la fente palpébrale, relevant sans aucun doute de l'irritation du sympathique cervical à la suite de l'imprégnation inflammatoire des racines rachidiennes ».

Mais le syndrome de Claude-Bernard-Horner lui-même ne semble pas avoir été constaté au cours des processus méningés. Toutefois, l'un de nous a rapporté autrefois avec Gougerot (3) l'histoire d'un malade atteint d'hémorragie méningée, chez qui survint brusquement un ictus avec contractures et secousses épileptiformes dans le membre supérieur droit et avec paralysie faciale droite, raideur de la nuque, signe de Babinski bilatéral, mais plus net à droite. Dès le début, on constatait de plus un syndrome de Claude-Bernard-Horner à gauche.

Il ne nous est pas possible de savoir si nous pouvons rapprocher anatomiquement les deux syndromes, le syndrome cérébelleux et le syndrome oculo-pupillaire. Evoquons cependant ici le cas publié en 1902 par Babinski et Nageotte : « Hémi-asynergie, latéropulsion et myosis bulbaire avec hémianesthésie et hémiplégie croisées (4). » Ce syndrome était dû à des foyers de ramollissement siégeant dans le côté gauche du bulbe. Dans cette observation devenue classique, les auteurs rappro-

(1) COURTELLEMONT. Contribution à l'étude des accidents nerveux consécutifs aux méningites aiguës simples, *Th. de Paris*, 1904.

(2) RICHARDIÈRE et MERLE. Des paralysies à type hémiplégique dans les méningites cérébro-spinales. *Soc. de péd.*, 21 juin 1910.

(1) COYON et JOLTRAIN. Méningite cérébro-spinale aiguë avec syndrome cérébelleux, *Paris méd.*, 3 août 1913.

(2) DOPTER. *L'Infection méningococcique*, Baillière, 1921, p. 354.

(3) A. LEMIERRE et GOUGEROT. Hémorragie méningée, rétrécissement de la fente palpébrale, myosis, éruption d'herpès, *Gaz. des hôpit.*, 1907, n° 112, p. 1335.

(4) *Soc. de neurol.*, 17 avril 1902 ; — *Revue de neurol.*, 30 avril 1902, p. 358, et *Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière*, 1902, t. XV, p. 492.

chaient les symptômes observés du même côté : l'incoordination cérébelleuse et le syndrome sympathique.

Nous avons tendance à croire dans notre cas à une lésion bulbaire, et il n'est pas impossible qu'à cette lésion bulbaire puisse se rattacher une troisième série de symptômes. Nous savons, en effet [Déjerine (1)], que dans les cas de lésion bulbaire le syndrome de Claude-Bernard-Horner peut s'accompagner de troubles vaso-moteurs hétéro-latéraux. Or, pendant trois jours, notre malade a présenté du côté droit du refroidissement et un peu d'œdème du dos de la main.

M. Babinski a rapporté un cas (2) de thermoasymétrie d'origine bulbaire où coexistaient :

Du côté droit : sensation de froid et troubles de la sensibilité.

Du côté gauche : rétraction de l'œil, diminution de la fente palpébrale et myosis.

et un autre cas (3) où coexistaient :

Du côté droit : réflexe rotulien vif, refroidissement de la main et de l'avant-bras, saillie des veines de la main, troubles de sensibilité à type syringomyélique.

Du côté gauche : latéropulsion, rétrécissement de la fente palpébrale et myosis.

Il s'est agi d'une lésion bulbaire gauche.

Ainsi ce dernier malade, comme dans notre cas, présentait d'un côté des troubles cérébelleux et un syndrome de Claude-Bernard-Horner, de l'autre côté (en plus de troubles sensitifs), des troubles thermiques et vaso-moteurs.

La coexistence d'un syndrome oculo-pupillaire et de thermo-vaso-asymétrie n'est donc pas exceptionnelle et dans les observations anatomo-cliniques rapportées jusqu'ici il s'est agi de lésions bulbaires diffuses et unilatérales.

*
* *

Notre malade a donc présenté plusieurs lésions : une lésion cérébrale gauche peut-être corticale qui a conditionné l'hémiplégie droite de type central et peut-être la dysarthrie; une lésion que nous supposons bulbaire gauche qui a produit les troubles cérébelleux, le syndrome de Claude-Bernard-Horner et probablement aussi les troubles thermiques et vaso-moteurs hétéro-latéraux.

Il est possible qu'il y ait eu d'autres lésions. Ajoutons, pour être complet, que le malade a eu quelques troubles sphinctériens. Nous lisons dans l'observation, à la date du 1er juin : légère incontinence des sphincters et à la date du 5 juin : tendance à la rétention d'urine.

D'autre part, nous avons été frappés par un certain puérilisme et une tendance à l'attendrissement, troubles psychiques un peu spéciaux et qui persistent encore à l'heure actuelle.

*
* *

La multiciplicité des lésions est un des faits à retenir de cette observation.

Déjà MM. Claude et Lejonne (4), au cours d'études anatomo-cliniques, notaient combien les lésions nerveuses observées dans la méningite cérébro-spinale ont peu de tendance à se cantonner sur un territoire nerveux, mais atteignent plus volontiers en même temps des parties très diverses de l'axe cérébro-spinal. Au cours d'examens histologiques, MM. Boinet et Rouslacroix (1), indépendamment des lésions méningées, ont trouvé des altérations dégénératives très marquées dans le cerveau, le cervelet, la moelle.

Les symptômes cliniques observés chez notre malade évoquent par leur électivité le fait des lésions vasculaires. Il est vraisemblable qu'il ne s'agit pas seulement de lésions parenchymateuses réactionnelles au voisinage d'une méninge enflammée. Dans divers comptes-rendus anatomiques nous relevons l'importance des lésions d'encéphalite. Boinet et Rouslacroix constatent à l'examen microscopique des circonvolutions rolandiques une chromatolyse périnucléaire très nette des grandes cellules pyramidales; au niveau du cervelet ils notent les mêmes altérations des cellules de Purkinge. Claude et Lejonne étudient au niveau du cerveau les lésions vasculaires et cellulaires : congestion, infiltration périvasculaire, chromatolyse des cellules, neuronophagie au niveau de la moelle; outre la méningite intense et accompagnée de congestion des vaisseaux extra et intramédullaires, des foyers de myélite disséminés, multiples, avec des hémorragies, parfois de l'œdème et même une véritable myélomalacie.

Dans le cas de Coyon et Joltrain, on relève une altération des vaisseaux, artérite et périartérite, endophlébite et thrombose, des foyers de ramollissement de la substance nerveuse. Les parois des vaisseaux sont infiltrées de cellules rondes et de fibroblastes.

On peut se demander, avec Richardière et Merle, si de telles lésions ne sont pas la conséquence de thromboses vasculaires et d'embolies. Les symptômes que nous avons rapportés et qui évoquent, au niveau du bulbe notamment, des lésions artérielles permettent de soutenir cette hypothèse.

Mais quel que soit le mode de production de la lésion nerveuse, tout se passe comme si cette lésion était contemporaine de la lésion méningée.

Ces lésions de la substance nerveuse peuvent être appréciables à l'œil nu : l'un de nous a vu chez un malade mort de méningite cérébro-spinale, dans le service du professeur Widal, un abcès à méningocoques gros comme une noix en pleine substance cérébrale.

*
* *

Au point de vue pronostic, nous avons vu dans notre cas une rémission de la dysarthrie et du syndrome oculo-pupillaire. Mais les troubles pyramidaux et cérébelleux, après une atténuation initiale, subsistent sans modification après plusieurs mois.

La réaction méningée a persisté longtemps. Six mois après le début on trouvait encore de la lymphocytose rachidienne. L'un de nous, avec le professeur Widal (2), a rapporté l'histoire d'un malade atteint de sciatique, séquelle d'une méningite céré-

(1) Déjerine. *Séméiologie du système nerveux*, p. 1157.

(2) Babinski. Thermo-asymétrie d'origine bulbaire, *Soc. de neurol.*, 6 avril 1903.

(3) Babinski. Thermo-asymétrie et vaso-asymétrie, hémianesthésie alterne à forme syringomyélique, lésion bulbaire unilatérale, *Soc. de neurol.*, 5 déc. 1906.

(4) Claude et Lejonne. Loc. cit.

(1) Boinet et Rouslacroix. Lésions des centres nerveux dans la méningite cérébro-spinale épidémique, *Réunion biol. de Marseille*, 15 juillet 1909.

(2) Widal et Lemierre. Les suites éloignées de la méningite cérébro-spinale, *Soc. méd. des hôpit.*, 26 déc. 1902, p. 1154.

bro-spinale survenue deux années auparavant. On constatait encore chez lui de la lymphocytose rachidienne.

Mais dans le cas qui nous occupe la réaction méningée est maintenant hors de cause. Ce n'est pas elle qui conditionne les troubles nerveux, si tant est qu'elle ait été jamais pour une part importante dans leur origine.

Les lésions parenchymateuses au niveau du cerveau et au niveau du bulbe semblent maintenant installées. Notre malade se présente comme atteint d'une maladie chronique du système nerveux : hémiplégie spasmodique à droite, syndrome cérébelleux à gauche contre lesquels nous ne sommes pas plus armés que s'il s'agissait de ramollissement banal par thrombose vasculaire.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 25 MARS 1925)

Neurotomie rétro-gassérienne. — M. ROBINEAU, à propos d'une observation récente, revient sur quelques points de technique. Il est resté fidèle à l'anesthésie par lavement à l'éther, considérant l'anesthésie générale comme déprimante et dangereuse à cause de l'hémorragie toujours possible. Il fait une trépanation très petite. On a vu parfois de graves hémorragies nécessitant la transfusion.

M. Robineau a renoncé à lier la carotide externe. Dans une opération bien réglée on doit pouvoir maîtriser les hémorragies. Il faut compter aussi avec la paralysie faciale qui n'est jamais immédiate mais qui peut apparaître cinq ou six jours après. Il faut aussi songer aux troubles oculaires qui, dans quelques cas, ont été jusqu'à nécessiter l'énucléation. Il est utile, à ce point de vue, de conserver le nerf grand pétreux tout en le disséquant. Il faut aussi s'appliquer à la conservation de la zone motrice du trijumeau, ce qui est souvent difficile. Après la névrotomie rétro-gassérienne, les malades présentent souvent une anesthésie du voile du palais et de la moitié de la muqueuse buccale du côté opposé à celui de l'opération.

M. DE MARTEL, qui a pratiqué 85 fois cette opération, a modifié peu à peu sa technique opératoire, l'a simplifiée et améliorée. Il insiste sur la nécessité de ne pas s'écarter de la zone décelable, de repérer la méningée moyenne, de la lier et de la couper, de refouler peu à peu les tissus. Dès qu'il s'écoule quelques gouttes de liquide céphalo-rachidien, on sait qu'on est en bonne situation et il n'y a plus qu'à couper, sans chercher d'autres points de repère.

Occlusion intestinale par corps étrangers. — M. ROUX-BERGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Hertz (de l'hôpital Rothschild(. Il s'agit d'une occlusion du grêle par deux fragments de figues, ayant nécessité une résection partielle du grêle, anastomose bout à bout, et, par mesure de prudence, entéro-anastomose supplémentaire. M. Roux-Berger loue l'auteur d'avoir pris cette sage précaution d'ajouter une entéro-anastomose à la suture intestinale.

Péritonites chroniques. — M. ROUX-BERGER analyse deux autres observations de M. Hertz. Premier cas. Femme de trente-sept ans opérée quelques années auparavant d'un kyste de l'ovaire. Souffrant de nouveau du ventre, on reconnaît l'existence d'un fibrome utérin avec salpingite droite. On intervient. Sept mois après, la malade souffre de nouveau. On constate une masse indurée dans la fosse iliaque droite. On intervient de nouveau, on résèque l'épiploon en totalité. De nouvelles douleurs apparaissent. Il s'agit d'une zone d'adhérences entre le cæcum et la paroi. On résèque un mètre d'anses grêles agglutinées. Anastomose termino-terminale. Guérison. Il s'agissait d'une péritonite chronique, non spécifique, ni syphilitique, ni tuberculeuse. Péritonite chronique simplement inflammatoire. Guérison.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de quarante ans atteint de hernie inguinale double. Pris de douleurs vives avec vomissements, il présente bientôt des signes d'étranglement herniaire. Incision du sac, évacuation d'un liquide citrin; on monte jusqu'à l'anneau et on constate un sac intestinal inclus dans le sac herniaire. Laparotomie. On trouve des plaques blanchâtres, cartonnées. On résèque 1m50 d'intestin grêle, on enlève l'appendice et on fait une anastomose latéro-latérale. Suites bonnes. L'examen des coupes de l'intestin réséqué conclut à une forme de péritonite chronique non spécifique. Ces faits sont assez rares. Il faut féliciter M. Hertz d'avoir communiqué ces cas de péritonite chronique.

Traitement des angiomes par des injections intraveineuses de citrate de soude. — M. SORREL fait un rapport sur une observation de M. Hustin (de Bruxelles). Il s'agit d'une jeune fille de dix-huit ans qui était atteinte d'un angiome de la joue gauche soulevant la peau et avec saillies veineuses, non pulsatile, mais molle et dépressible. Cet angiome fut guéri en trois mois par quelques injections intraveineuses dans la tumeur d'une solution de citrate de soude à 200 p. 100.

M. le rapporteur rappelle, à ce sujet, les bons résultats obtenus dans ces cas par les injections formolées de Morestin. M. Justin a préféré employer le citrate de soude qui, d'ailleurs, lui a donné un bon résultat.

M. Sorrel rappelle de récentes expériences qui ont été faites avec des injections d'une solution de salicylate de soude à 30 p. 100 qui ont été faites dans les veines de l'oreille des lapins. Ces injections amèneraient la sclérose des parois des veines, sans jamais produire d'embolies. Ces injections seraient-elles applicables au traitement des angiomes? Jusqu'à plus ample informé, M. Sorrel donnera la préférence aux injections formolées de Morestin pour les angiomes inextirpables.

Mégacôlon. — M. OCKINCZYC rapporte l'histoire compliquée d'une malade qui était atteinte de métrorragies abondantes, rapportées à un fibrome pédiculé sur la corne droite de l'utérus, d'une constipation opiniâtre, car elle n'avait guère qu'une selle par mois, souffrant souvent de coliques. On reconnut plus tard que la tumeur prise pour un fibrome n'était qu'une rétention de matières fécales accumulées. La malade subit plusieurs interventions sans résultat. On constate une dilatation du côlon descendant. Dans une dernière intervention on pratique une extériorisation du côlon. On fait une anastomose iléo-rectale. On constate que le côlon descendant constitue une masse énorme, dure. La malade ayant succombé, on examine le côlon et on le trouve rempli d'une quinzaine de tumeurs du volume de mandarines. L'examen microscopique de ces tumeurs révèle qu'il s'agit de fibromyomes de l'intestin.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 MARS 1925)

Sur l'absence de symptômes dits striés dans un cas de maladie de Wilson. — M. Cl. VINCENT revient sur sa récente communication à la Société qui concernait un cas de ramollissement des deux noyaux lenticulaires sans choréo-athétose ni tremblement. Il relève, dans une observation publiée tout dernièrement par Ramsay Hunt (*Revue neurol.*, fév. 1925) de dégénérescence hépato-lenticulaire avec tremblement intentionnel typique, l'existence de lésions protubérantielles ou cérébelleuses qui sont, pour lui, à l'origine du symptôme.

M. FOIX rappelle que Lafora, dans ses expériences, n'a pas pu réaliser la choréo-athétose par les lésions pures du corps strié, mais seulement par des lésions qui intéressaient les voies rubro-thalamiques.

Torticolis spasmodique à la suite d'un ictus. — M. LHERMITTE présente un homme de cinquante-quatre ans qui fut atteint, à la suite d'un ictus accompagné de convulsions, de torticolis spasmodique, avec contractions bilatérales, mais plus marquées du côté droit. On note, en outre, une légère hyperréflexie à gauche et une atrophie musculaire des muscles de la ceinture scapulaire du côté droit. Ce fait, comme ceux que MM. Sicard et Hagenau ont rapportés récemment, vient

à l'appui de l'origine organique du torticolis spasmodique. Quant à l'atrophie musculaire de la ceinture scapulaire, elle trouve vraisemblablement son explication dans la compression des racines cervicales au niveau des trous de conjugaison du fait de la déformation vertébrale.

M. BABINSKI rappelle que, il y a quelque vingt ans, il avait déjà envisagé l'origine organique probable du torticolis mental, et qu'il avait émis l'hypothèse d'une lésion des noyaux gris centraux.

M. BARRÉ a observé, dans un cas, de gros troubles vestibulaires.

M. LHERMITTE se demande quelle conduite tenir au point de vue thérapeutique, car le malade parle de suicide. A vrai dire, M. Meige n'a jamais vu, parmi les nombreux cas qu'il a suivis, le torticolis spasmodique provoquer le suicide. En tout cas, toute section musculaire doit être évitée, puisque le spasme est bilatéral. M. Sicard suggère une sympathicectomie cervicale du côté gauche, de manière à agir sur la circulation des noyaux gris centraux du côté opposé au torticolis.

Hémichorée avec hémiasynergie. — M. A. THOMAS.

Hémianopsie double avec intégrité du champ maculaire. Cerveau droit : lésion de la cérébrale postérieure. Cerveau gauche : troubles d'apraxie idéo-motrice. — M. FOIX et Mme SCHIFF-WERTHEIMER. Ce cas présente un double intérêt. D'une part, il constitue un exemple d'hémianopsie double avec intégrité du champ maculaire. Cette forme s'oppose à la cécité corticale sans qu'on s'explique très bien ce qui entraîne, suivant les cas, l'atteinte ou l'intégrité du champ maculaire. D'autre part, les symptômes associés permettent aisément le diagnostic de localisation. La lésion du cerveau droit est une oblitération de la cérébrale postérieure car la malade présente, outre son hémianopsie, un syndrome thalamique évident. La lésion du cerveau gauche est une lésion sylvienne pariéto-occipitale qui a déterminé des troubles aphasiques et des troubles d'apraxie idéo-motrice encore persistants.

Un cas de diabète insipide survenu à la suite d'un traumatisme cranien. — M. G. ROUSSY, Mlle G. LÉVY et M. GOURNAY apportent l'observation d'un jeune homme de vingt-cinq ans chez qui sont apparues une polyurie et une polydipsie considérables, trois ou quatre jours après un choc violent sur la tête au cours d'un match de boxe, choc qui avait d'ailleurs été suivi de perte de connaissance et de l'apparition d'un état confusionnel qui avait duré deux jours. Après une période de céphalées intenses, le malade ne présente plus actuellement qu'une polyurie de 10 litres environ, avec une polydipsie correspondante. Les examens neurologiques, ophtalmologiques, radiologiques sont négatifs (selle turcique et base du crâne normales). Le Bordet-Wassermann dans le sang est négatif. La ponction n'a pu être pratiquée.

Les auteurs concluent à l'existence d'une lésion hémorragique ou malacique de la région tubérienne survenue à l'occasion de ce traumatisme cranien. Ils insistent sur la rareté de ce fait.

M. LHERMITTE rappelle les cas de narcolepsie que M. Souques, que lui-même ont observés à la suite de contusions craniennes.

Métastases cancéreuses et compressions de la moelle. — M. Maurice RENAUD présente quatre pièces anatomiques de cancers secondaires de la colonne vertébrale. Ces pièces montrent que la métastase peut se faire, soit sous forme de noyaux intrarachidiens qui réalisent des compressions à marche rapide, soit sous forme d'infiltrations osseuses qui peuvent rester beaucoup plus longtemps silencieuses. Ces dernières s'insinuent parfois sur une grande étendue dans les cavités médullaires sans altérer les travées osseuses. En tout cas, il s'agit toujours de processus rapides qui ne provoquent pas de réaction osseuse de voisinage. Les lésions d'ostéite raréfiante ou condensante chez les cancéreux ne peuvent être considérées comme étant de nature cancéreuse.

M. SICARD fait remarquer que les compressions médullaires par cancer secondaire sont les seules dans lesquelles l'hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien fasse défaut, du moins jusqu'à la période terminale. Il signale une forme non douloureuse de paraplégie cancéreuse qu'il lui a été donné d'observer et qui s'explique par l'infiltration du tissu cancéreux dans toute la région marginale de la moelle : il s'était fait, en somme, une cordotomie latérale spontanée. Enfin, M. Sicard apporte ses constatations anatomiques touchant les vertèbres qui apparaissent claires ou effondrées sur la radiographie : sur cinq vertèbres de ce type autopsiées, trois étaient cancéreuses et deux ostéomalaciques. Le cas étudié par M. Roussy se rattachait tout à fait à l'ostéomalacie fibreuse, sénile, telle que l'avait décrite Vulpian. Mais il s'agissait, dit M. Sicard, d'un sujet jeune. M. Foix émet l'opinion que seules des coupes en série des vertèbres permettront de faire la part des lésions cancéreuses, « paracancéreuses » ou banales.

Vésicules linguales au cours d'un zona otitique avec paralysie faciale. — MM. TINEL, H. BARUK et CASTÉRAN rapportent deux observations de zona otitique avec paralysie faciale, dans lesquelles on peut noter une éruption zostérienne concomitante, et localisée à l'hémilangue du côté correspondant. Mais on constatait, en outre, sur le même territoire, des troubles sensitifs et gustatifs discrets. Ces faits montrent la possibilité de la participation de la langue et même de l'atteinte isolée de celle-ci à la suite des lésions du ganglion géniculé.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 7 MARS 1925)

M. DURSER (de Baresme) a montré des grenouilles normales suspendues verticalement par un fil lorsqu'elles sont soumises à un mouvement de rotation présentent un mouvement de latéralité des pattes postérieures. M. Ruij. Ozorio DE ALMEIDA a constaté qu'une réaction analogue peut être produite par une irritation cutanée de la main de l'animal. Les réflexes de Durser (de Baresme) sont d'origine labyrinthique. **La peau peut donner** donc, **des réactions** complexes **du même ordre que celles qui ont pour origine le labyrinthe.**

Action « in vivo » de la strychnine et du chloroforme sur les résultats de la déviation du complément, appliquée au diagnostic de la tuberculose canine. — MM. BROCQ-ROUSSEU, CAUCHEMEZ et Ach. URBAIN ont constaté que la strychnine et le chloroforme, injectées à doses massives chez le chien sain, peuvent provoquer dans le sérum des animaux tués par ces procédés, des modifications telles qu'elles rendent positives les réactions de fixation du complément faites en présence d'un antigène tuberculeux. Le sang des chiens sains, prélevé avant l'injection massive, donne, par contre dans tous les cas une réaction de fixation négative vis-à-vis du même antigène.

Étude biologique du liquide de péritonique allergique du cobaye tuberculeux. — M. Jean PARAF. Le liquide de péritonite allergique du cobaye tuberculeux obtenu après injection péritonéale d'un cobaye tuberculisé antérieurement de grosses doses de bacilles débarrassé de tout corps bacillaire par filtration possède des propriétés biologiques intéressantes. Les animaux inoculés avec ce liquide présentent souvent une escarre locale, ils réagissent à la tuberculine pendant deux à trois mois; quoique non tuberculeux ils résistent pendant cette période à une inoculation des bacilles virulents.

Auto-réinfection du cobaye tuberculeux. — M. Jean PARAF. Tandis que l'injection de pus tuberculeux à des cobayes déjà tuberculisés antérieurement ne donne lieu le plus souvent à aucun phénomène, l'inoculation au cobaye de son propre pus ganglionnaire est suivie de l'évolution d'un module caséeux comme chez l'animal neuf.

L'immunité si complète du cobaye tuberculeux vis-à-vis des inoculations bacillaires est beaucoup moins solide quand cette inoculation est faite avec des produits bacillaires provenant de l'animal lui-même.

Les cultures cumulatives (troisième exemple). L'altéro-toxine strepto-staphylococcique. Les altéro-filtrats. — M. Ch. ZŒLLER, poursuivant ses recherches sur les cultures cumulatives, définit l'altéro-toxine strepto-staphylococcique, en qui persiste la toxine streptococcique, et qui constitue

d'autre part un milieu bi-vacciné contre le streptocoque et le staphylocoque. Rappelant les propriétés immunisantes que Besredka a attribuées aux milieux vaccinés, l'auteur montre la possibilité de préparer des altéro-filtrats ou bifiltrats, susceptibles de présenter des propriétés anti-microbiennes à l'égard de germes différents.

Pour établir une culture cumulative il est utile d'observer les conditions de culture en milieux vaccinés; l'auteur indique par quelles méthodes différentes on peut révéler dans un produit dérivé chacune des propriétés intriquées.

Enfin il montre qu'un sérum antitoxique qui sert de milieu de culture conserve en partie sa valeur antitoxique; un altéro-sérum diphtéro-streptococcique donne la réaction de Dick à la dilution de 1 p. 800. L'auteur recherche dans quelle mesure on peut réunir dans un altéro-sérum les propriétés antitoxiques du sérum primitif et les propriétés antimicrobiennes d'un filtrat.

(SÉANCE DU 14 MARS 1925)

Variations parallèles de la chronaxie et des caractères physico-chimiques du plasma sanguin au cours de la tétanie par hyperpnée volontaire chez l'homme. — Dans ce travail, MM. Georges BOURGUIGNON, B. TURPIN et Ch.-C. GUILLAUMIN montrent que la crise de tétanie provoquée par hyperpnée volontaire chez l'homme, s'accompagne à la fois d'une augmentation de la chronaxie et d'une rupture de l'équilibre acides-bases du plasma sanguin. On constate en effet au moment où la crise présente le maximum de symptômes cliniques (signe de Chvosteck, carpospasme et podospasme), une chronaxie triplée et une augmentation du PH du plasma avec diminution de la teneur en bicarbonates et du calcium ionisé.

Quelques minutes après l'arrêt de l'hyperpnée, la crise de tétanie disparaît, la chronaxie revient à la normale et un peu plus tard, la teneur du plasma en PH, en bicarbonates et en calcium ionisé revient à la normale.

Voilà un exemple d'une modification passagère de la chronaxie liée à une modification également passagère des caractères physico-chimiques du plasma sanguin.

L'action préservatrice des rayons ultra-violets contre l'infection. — M. G.-L. REGARD (de Genève) a étudié expérimentalement sur la peau, le tissu conjonctif, les muscles, les os et le péritoine l'action préservatrice des rayons ultra-violets contre l'infection. Après avoir constaté leur efficacité et la rapidité de la cicatrisation des plaies irradiées, il pratique une quarantaine de grosses opérations: résections gastro-intestinales, greffes osseuses, etc., sans aucune asepsie. Il obtient quarante cicatrisations par première intention et ses greffes, pour lesquelles il a irradié le lit du greffon, réussissent. Il en conclut que chez l'animal, tout au moins chez le lapin et le cobaye, on peut se passer de l'asepsie et que la lampe à mercure est aussi indispensable dans un laboratoire d'expérimentation qu'un bouilleur ou un autoclave.

Les rayons ultra-violets n'agissent pas seulement en tuant directement les microbes. Ils agissent aussi en augmentant la vascularisation des tissus et en stimulant l'activité des cellules.

Chez l'homme il ne saurait être question de supprimer l'asepsie. Mais les rayons ultra-violets, employés au cours des interventions chirurgicales, accélèrent la cicatrisation et augmentent la sécurité puisque l'asepsie opératoire n'est pas et ne saurait être absolue.

Les effets de la ponction lombaire sur la polyurie, la glycosurie et la glycémie chez les diabétiques et les sujets non diabétiques. — M. F. RATHERY et Mlle DREYFUS-SÉE ont étudié les effets de la ponction lombaire sur la diurèse et sur le métabolisme hydrocarboné des diabétiques.

Ils ont constaté l'absence de toute modification du volume des urines émises en vingt-quatre heures chez tous les sujets observés.

La glycosurie ne paraît pas non plus diminuer notablement après la rachicentèse. Ces deux faits sont en contradiction avec les observations publiées par plusieurs auteurs.

La glycémie, non modifiée chez les sujets normaux, ni chez les sujets hyperglycémiques et glycosuriques légers, subit une diminution qui varie de 0g50 à 1 gramme par litre chez les grands glycosuriques avec hyperglycémie marquée, hypoglycémie toute temporaire.

Les auteurs concluent à l'absence d'action spéciale glycorégulatrice et oligurique de la ponction lombaire, action dont on a voulu faire une preuve du rôle primordial du système nerveux central dans la pathogénie de la polyurie et de la glycosurie diabétique.

La ponction lombaire met en évidence la dissociation entre le taux de la glycémie et celui de la glycosurie chez certains diabétiques.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 14 FÉVRIER 1925)

Un cas de perforation diastatique du gros intestin. — M. BERTRAND rapporte l'observation d'une perforation diastatique survenue à la suite d'un lavement bismuthé chez un sujet porteur d'un néoplasme sténosant de l'S iliaque. Cette complication réalisa le tableau clinique de l'iléus aigu.

Au point de vue pathogénique, l'auteur admet un double processus, ulcératif et mécanique. Le lavement bismuthé peut présenter un réel danger chez les malades en occlusion chronique; l'exploration radiologique devrait suivre et non précéder l'établissement de l'anus artificiel.

Guérison d'une obstruction lithiasique du cholédoque après une simple cholécystostomie. — M. GORSE appelé à intervenir chez un lithiasique en pleine rétention biliaire a dû se borner, en raison de l'état précaire de ce malade, à pratiquer une cholécystostomie. Dès le cinquième jour, disparition de l'obstruction biliaire; amélioration rapide; le malade a repris 17 kilogs.

La cholécystotomie doit conserver quelques indications dans la lithiase cholédocienne avec ictère.

Deux cas d'appendicite gangréneuse. — M. BERNARDBEIG a dû intervenir d'urgence chez deux malades présentant une crise d'appendicite avec menace de péritonite généralisée. Dans un cas, l'opération pratiquée soixante-cinq heures après le début des accidents a permis d'extirper un appendice gangréné et perforé; dans l'autre cas, l'appendice, noirâtre et très friable, nageait au milieu d'un pus fétide avec débris sphacélés; appendicectomie cinquante heures après le début de la crise. Guérison dans les deux cas.

Paralysie faciale d'origine zostérienne. — MM. Jean TAPIE, E. ROQUES et L. MOREL présentent une malade atteinte de zona otique et cervical compliqué de paralysie faciale du type périphérique. Les éléments éruptifs occupent le territoire des quatre premières racines cervicales et la zone de Ramsay Hunt. L'infection zostérienne qui a frappé simultanément les quatre premiers ganglions rachidiens et le ganglion géniculé a dépassé les limites de ce dernier, atteignant à la fois les filets sensitifs et le tronc moteur du facial.

Asystolie irréductible; symphyse du péricarde. — MM. BONHOURE et L. MOREL présentent un cas typique de symphyse péricardique d'origine rhumatismale, diagnostiquée du vivant du malade grâce à la fixité de la pointe du cœur et à l'existence d'une vaste ondulation de la paroi.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE D'ATHÈNES

(SÉANCE DU 15 JANVIER 1925)

Sur un cas de tuberculose du sein. — M. CARAYANNOPOULOS

Nouveau procédé opératoire contre le pied creux compliqué de métatarsus varus. — M. CONTARGYRIS rapporte les bons résultats éloignés qu'il a obtenus chez cinq malades pour pied creux compliqué de metatarsus varus par le procédé suivant :

Section longitudinale de 6-7 centimètres au milieu du dos du pied ayant comme centre l'articulation de Lisfranc. Après la section de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, séparation longitudinale et non section des tendons extenseurs des orteils et puis décollement avec la rugine de toutes les

parties molles du squelette du pied jusqu'au bord interne du Ier métatarsien en dedans et jusqu'au bord externe du Ve métatarsien en dehors; après quoi pendant que l'aide écarte les parties molles décollées, l'opérateur enlève avec le ciseau et le maillot un coin d'os à base dorsale et sommet plantaire comprenant aussi bien l'articulation de Lisfranc qu'une partie de la base des métatarsiens d'une part et de la portion voisine de trois cunéiformes et du cuboïde d'autre part.

Veiller à ce que la portion externe de la base du coin osseux soit plus large que l'interne. On obtient ainsi en même temps la correction du métatarsus varus et celle du pied creux. Suture du squelette sous-périostée avec deux ou trois catguts et puis suture de la peau avec du catgut aussi. Puis premier plâtre qu'on remplace au bout d'un mois par un second sur lequel le malade peut marcher.

(SÉANCE DU 22 JANVIER 1925)

Des tumeurs hémolytiques de l'utérus. — M. CARAYANNOPOULOS.

Sur un cas de pied varus équin, double congénital invétéré guéri par la tarsotomie interne du côté gauche par la tarsotomie et l'astragalectomie du côté droit. — M. PAPADOPOULOS conclut que le Phelps-Kirmisson complété par des incisions ligamentaires (lig. en Y, lig. deltoïdien, lig. tibio-astrag. postérieur) chez les enfants donne toujours des résultats satisfaisants voire même supérieurs à la tarsectomie cunéiforme.

LIVRES NOUVEAUX

La 3e Edition (1925) du Formulaire Astier (1).

Dès sa première apparition le Formulaire Astier connut le plus légitime des succès, les éditions successives n'ont fait que confirmer la haute estime dans laquelle il doit être tenu. Voici aujourd'hui la 3e édition. Ce petit volume de jadis a maintenant 3000 pages. C'est que beaucoup de chapitres ont été remaniés et complétés et que de nouveaux éléments sont venus s'ajouter. En voici quelques exemples :

Dans la *pharmacologie*, beaucoup de suppressions concernent de vieux produits tombés en désuétude; quelques articles développés sont consacrés aux médicaments à la mode : préparations bismuthiques, ouabaïne, quinidine, etc. ; l'indication, pour chaque substance, de sa place éventuelle dans les fameux tableaux A, B et C., un petit chapitre, qui manque à peu près partout, sur « l'heure à laquelle il convient de prendre les divers remèdes ».

Les *médications physiques* comprennent toutes les notions nécessaires au médecin, soit pour noter certaines indications : thorium et curiethérapie par exemple, soit pour pratiquer certaines méthodes thérapeutiques très en faveur : culture physique, gymnastique respiratoire.

Le chapitre des *médications biologiques* a été également revu avec soin.

L'article Dermatologie a été entièrement refondu; nouveaux, aussi, les articles de spécialités relatifs à la stomatologie et à l'urologie d'urgence. La *chirurgie générale d'urgence* a également été remise au point.

Dans les *médications d'urgence*, on trouvera la méthode de Sylvestre pour lutter contre l'asphyxie, et, exposée avec tous les détails nécessaires, la méthode de MM. Legendre et Nicloux pour combattre l'intoxication oxycarbonée.

A la *législation*, a été ajouté le tableau des poids et mesures en usage dans les pays de langue anglaise.

Cette énumération indique avec quel soin a été revu ce précieux livre que tous les praticiens voudront posséder.

L. G.

(1) In-18 raisin de 1300 pages, reliure souple. — Prix : 30 fr. — Paris, librairie du *Monde médical*, 47, rue du Docteur-Planche, et Vigot frères.

COURS ET CONFÉRENCES

ENSEIGNEMENT PRATIQUE DE LA PÉDIATRIE. — Les docteurs Armand-Delille, Hallé, Huber, Lemaire, Lesné, Paisseau. Ribadeau-Dumas, Weill-Hallé, médecins des hôpitaux, les docteurs Mouchet, Veau, chirurgiens des hôpitaux, feront, du 20 avril au 2 mai 1925, deux séries de 12 leçons sur les maladies de la première enfance avec démonstrations pratiques, à l'hôpital Trousseau. 158, rue Michel-Bizot, à l'hôpital Saint-Louis (Musée), 40, rue Bichat et à la Maternité, 119, boulevard de Port-Royal.

Complément pratique. — Au cours de ces conférences, il sera procédé à des examens de malades, à des projections et à des démonstrations pratiques sur la diététique des troubles digestifs de la première enfance (application de la diète hydrique, les laits modifiés, les régimes hydrocarboné et azoté).

Le droit d'inscription est fixé pour chaque série à 100 fr.

Les inscriptions sont reçues dès maintenant par M. le docteur Lemaire, à l'hôpital Trousseau, 158, rue du Général-Michel-Bizot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX. — COURS DE PERFECTIONNEMENT DU PROFESSEUR MOURE ET DU PROFESSEUR AGRÉGÉ GEORGES PORTMANN. — Le cours de perfectionnement annuel aura lieu du lundi 22 juin au samedi 4 juillet 1925.

Ce cours s'adresse aux praticiens spécialistes et a pour but de les mettre au courant des nouvelles méthodes opératoires et thérapeutiques : il est fait par le professeur Moure et le professeur agrégé Portmann, avec la collaboration des professeurs Lagrange (ophtalmologie), Petges (dermatologie et syphiligraphie) et des professeurs agrégés Mauriac (Médecine), Duperie (Maladies des enfants), Rechou (Electrothérapie) et Jeanneney (Chirurgie).

Il comprendra des séances opératoires, des examens de malades, de la médecine opératoire, des conférences sur les sujets d'actualité, des examens de laboratoire.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Bordeaux. Droit d'inscription : 150 francs.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Le cours de perfectionnement d'électroradiologie, dirigé par M. le professeur Cluzet, commencera le 1er mai, à 2 heures, au laboratoire de physique biologique, radiologie et physiothérapie.

Cet enseignement, qui sera effectué avec la collaboration de MM. Nogier, Arcelin, Badolle, Coste, Malot et Kofman, aura une durée d'un mois et demi environ.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté jusqu'au 20 avril.

QUESTION D'INTERNAT

FRACTURES DE JAMBE AU TIERS MOYEN

DÉFINITION. — On englobe sous ce nom, toutes les lésions siégeant au LIEU D'ÉLECTION des fractures de jambe à l'union du *tiers moyen* et du *tiers inférieur* là où le tibia de prismatique devient cylindrique. Ces fractures comportent un déplacement important, difficile à bien corriger; mal réduit il a pour conséquence une grave infirmité *entraînant un taux d'indemnité élevé en cas d'accident du travail*; le poids du corps n'est plus transmis au sommet de la voûte plantaire, la marche est gênée, sinon impossible.

ÉTIOLOGIE. — C'est avant tout une fracture de l'adulte, mais elle s'observe aussi chez l'enfant.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Trois types :

La fracture spiroïde est la plus fréquente.

Le trait tibial décrit une spire oblique en bas, en avant, en dedans.

Il sépare ainsi deux fragments : l'*un supérieur* en V à pointe inférieure dont le sommet répond au bord antérieur du tibia; l'*autre inférieur* à disposition inverse.

Souvent existent trois fragments : une *fissure* part du sommet du V inférieur, contourne la face interne, la face postérieure, de l'os atteint l'articulation tibio-tarsienne, remonte

sur la face postérieure détachant ainsi un *fragment lamellaire.*

Le trait péronier siège dans la règle *au-dessus du trait tibial* dans le prolongement de celui-ci,

Il peut être très haut, siéger au COL DU PÉRONÉ au voisinage du *sciatique poplité externe.*

Il peut siéger au même niveau que le trait tibial, plus rarement au-dessous.

Le déplacement est complexe. Il se produit : suivant l'épaisseur, suivant la longueur, suivant la direction, suivant la circonférence.

La fracture oblique. — **Le trait tibial** est oblique en bas, en avant, en dedans. Il peut être inverse.

Le déplacement est peu important si le ligament interosseux est intact.

La fracture transversale est dite EN RAVE.

Le trait tibial est transversal, oblique en bas et en avant.

Le déplacement peut manquer.

Variétés accessoires. — 1. **Fractures associées.**

2. **Fractures comminutives.**

3. **Fractures de l'enfant.** — *a.* La *fracture spiroïde* comporte rarement une fissure surajoutée. Si elle existe, elle s'arrête au cartilage de conjugaison, N'INTÉRESSE DONC PAS L'ARTICLE ;

b. Fractures incomplètes ;

c. Fractures complètes sous-périostées.

MÉCANISME. — **Les fractures de cause directe** sont TRANSVERSALES :

Le *tibia seul* est brisé par la violence.

Le *péroné* se brise lors des efforts que fait le malade pour se relever.

Les fractures de cause indirecte sont plus fréquentes.

C'est un *mécanisme de flexion* libre ou appuyée qui produit les *fractures transversales et obliques.*

C'est par un *mécanisme de torsion* que s'explique la *fracture spiroïde.*

S'il s'*agit de chute sur les pieds* le mécanisme est analogue à celui de la flexion libre.

La *fracture du péroné* est presque toujours secondaire.

CLINIQUE. — Type : **Fracture avec déplacement.**

I. **Si l'accident est récent**, la seule inspection fait le diagnostic.

Le déplacement est facile à apprécier.

1. L'ANGULATION DE LA JAMBE est nette, déplacement suivant la direction, le *plus grave*, une *pointe osseuse* menace les téguments ou les a perforé, la crête tibiale forme *angle rentrant* au niveau de la fracture.

La *crête tibiale* du fragment supérieur prolongé tombe sur le bord interne du pied ou en dedans.

2. LE PIED EST EN ROTATION EXTERNE. Déplacement suivant la circonférence.

Il repose sur le plan du lit par son bord externe. Souvent il est en équin. Il faut corriger l'angulation pour mesurer ce déplacement.

3. LA JAMBE EST RACCOURCIE, il y a *chevauchement*, déplacement suivant la longueur. Il faut mesurer la distance du tubercule de Gerdy à la Malléole externe.

Un raccourcissement de moins de 2 centimètres n'entraîne pas de troubles statiques graves.

4. LES FRAGMENTS SONT DÉPLACÉS EN BAÏONNETTE. Déplacement suivant l'épaisseur. C'est le plus fréquent, le moins important. Pour le mesurer, tracer la crête sur les deux fragments.

Le diagnostic est *donc évident.* Mais ce qui est difficile c'est de :

Préciser l'existence d'une fissure allant à la tibio-tarsienne.

Préciser le trait de fracture du péroné : palper soigneusement le péroné jusqu'au col. Vérifier l'*intégrité du sciatique poplité externe.*

Quant à la recherche de la mobilité et de la crépitation c'est une manœuvre inutile et dangereuse qui ne peut souffrir d'autre excuse que celle de chercher l'INTERPOSITION *musculaire.*

II. **Si l'accident date de plusieurs heures.** — L'examen est difficile : le *gonflement est énorme*, les *ecchymoses considérables.* Mais deux signes font le diagnostic de la fracture, signes presque pathognomoniques.

L'apparition de phlyctènes, signe de Chassaignac ; roussâtres, elles apparaissent au niveau du foyer de fracture gênant l'intervention sanglante si elle est nécessaire. Il faudra les vider avec la plus grande asepsie, les recouvrir d'une TOILE avant de faire le plâtre.

De *pathogénie discutée* elles relèvent de troubles *circulatoires* ou *trophiques.*

Les soubresauts douloureux des tendons réveillant le malade la nuit.

Il faudra néanmoins :

Rechercher l'existence de *points douloureux* ; rechercher la *mobilité anormale* pour affirmer plus sûrement la fracture.

VÉRIFIER LES ARTICULATIONS sus et sous-jacentes.

UNE HÉMARTHROSE DE LA TIBIO-TARSIENNE indique le troisième fragment.

Une hydarthrose du genou s'observe quelquefois comme dans toute fracture du membre inférieur.

On termine l'examen par une RADIOGRAPHIE de la *jambe entière* de *face et profil*, QUI PRÉCISE le trait et les déplacements, QUI DÉCÈLE la fracture du péroné, la fissure tibiale.

FORMES CLINIQUES. — Ainsi pourra-t-on diagnostiquer :

Une fracture du tiers supérieur, *fracture en rave* qui s'accompagne d'*hydarthrose du genou.*

Une fracture du tiers moyen, *fracture oblique* avec angulation externe.

Une fracture du tiers inférieur, fracture hélicoïdale, avec *hémarthrose de la tibio-tarsienne*, avec *équinisme du pied.*

On peut rencontrer encore des :

Fractures sans déplacement que viendront révéler les points douloureux, la mobilité anormale.

Fractures engrenées où les soubresauts tendineux semblent *particulièrement fréquents.*

Fractures comminutives, fractures d'*emblée exposées.*

Les fractures de l'enfant sont *souvent incomplètes*, parfois *complètes sous-périostées.*

ÉVOLUTION. — **Bien réduite,** *bien maintenue*, ce dont s'assureront des radiographies successives, la consolidation **demande deux mois.**

Mais c'est une **fracture grave** exposée à de **multiples complications**, à des **séquelles**, c'est le lieu d'élection : des *retards de consolidation*, des *pseudarthroses*, des *cals vicieux.*

COMPLICATIONS. — Toutes les complications possibles des fractures en général. Nulle autre fracture n'est aussi fertile en accidents. C'est là *tout l'intérêt de leur étude.*

A. **Précoces.** — L'ouverture est fréquente :

Soit primitive, par action du traumatisme, par action d'un projectile multiesquilleux, par embrochement.

Soit secondaire, par suite de la chute d'une escarre.

Ouverture qui entraîne tous ses risques de *suppuration, d'ostéomyélite fracturaire.*

Les lésions artérielles ne sont pas rares : atteinte de la *tibiale antérieure*, de la *tibiale postérieure.*

Il faut toujours terminer l'examen d'un tel fracturé par la *prise du pouls* à la pédieuse et dans la gouttière rétromalléolaire pour dépister cette complication.

Il peut s'agir de *simple compression* ou de *blessure avec anévrisme diffus.*

Il faut intervenir d'urgence dans ces cas.

Fracture irréductible parfois par *interposition musculaire.*

Les lésions osseuses associées sont fréquentes : Marginale postérieure du tibia.

Lésions de l'article : hémarthrose tibio-tarsienne.

Les embolies graisseuses par attrition médullaire ont été quelquefois signalées.

Elles se produisent du deuxième au troisième jour et sont rarement mortelles.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours d'électroradiologiste des hôpitaux. — Un concours pour la nomination à trois places d'électro-radiologiste des hôpitaux sera ouvert le lundi 11 mai 1925, à 16 heures, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours devront se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration, 3, avenue Victoria, tous les jours, les dimanches et jours de fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, du lundi 20 au mercredi 29 avril 1925.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — C'est par erreur qu'il a été annoncé que M. Roques avait été désigné pour succéder à M. Bergonié comme professeur de physique médicale.

Cette chaire n'a pas encore été déclarée vacante, et M. le professeur agrégé Réchou est toujours chargé de l'enseignement et du service de cette chaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — L'ouverture du concours pour l'emploi de chef de travaux pratiques d'anatomie et de physiologie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers, fixée au 28 septembre 1925 par l'arrêté susvisé du 23 mars 1925, est reportée au lundi 26 octobre 1925.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

CONSEIL DE L'ORDRE DE LA LÉGION D'HONNEUR. — M. le médecin inspecteur Louis Polin, du cadre de réserve, ancien directeur du Service de santé du gouvernement militaire de Paris, grand officier de la Légion d'honneur, est nommé membre du Conseil national de la Légion d'honneur, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Février, décédé.

CITATIONS A L'ORDRE DE LA NATION. — Sont cités à l'ordre de la Nation pour leur belle conduite :

Le docteur P.-L. Barrois, médecin radiologiste, mort à Toulon, après avoir consacré vingt ans de sa vie, malgré des mutilations successives, à la dangereuse manipulation des rayons X.

M. Charles-Maurice Demenitroux, ingénieur chimiste, ancien collaborateur de Curie, mortellement atteint par les ravages du radium et du thorium dont il a découvert la formule.

M. Marcel-Désiré Demalander, ingénieur chimiste, également collaborateur de Curie, gravement atteint par les manipulations des corps radioactifs, mort victime de la science.

MINISTÈRE DES COLONIES. — Le *Journal officiel* du 4 avril publie des décrets transformant la section de médecine vétérinaire annexée à l'Ecole de médecine de l'Afrique occidentale française en Ecole de médecine vétérinaire autonome et instituant à cette Ecole une section de pharmacie.

JOURNÉES MÉDICALES PARISIENNES. — Un Comité vient de se constituer sous les auspices de la *Revue médicale française*, pour organiser à la fin du mois de septembre 1926 des Journées médicales parisiennes, suivant l'heureuse formule qui a donné à Bruxelles de si brillants résultats.

Le Comité s'adresse aux médecins praticiens français et étrangers et se propose, grâce à la collaboration des professeurs de la Faculté de médecine, des chefs de service des hôpitaux et des chefs d'établissements d'enseignement privé, de leur donner le moyen de s'initier aux nouvelles méthodes de diagnostic et de thérapeutique.

Le professeur Balthazard a été désigné pour remplir les fonctions de Commissaire général et le docteur Dujarric de la Rivière celles de Secrétaire général.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — Un concours pour la nomination à : une place de médecin chef de dispensaire, une place de médecin adjoint, une place de chef de laboratoire et une place de chef de laboratoire adjoint au dispensaire de Creil, sera ouvert le lundi 18 mai 1925, à 9 h. 30, dans la salle des conférences, au Musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les docteurs en médecine qui voudront concourir devront

se faire inscrire au siège de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, du samedi 25 avril au samedi 2 mai, de 10 heures à midi.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE. — La Société de stomatologie de Paris institue pour l'année 1925 un prix qui portera le nom de « Prix de la Société de stomatologie ».

Ce prix d'une valeur de 1.000 francs est offert au concours à tous les docteurs en médecine français. Il sera attribué au meilleur travail original et inédit sur le sujet suivant : « Symptomatologie et valeur diagnostique des données fournies par l'action des agents thermiques dans les états physiologiques et pathologiques des dents ».

Les manuscrits devront être envoyés, avant le 1er octobre 1926 au secrétaire général de la Société de stomatologie, le docteur Lacronique, 17, rue de Pétrograd à Paris, qui répondra à toute demande de renseignements complémentaires.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE DE NANCY ET DE L'EST. — L'Assemblée générale de la Société aura lieu les vendredi 22 et samedi 23 mai 1925.

La séance sera suivie d'une visite des Brasseries de Champigneulles.

Adresser les communications avant le 20 avril au Secrétaire, M. le Dr Louis Mathieu, 27, rue des Tiercelins, Nancy.

LIVRES NOUVEAUX

La transfusion du sang. Etude biologique et clinique (1), par MM. P. Emile WEIL et Paul ISCH-WALL.

Voici un bel ouvrage dans lequel les auteurs après un historique très complet font une étude clinique fort intéressante de la transfusion du sang, de ses indications et des différentes et pratiques techniques actuellement employées.

La transfusion doit être considérée aujourd'hui comme une intervention inoffensive dont les bénéfices sont immenses.

Toutes ces indications ne sont pas encore fixées définitivement, cependant l'expérience acquise permet de donner comme impératives : *les hémorragies de toute nature, les états de shock, les états anémiques.*

A côté de ces indications, formelles, indiscutées, la transfusion s'offre à l'esprit du médecin comme une méthode thérapeutique de secours dans de nombreuses affections : *soins pré et post-opératoires, hémorragies, infections puerpérales et autres indications obstétricales, anémies, leucémies, affections hémorragiques, etc.*

Mais il est important, les auteurs y insistent, de la considérer comme un agent de thérapeutique normale et non comme une opération de dernier recours.

Les Syndromes anémiques (2), par R.-J. WEISSENBACH, médecin des hôpitaux de Paris.

Ce livre, écrit avant tout pour les praticiens, est un précis de diagnostic et de traitement des anémies.

Le médecin y trouvera une étude complète, quoique concise, des diverses formes cliniques des anémies avec les particularités propres aux différentes formes étiologiques.

Les chapitres concernant le traitement occupent le tiers de l'ouvrage. Les diverses méthodes de transfusion du sang y sont décrites avec détail et spécialement le procédé de l'auteur, la transfusion sous-cutanée de sang citraté, d'un emploi des plus intéressants dans la pratique journalière.

L'hématologiste trouvera dans ce livre une synthèse des notions hématologiques concernant les anémies. Deux chapitres mettent au point toutes les acquisitions récentes sur les propriétés biologiques du sérum et des hématies dans les états anémiques et le rôle de ces propriétés dans la genèse des anémies. L'auteur était particulièrement qualifié par les importantes recherches qu'il a poursuivies sur ces questions pour les résumer dans ces deux chapitres qui n'ont encore d'équivalents dans aucun ouvrage similaire.

(1) Un vol. in-8 illustré. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson.
(2) In-8 de 376 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin.

Hématologie clinique à l'usage des médecins et des étudiants (1), par le docteur F. WANNER, privat docent de médecine, interne à l'Université de Lausanne, avec préface de M. le professeur L. MICHAUD et 8 planches en couleurs et dessins en noir du docteur W. BOITEL, ancien assistant de la clinique médicale de Lausanne.

Le livre du docteur Wanner est le résumé des leçons d'hématologie qu'il fait depuis plusieurs années à la Faculté de médecine de Lausanne avec un très grand succès.

L'auteur s'est proposé un but essentiellement pratique, il ne propose qu'un nombre restreint de méthodes d'examen et choisit les plus simples.

Bref, clair et complet le livre du docteur Wanner est illustré de très beaux dessins de M. Boitel qui en facilitent la lecture et complètent heureusement les leçons du professeur.

Le livre comprend une partie technique : examens physiques et chimiques; examen microscopique; morphologie des cellules du sang. Puis une partie clinique renfermant une étude très complète des anémies, des polyglobules, des leucocytes et des hyperplasies des organes hématopoiétiques. Enfin une très belle étude des syndromes hémorragipares termine cet excellent ouvrage. F. L. S.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — HÔPITAL SAINT-LOUIS (professeur : M. JEANSELME). — Cours de perfectionnement : *Dermatologie et maladies vénériennes,* sous la direction de M. le professeur Jeanselme avec la collaboration de M. le professeur Sebileau et de MM. Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Darre, Tixier, Sézary, Touraine, médecins des hôpitaux; MM. Gougerot, Lian, de Jong, professeurs agrégés, médecins des hôpitaux; MM. Hautant, Lemaître, otorhinolaryngologistes des hôpitaux; Sabouraud, chef du laboratoire municipal de l'hôpital Saint-Louis; P. Chevalier, ancien chef de clinique; Burnier, Hufnagel, Schulmann, chefs de clinique à la Faculté; Giraudeau, chef des travaux physiques; Marcel Sée, Bizard, Noire, Civatte, Ferrand, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Barbe, médecin des Asiles.

Le cours complet de Dermatologie commencera le 22 avril.

Le cours complet de Vénéréologie commencera le 27 mai.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis et à l'amphithéâtre de la clinique (salle Henri IV), 40, rue Bichat.

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie, etc.).

CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, chaque mercredi, à 10 h. 1/4, salle Gérando, à l'hôpital Tenon (pendant le second trimestre de l'année 1925 à partir du 29 avril) par le docteur Cl. Vincent.

Consultations tous les samedis à 10 h., pour les maladies du système nerveux (salle Gérando, hôpital Tenon), par le docteur Cl. Vincent.

(1) Paris, A. Maloine et fils.

REVUE GÉNÉRALE

TRAITEMENT GÉNÉRAL DES GRANDES HÉMORRAGIES

Par G. JEANNENEY,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Le médecin se trouve souvent devant le difficile problème d'une hémorragie qui par son abondance ou sa répétition entraîne un état grave d'anémie aiguë ou chronique qu'il faut arrêter. Nous étudierons seulement ici les armes dont nous disposons contre les hémorragies rebelles sur lesquelles on n'a pas d'action directe, puis les moyens de relever l'état général du malade privé de son sang, enfin le traitement de la convalescence.

Les hémorragies des gros vaisseaux, qui relèvent de la ligature, peuvent être dangereuses, mais seront toujours maîtrisées avec de la volonté et de la patience. Bien plus difficiles à arrêter sont les hémorragies *en nappe*, où l'on ne peut faire de ligature hémostatique. Les unes sont post-opératoires dans certaines régions (opérations endo-nasales) ou chez certains sujets saignant facilement. Les autres sont spontanées ou sont dues à des lésions en apparence insignifiantes, épistaxis, métrorragies, hémorragie en surface de certains cancers, hémorragies pathologiques des hémophiles et des hémogéniques, malades atteints de syndromes hémorragiques auxquels il faudra toujours penser.

L'hémostase. — Normalement lorsqu'un vaisseau est ouvert, l'hémorragie tend à s'arrêter grâce à deux mécanismes :

A. Le vaisseau entre en vaso-constriction, diminuant ainsi le débit sanguin ; pour que ce resserrement se produise l'intégrité des parois vasculaires est indispensable.

B. Le sang sorti du vaisseau se coagule, aboutissant à la formation d'un caillot ou coagulum formé d'un réseau de fibrine englobant du sérum et des globules. Ce réseau de fibrine apparaît par précipitation d'une substance albuminoïde (globuline) du plasma sanguin ou *fibrinogène*, par un mécanisme un peu complexe :

a. Les globules blancs, les tissus, (muscles, foie en particulier), les plaquettes sanguines ou hémostoblastes sécrètent un corps, probablement un lipoïde, appelé *cytozyme* ou *thrombokinase* (pour Howell, un phosphatide, la képhaline).

b. La thrombokinase s'unit à une diastase le *thrombogène* ou sérozyne, en présence de *sels de calcium*; il résulte de la combinaison de ces trois éléments un complexe nommé *thrombine* qui, lui, précipitera le fibrinogène du plasma.

A. Thrombokinase + thrombogène + Ca = thrombine.

B. Thrombine + fibrinogène = fribrine.

Se souvenir que le thrombogène est détruit à la température de 56 degrés et qu'il agit à la température optima de 40 à 50 degrés ; en somme il se comporte comme un ferment.

La fibrine ainsi apparue englobe globules et sérum et forme un *caillot*, mais là ne s'arrêtent pas les faits ; le caillot ainsi formé est mou ; il va peu à peu se rétracter, exprimer son sérum, devenir consistant, formant un véritable bouchon qui obstrue suffisamment la lumière du vaisseau. Cette *rétraction du caillot*, si importante, est due aux plaquettes sanguines de Bizzozero, aux hémotoblastes de Hayem (L. Le Sourd et Pagniez, Bordet et Delange).

En résumé trois phénomènes concourent à l'hémostase spontanée :

1° la contractibilité des vaisseaux,

Tableau représentant la physiologie, la pathologie et le traitement des troubles de la coagulation.

PHYSIOLOGIE		PATHOLOGIE	THÉRAPEUTIQUE LOCALE	THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE
I. Occlusion des vaisseaux...........	Rétraction.	Fragilité = Hémogénie.	Compression *directe*.	Vaso-dilatateur = Emétine.
	Vaso-constr.	Vaso-dilatation = après V. C.	Vaso-constriction....... { Adrénaline. Antipyrine. Ferripyrine.	Vaso-constricteur = Pituitrine.
II. *Caillot.* *a.* Formation....	1. Cytozyme.. { Leucocytes. Muscles. Foie. Rate. Plaquettes.	Absence de cytozyme = Hémophilie.....	Gaze. Penghawar. Extraits de tissu. Muscles (chirurgie du cerveau).	Extraits de tissus (rate, moelle), irradiation de la rate.
	2. + Sérozyme (diastase).	Absence = Hémophile.	Sérum de cheval exalté (hémostyl).	Sérum, 10 à 40 cc.... { antitétanique. humain. hémostyl. Sang. Tranfusion.
	3. + Calcium. = *Thrombine.* + Fibrinogène. = *Fibrine.*	Absence = cachexie.... { φ. cancer.	Eau chaude 55°. Chlorure de calcium local.	Chlorure de calcium. { Locke en injection. En ingestion. Choc = peptone. Citrate de soude. Choc anaphyl. = sérum sérique. *Transfusion.*
b. Rétraction du caillot.......	Plaquettes. Hématoblastes.	Absence = Hémogénie.		Extraits de plaquettes. Opothérapie (hématothyroïdien).

2° la coagulation liée à la présence de cytozyme, de sérozyme et de sels de calcium,

3° la rétraction du caillot.

Causes d'insuffisance de l'hémostase spontanée. — Tout ce qui contrariera ces trois phénomènes sera cause d'hémorragie incoercible. Ainsi l'on observe dans certains états hémorragiques :

1° De la fragilité des vaisseaux : dans l'*hémogénie* il suffit de serrer légèrement le bras par un lien pour voir apparaître un piqueté hémorragique,

une ecchymose (signe du lacet), une brève succion sur la peau donne une ecchymose (signe de la ventouse). Dans certains cas la vaso-dilatation paralytique est une cause d'hémorragie persistante; on l'observe après l'emploi abusif de l'adrénaline.

2° DES TROUBLES DE LA COAGULATION : ainsi dans l'*hémophilie, l'absence de cytozyme* ou son altération amène un retard de coagulation qui favorise l'apparition d'hémorragies quasi-spontanées (hémarthroses, hématomes, hémorragies par les cavités naturelles); ainsi dans certaines cachexies (tuberculose, cancer), l'*absence de calcium* favorise l'hémorragie.

3° DES TROUBLES DE LA RÉTRACTION DU CAILLOT : ainsi dans l'*hémogénie*, diathèse hémorragipare chronique étudiée par Weill, l'absence de plaquettes amène l'irrétractibilité du caillot et prolonge le temps de saignement.

Le traitement de l'hémorragie, l'*hémostase*, comportera donc un triple but :

1° fermer les vaisseaux, 2° favoriser la coagulation, et 3° favoriser la rétraction du caillot.

Il se réalisera par des moyens locaux et généraux.

1° **Traitement local.** — *a. Fermer les vaisseaux* La compression directe favorise ce desideratum : le tamponnement sera précédé d'un lavage aseptique chaud; il sera pratiqué à la gaze ou au penghawar, directement sur le point qui saigne en évitant toute interposition de caillot; ne pas employer de vaseline pour faciliter son tamponnement; les antiseptiques qui ont une action empêchante sur les diatases seront évités.

On pourra aider l'action du tamponnement par l'emploi de vaso-constricteurs comme l'adrénaline; l'antipyrine à 1/10, la ferripyrine à 20 p. 100, en se souvenant que leur emploi est suivi de vaso-dilatation paralytique, ou de coagulants : l'alun, le perchlorure de fer, les acides (acide chromique), le nitrate d'argent seront maniés avec prudence et selon les indications spéciales; le sérum gélatiné à 2 p. 100, le sérum gommé à 3 p. 100 en augmentant la viscosité du sang, diminuent la vitesse de saignement et par conséquent permettent au caillot d'apparaître.

b. *Il faudra aussi chercher à favoriser la coagulation locale.* Dans cet ordre d'idées l'irrigation à 55 degrés donne aux ferments leur *température optima;* au-dessus on dépasserait le but; au dessous de zéro on n'agirait que par vaso-constriction, mais on inhiberait tout à fait l'action des cytozymes et des sérozymes.

On cherchera aussi à libérer ces ferments; le contact avec les corps étrangers à large surface, rugueux, favorise cette libération, les mèches de gaze, les tampons de penghawar dans le foyer agissent ainsi. Enfin on apportera les corps nécessaires à la coagulation : c'est-à-dire : 1° des *cytozymes*, en appliquant des extraits de tissus (extrait de foie, de rate) : 2° des *sérozymes*, en apportant *sur la plaie du sérum* humain ou du sérum de cheval (le sérum antidiphtérique en renferme, certains sérums de cheval préparés par saignées successives sont exaltés et en renferment de grandes quantités (Hémostyl). Le sérum ajouté *in vitro* à du sang d'hémophile en amène la coagulation rapide :) 3° des *sels de chaux* peuvent être appliqués sur la plaie en petites quantités, ainsi agit le sérum de Locke.

II. **Traitement général.** — En même temps que ce traitement local nous devons toujours mettre en œuvre un traitement général.

S'il s'agit d'un sujet dont la pression sanguine est élevée ou normale malgré l'hémorragie, on l'abaissera pour que le sang sorte moins violemment des vaisseaux; dans ce sens agit l'*émétine* (0,01 à 0,10) qui se montre un des meilleurs hémostatiques indirects. On emploiera moins volontiers les vaso-constricteurs, en particulier l'ergotine, l'adrénaline, ou la pituitine qui peuvent, cependant être utilisés avec fruit.

Enfin, comme précédemment on donnera à l'organisme les éléments indispensables à la coagulation qui peuvent lui faire défaut, par exemple des sels de chaux (chlorure de calcium en ingestion, (5 grammes) ou en lavement (10 grammes) ou des substances organiques : sérozyme ou thrombine. Dans ce sens on se trouvera bien d'injecter à ces sujets soit du simple sérum antidiphtérique soit du sérum d'animaux souvent saignés, exalté par ces hémorragies à répétition, et dont l'action a été mise en évidence depuis longtemps par Carnot. Ces substances se rencontrent à l'état de pro-ferments dans le sang total : la *transfusion* sera donc ici utile, et même la transfusion citratée; on pourra dans ces cas par mesure de prudence, faire absorber un peu de $CaCl^2$ qui annulera l'action du citrate de soude. Dans ces dernières années Dufour et le Hello rappelant que les accidents anaphylactiques sont favorables à l'arrêt des hémorragies ont conseillé d'injecter à un sujet qui saigne du sérum d'animal en état d'anaphylaxie pour voir l'hémorragie s'arrêter, l'injection de ce « sérum-sérique » produisant une crise sanguine hypercoagulante; quel que soit d'ailleurs le mécanisme intime de ce phénomène, l'action du sérum de Dufour est favorable et méritait d'être ici rapportée.

Enfin l'on cherchera à *favoriser la rétraction du caillot.*

Les injections d'extraits de plaquettes de porc (coaguline de Kocher) agissent dans ce sens comme aussi la transfusion sanguine qui apporte au récepteur les plaquettes vivantes dont il a besoin.

Dans la plupart des états hémorragipares, la sérothérapie donne des résultats. Son mode d'action est évidemment des plus complexes, et semble pouvoir se ramener non seulement à un apport de substances coagulantes, mais aussi à des actions leucolytiques et vaso-motrices utiles à la coagulation. Quoi qu'il en soit on peut employer pour cette sérothérapie, soit du sérum humain, comme le font quelques anglais désirant éviter l'anaphylaxie, soit du sérum de cheval banal ou exalté par des saisaignées répétées. On injecte de 10 à 40 centimètres cubes de sérum soit sous la peau, soit dans les muscles, soit même dans les veines. L'administration *per os* est presque sans action; la voie rectale est plus favorable.

Cette sérothérapie donne des résultats dans la plupart des états hémorragipares, purpuras primitifs, purpuras infectieux ou toxiques, hémorragies secondaires aux interventions chez les hépatiques (Quénu, Broca), hémorragies des utérines, des néphritiques, enfin l'hémophilie elle-même s'améliore et guérit par la sérothérapie.

L'*hémogénie* (Weill) est plus difficile à combattre; l'injection d'extraits de plaquettes et surtout l'opothérapie peuvent l'améliorer; c'est l'opothérapie thyroïdienne, en particulier l'hématoéthyroïdine, qui

donne les meilleurs résultats. L'opothérapie hépatique peut être utile; l'ablation de la rate aurait dans quelques cas été nécessaire.

D'innombrables autres méthodes ont été proposées. Après essais nous croyons que les injections intra-veineuses de peptone ne sont pas sans danger, sans pour cela être toujours efficaces. Les injections intra-musculaires ou intra-veineuses (30 centimètres cubes d'une solution à 30 p. 100) de citrate de soude auraient une action encore inexpliquée sur les hémorragies rebelles. Enfin l'irradiation de la rate est parfois à conseiller.

En résumé, en pratique, en présence d'une hémorragie rebelle, on appliquera un tamponnement local au sérum de cheval et on s'aidera d'un traitement général par la sérothérapie et l'ingestion de sels de Ca, ce traitement devant être régi par la cause de la persistance de l'hémorragie.

III. **Traitement des conséquences immédiates de l'hémorragie. — Anémie aiguë et choc hémorragique.** — Dès que la perte de sang atteint 25 p. 100 de la masse sanguine, des phénomènes sérieux surviennent. Au delà de 40 p. 100 le pronostic est des plus graves.

Devant une perte de sang d'abondance moyenne, l'organisme réagit par une vaso-constriction généralisée adaptant le système vasculaire devenu trop large à son contenu restreint; cette vaso-constriction peut aboutir à un état de pâleur, de refroidissement avec frissonnement que Marey appelait *Algidité*; puis peu à peu les sucs des tissus transsudent dans les vaisseaux et le contenu est de nouveau adapté au contenant. C'est là ce qui se passe dans une *hémorragie compensée*. Dans quelques cas, soit à cause de l'abondance de l'hémorragie, soit à cause de facteurs surajoutés, les centres vaso-moteurs se fatiguent et s'épuisent; à une vaso-constriction passagère succède une vaso-dilatation paralytique; dans les vaisseaux béants se trouve une masse sanguine diminuée, ne circulant pas; le cœur bat à vide et s'épuise; l'irrigation des centres nerveux devient insuffisante : c'est une *hémorragie décompensée*.

Alors si l'on n'intervient pas sérieusement, surviennent toute une suite de causes d'aggravation : les toxines des tissus ne sont plus balayées et restent sur place; l'oxygène n'est plus apporté aux organes en proportion suffisante. C'est un état d'intoxication anémique (Delaunay) qui aboutit au *choc hémorragique* parfois mortel (Delaunay, Castex).

Il importe donc de remplacer d'urgence la masse de sang perdu pour parer aux graves accidents consécutifs à l'hypotension et au déficit globulaire. En dehors des signes cliniques bien connus de cet état grave, nous voudrions attirer l'attention sur deux signes de haute importance ; la mesure de la pression artérielle, et la numération globulaire.

La *mesure de la pression* montre à l'oscillomètre de Pachon, une diminution des pressions systolique. diastolique et de l'indice oscillométrique ; une fois l'hémostase assurée et le sang perdu remplacé, ces valeurs remontent vers le taux normal progressivement si l'hémorragie est compensée.

La *numération globulaire* pratiquée dans ces cas par Depage et Govaerts a montré qu'un blessé qui, dans les trois heures qui suivent l'hémorragie, avait 4.500.000 globules rouges était un blessé sérieux. En effet, dans les heures qui suivent, ce chiffre diminue encore par dilution du sang par les liquides tissulaires qui passent dans les vaisseaux. Si bien qu'à la sixième heure on ne trouve plus que 4.000.000 d'hématies et à la douzième, 3.000.000, chiffres insuffisants chez un sujet non adapté.

Il importe donc de pallier d'urgence à la perte de sang subie. En même temps qu'on fera l'hémostase, on pratiquera un traitement symptomatique banal; repos tête basse pour assurer l'irrigation des centres, ligature des membres, mieux encore compression par le « pneumatic suit » de Crile, qui récupère le sang stagnant à la périphérie, exémié suivant l'expression de Cannon. Inhalation d'oxygène et réchauffement marcheront de pair. Parmi les toni-cardiaques, nous donnons la préférence à l'huile camphrée qui agit doucement et longtemps, réservant la caféine ou l'adrénaline pour le coup de fouet indispensable à certains moments.

La grosse indication — remplacer le sang perdu — a donné lieu à d'importantes études de la part des physiologistes américains, anglais et français au

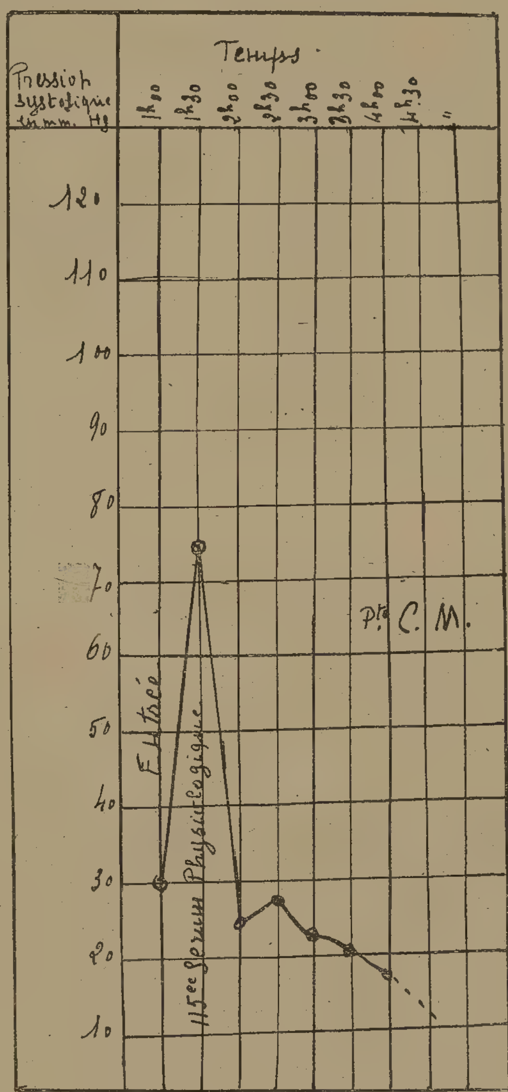


Fig. 1. — *Pression systolique et injection intraveineuse de 115 grammes de sérum physiologique* (Fraser et Cowell).

cours de cette guerre. Cannon, Fraser et Cowel ont bien montré combien l'action du sérum physiologique sur la pression sanguine était fugace, à cause de sa faible tension osmotique (fig. 1).

Le Medical Research Comittee conseilla alors l'emploi de sérum hypertonique qui ne dialysait

pas. Avec lui la hausse de pression est plus marquée et plus durable (fig. 2).

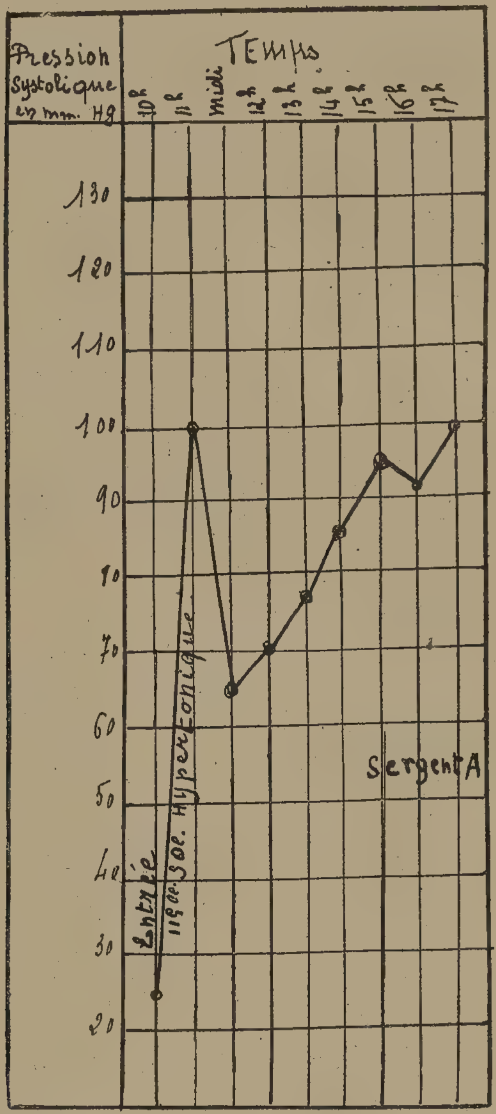


FIG. 2. — *Pression systolique et injection intraveineuse de 115 grammes de sérum hypertonique* (Fraser et Cowell).

Le sérum de Locke, avec ses sels de K, de Ca et son glucose a une action un peu plus durable et le sérum gommé de Bayliss aurait, grâce à ses qualités de liquide colloïdal, une action plus durable encore (fig. 3).

Mais tous ces sérums, s'ils remplissent l'indication quantité ne répondent pas au besoin qualificatif de globules rouges, vecteurs d'oxygène et de vie. Seule la *transfusion sanguine* satisfait à la fois aux deux desiderata : quantité et qualité. Elle est indiquée toutes les fois que l'on retrouve un tableau clinique grave; et même lorsque l'aspect clinique n'est pas très préoccupant les signes oscillométriques et hématologiques dont nous parlions tout à l'heure peuvent en indiquer la nécessité.

Au point de vue pression, l'on peut dire qu'une chute permanente et progressive de la pression sanguine — une fois l'hémorragie arrêtée et malgré les injections de sérum — indique la transfusion (Jeanneney).

Au point de vue hématologique, Depage et Govaerts ont montré que chaque fois que le nombre des hématies tombait à 4.500.000 dans les trois premières heures, à 4.000.000 à la sixième, à 3.000.000 à la douzième, la transfusion était indiquée.

Je n'insisterai pas sur les précautions que l'on doit prendre sur le choix des donneurs.

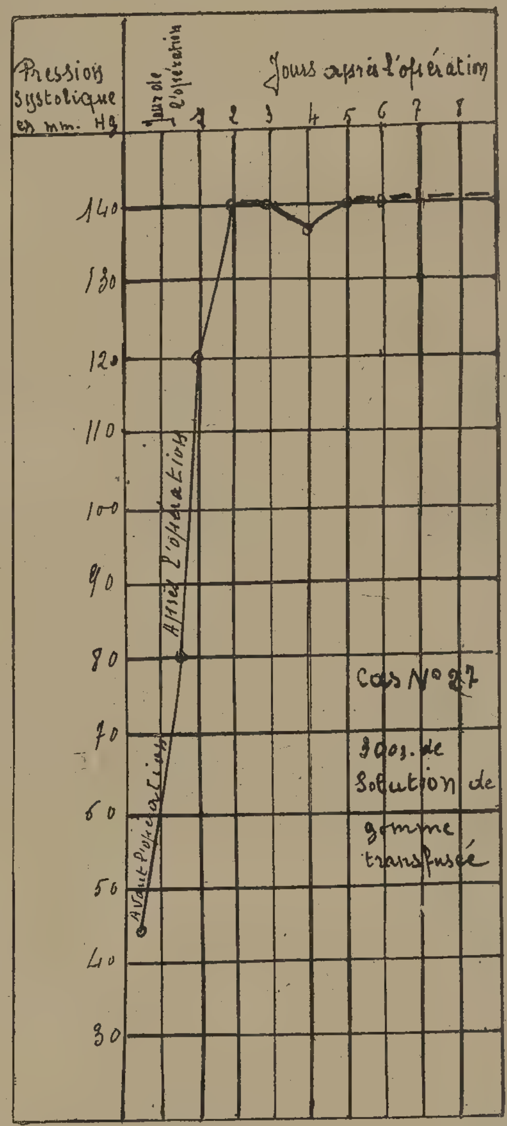


FIG. 3. — *Pression systolique et injection intraveineuse de 150 grammes de sérum gommé* (Fraser et Cowell).

Quant au choix des procédés, le plus souvent c'est à la transfusion citratée que l'on aura recours, soit avec le procédé de Jeanbreau, soit avec la seringue de Weill, ou avec l'appareil de Lewishon. Avec ces deux derniers procédés, la transfusion est ramenée à une prise de sang un peu importante, suivie d'une injection intraveineuse dans une veine du récepteur. La seringue de Weill simplifie au maximum ces manœuvres. Les résultats sont excellents à condition que la transfusion ait été précoce (fig. 6).

En résumé, en présence d'une hémorragie sérieuse, et une fois fait le traitement hémostatique local et général, il faut remplacer le sang perdu; la *transfusion sanguine* agit doublement, comme hémostatique et comme agent de remplacement.

IV. **La convalescence. — Traitement des suites de l'hémorragie.** — La convalescence des grandes hémorragies est longue et sérieuse. Il faut refaire le sang perdu et prévenir le retour d'autres hémorragies.

Le traitement hématopoiétique sera ou non spécifique; le fer, l'arsenic, l'hémoglobine, le calcium seront à la base de ce traitement. La thérapeutique spécifique emploiera les extraits de rate et de moelle

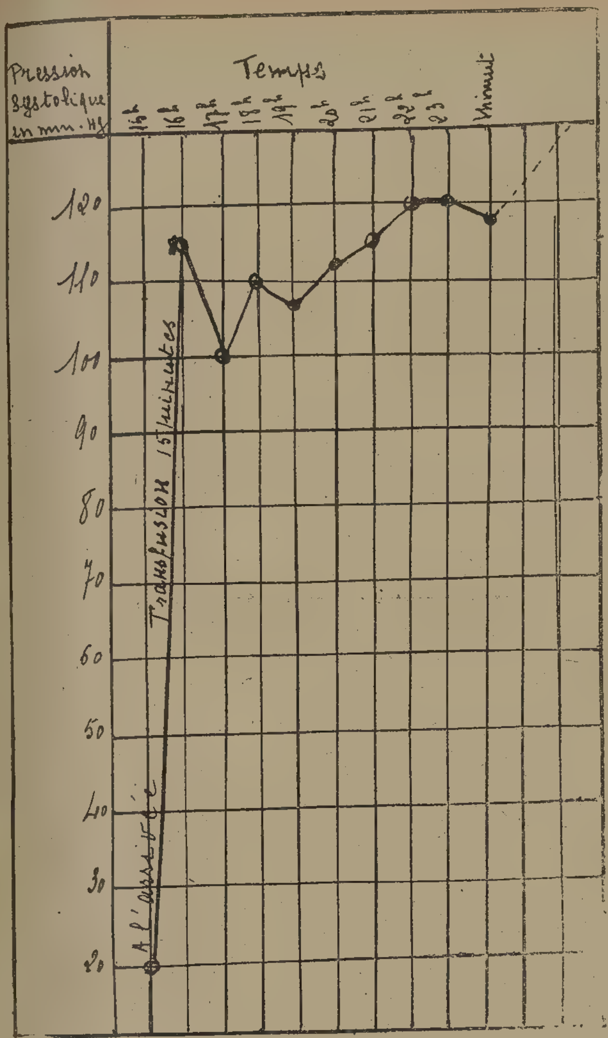


Fig. 4. — *Pression systolique et transfusion directe de quinze minutes* (Fraser et Cowell).

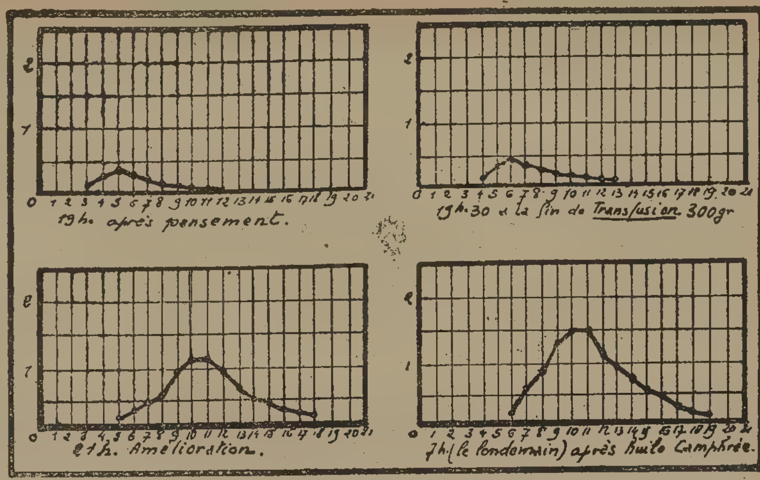


Fig. 5. — *Plaie de la tibiale postérieure. Choc hémorragique. Après l'intervention hémostatique l'injection de sérum est presque sans effet.*

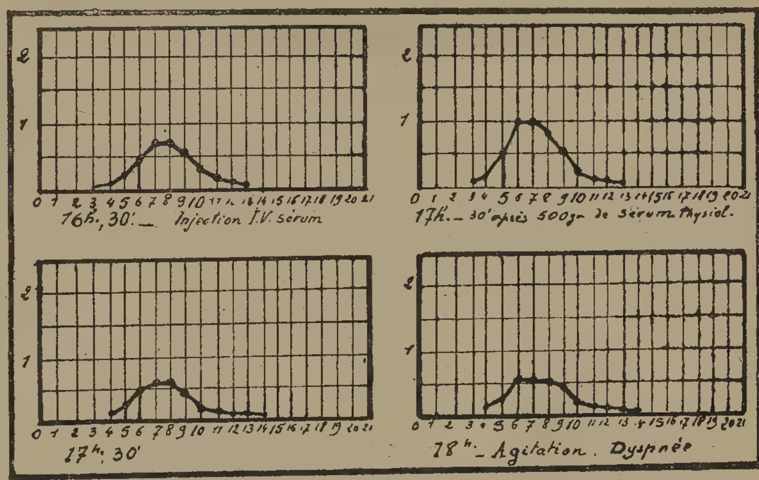


Fig. 6. — *Choc hémorragique. Une transfusion est suivie d'une augmentation importante de l'io, nettement traduite par l'élévation des courbes.*

osseuse, ou bien encore de petites transfusions répétées, des injections sous-cutanées de sérum d'animal saigné, ou enfin la réinjection du sang du sujet prélevé aseptiquement dans une veine suivant la technique habituelle de l'auto-hémothérapie.

Il faudra toujours dans les hémorragies rebelles ou spontanées chercher la cause et la traiter. Un examen clinique attentif aidé de recherches de laboratoire permettra de dépister les lésions des reins, du foie, les infections hémorragiques, enfin les grandes diathèses isolées dans ces dernières années, l'hémophilie et sa sœur plus jeune, l'hémogénie, contre lesquelles nous sommes armés par la sérothérapie et l'opothérapie.

En somme, de réels progrès ont été réalisés ces derniers temps dans le traitement des grandes hémorragies grâce à l'association étroite de la clinique et de la biologie.

BIBLIOGRAPHIE

Carnot. Thérapeutique des syndromes hémorragiques, *XIIIe Congrès de méd.*, oct. 1912.

Depage et Govaerts. Indications hématologiques de la transfusion, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, 12 fév. 1918.

Dufour et Le Hello. Considérations sur la thérapeutique des hémorragies par le sérum sérique antihémorragique (anthéma), *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.

Delaunay. Sérum de Locke gommé dans les hémorragies graves et le choc, *Lyon chir.*. janv. 1918.

Grasset. Médication des hémorragies, *Province méd.*, 24 janv. 1914.

Hallion. Notions physiologiques sur la coagulation du sang, *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.

Jeanbrau. La transfusion du sang, rapport au *XXXIIe Congrès de chir.*, Paris 1923.

Jeanneney. Traitement du choc traumatique, *Arch. franco-belges de chir.*. fév. 1923.

Jeanneney. Traitement des hémorragies, *La Médecine*, oct. 1924. Conférence faite au cours de perfectionnement d'oto-rhino-laryngologie des professeurs Moure et Portmann.

Lartigaut. La transfusion chez les blessés dans une ambulance de l'avant, *Th. de Bordeaux*, 1919-1920.

Lewishon. La transfusion du sang citraté, *Presse méd.*, 15 oct. 1919, p. 593-594, 3 fig.

Perrin (M.). Le renforcement thérapeutique de la coagulabilité sanguine, *La Médecine*, fév. 1925.

Pierret (R.). Physiologie thérapeutique des grandes hémorragies, *Biologie méd.*, 1923, p. 347; — Quelques travaux actuels sur la coagulation du sang, *Biologie méd.*, 1924, p. 210.

Picqué, Lacoste et Lartigaut. Indications cliniques de la transfusion du sang, *Bull. de la Soc. de chir.*, nov. 1918.

Renaud (M.). Citrate et hémostase, *Paris méd.*, 20 sept. 1924.

Rosenthal et Baehr. Raccourcissement paradoxal du temps de coagulation après injection intraveineuse de citrate de soude, *Arch. of internat. med.*, 15 mai 1924.

Sabrazès. Bulletin, *Gaz. hebd. des sc. méd.*, Bordeaux, oct. 1924.

Sabrazès et Bonnin. Iso-séro-hémothérapie, *Paris méd.*, nov. 1912.

Weill et Boyé. *Traitement des hémorragies*, Paris 1907.

Weill (P.-E.). Les états hémorragiques chroniques. Hémophilie et hémogénie, *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.

Zunz et La Barre. Recherches sur la coagulation du sang (action des phosphatides), *Arch. intern. de physiol.*, août 1921.

LA TRANSFUSION DU SANG A LA CAMPAGNE

Par le docteur E. TAILHEFER,
Ex-chef de clinique chirurgicale à Toulouse,
Chirurgien en chef de l'Hôpital de Béziers.

Il est très facile, aujourd'hui, de faire avec sécurité une transfusion du sang dans les services d'hôpital ou de clinique privée qui disposent d'un laboratoire et d'une bonne instrumentation.

Les indications de cette médication s'étendent chaque jour et ses résultats sont bien souvent merveilleux. Pourquoi ne pas simplifier encore sa technique afin de la mettre à la portée du médecin de campagne qui, lui, n'a ni instruments spéciaux, ni laboratoire, et se trouve, à l'improviste, en face d'un cas d'urgence, appelé, pendant la nuit, auprès d'une parturiente qui a une abondante hémorragie, d'un tuberculeux qui a une grande hémoptisie, d'un hémophile, d'une grossesse tubaire rompue, etc. Il n'a pas le temps d'appeler à son aide son confrère de la ville voisine. Il n'a pas même pas la ressource de pouvoir employer seul, sans aide, la technique si simple des trois seringues et ses clients seront privés du remède héroïque qu'est l'injection de sang.

Or, il faut aujourd'hui que la transfusion soit mise à la portée de tous, qu'elle puisse être faite partout, sans aide, avec des instruments de fortune. Elle doit être faite, comme l'a dit très justement Pauchet, aussi simplement qu'une piqûre d'huile camphrée.

Je connais toutes les objections que l'on a opposées à cette manière simpliste d'envisager le problème. Elles ne m'ont pas convaincu. En réalité, il n'y a pas actuellement une seule méthode d'examen des sangs qui donne la sécurité absolue. On a publié des accidents graves et même des morts dans des cas où des épreuves de laboratoire correctement exécutées étaient favorables. Nous devons, comme en beaucoup de choses humaines, nous contenter du relatif. Il y a des médicaments absorbés par le malade (aspirine, salvarsan), il y a des régimes diététiques trop pauvres en végétaux qui viennent troubler les réactions et les rendre douteuses.

On nous recommande, il est vrai, de tenir compte surtout de l'épreuve biologique qui consiste à conduire la transfusion très lentement, à l'interrompre souvent, à surveiller la respiration, le pouls, les pupilles et principalement à dépister le symptôme d'alarme de la douleur lombaire annonciatrice du cataclysme. Enfin, on veut bien nous rassurer en nous disant que chez les malades jeunes qui n'ont pas de maladie sanguine les accidents ne se produisent que 3 fois sur 100. Nous ne sommes rassurés qu'à demi car nous nous demandons si nous n'allons pas avoir la mauvaise chance de tomber sur l'un de ces trois malheureux cas.

Et puis, si l'on emploie la technique des trois seringues, on m'accordera qu'il est assez difficile de mesurer la force imprimée au piston de la seringue qui, engluée par un sang plus ou moins visqueux, malgré le citrate ou l'eau sucrée, glisse à frottement plus ou moins doux. Cet inconvénient a poussé beaucoup de chirurgiens à préférer à la seringue le bock à injection qui, par sa simple élévation au-dessus du bras du récepteur, permet l'injection automatique du sang.

..... Voici comment, à mon avis, un médecin de campagne peut réaliser partout, sans aucune instrumentation spéciale, une bonne transfusion en faisant au préalable une épreuve qui n'a ni plus ni moins de certitude que celle du laboratoire et en donnant à son malade autant de sécurité, pas plus mais pas moins, que son confrère spécialisé.

Aujourd'hui, même dans nos campagnes les plus reculées, on trouve des douches à injections. Le médecin nettoie cette douche avec un linge sec, la flambe, à trois reprises différentes, à un intervalle de trois minutes. Il a enlevé, bien entendu, auparavant le tube de caoutchouc qu'il fait bouillir dans de l'eau sucrée à 50 grammes de sucre pour un litre d'eau (dix morceaux de sucre pèsent 50 grammes). Il procède à une injection intraveineuse d'eau sucrée (la même eau sucrée qui a servi à faire bouillir le tube de caoutchouc) au moyen d'un petit trocart de Potain (qui se trouve dans toutes les trousses médicales) après avoir dénudé la veine du récepteur car presque toujours cette veine est aplatie, et il est bien illusoire de chercher à la ponctionner à travers la peau. Pendant que l'injection intraveineuse se fait, il va s'occuper de l'épreuve des sangs.

On nous dit : prenez III gouttes de sang à l'oreille ou aux doigts du récepteur; mais la plupart du temps ce récepteur est exsangue, et il est difficile de les recueillir ces III gouttes! J'en appelle à tous ceux qui ont appliqué cette technique.

Pourquoi lorsque le trocart est placé dans la veine du récepteur, ne pas recueillir un centimètre cube dans un petit verre avant de commencer l'injection intraveineuse d'eau sucrée? On mélange à ce sang de l'eau distillée que le médecin a toujours sous la main, sur la face inférieure du couvercle du récipient dans lequel il vient de faire bouillir l'eau sucrée, la vapeur d'eau condensée étant de l'eau distillée. L'eau distillée a la propriété de faire déposer les globules rouges au fond du verre et de faire surnager un sérum rosé, dans un temps variable de six à douze minutes. J'ai noté que la meilleure proportion pour avoir le plus rapidement possible du sérum était VII gouttes d'eau distillée pour un centimètre cube de sang. Si on peut disposer d'eau oxygénée le sérum apparaît quelquefois au bout d'une minute.

Le médecin est donc en possession du sérum du récepteur. Les agglutinines se trouvant dans le sérum, la question se pose de savoir si les agglutinines du sérum du récepteur ne vont pas agglutiner les globules rouges du donneur. Quant aux agglutinines du sérum du donneur, elles peuvent, sans exposer au danger de mort, agglutiner les globules rouges du récepteur, car, étant en petit nombre, elles sont diluées dans toute la masse sanguine du récepteur. On injecte, en effet, d'ordinaire 150, 200 grammes de sang, et même lorsqu'on injectait pendant la guerre 600, 800 grammes, ce chiffre était faible par rapport à celui de la totalité du sang. S'il y a des agglutinines dans le sérum du sang du donneur qui agglutinent les hématies du récepteur, celles-ci seront hémolysées. L'albumine provenant de cette hémolyse n'étant pas une albumine étrangère, mais une albumine autochtone, ne déterminera pas la mort. On explique, en effet, les grands accidents de la transfusion par l'introduction dans le système circulatoire d'un élément très toxique constitué par l'albumine étrangère dégagée par l'hémolyse des hématies du donneur.

Dans ce cas, on pourra observer de l'hémoglobinurie. Le récepteur ne retirera pas de la transfusion tout le bénéfice désiré, mais sa vie sera sauvée car les globules rouges du donneur apporteront à ses centres nerveux l'oxygène qui les empêchera de succomber.

Du reste, si la transfusion n'a pas un caractère impérieux d'urgence, le médecin peut faire avec le sérum du donneur l'épreuve qu'il a faite avec celui du récepteur. Si la préparation est homogène, les deux individus appartiennent au même groupe et on n'observera aucune sorte d'accident. Pratiquement, dans les conditions où je me place, il faut se hâter et se contenter de la simple épreuve du sérum du récepteur avec le sang du donneur.

Avec l'extrémité d'une aiguille à tricoter ou d'une épingle, je prends une goutte de sérum et je la dépose sur le fond d'un verre renversé. J'ai ainsi improvisé une lame porte-objet. Avec l'autre extrémité de l'aiguille à tricoter je prends une goutte de sang du donneur (sang prélevé au lobule de l'oreille ou aux doigts et recueilli dans un petit verre contenant de l'eau sucrée) et je la dépose sur le même fond de verre où se trouve déjà la goutte de sérum du récepteur. J'imprime quelques mouvements, de droite à gauche, à ce verre. La préparation est très vite sèche. Est-elle homogène? c'est-à-dire a-t-elle l'aspect d'un liquide rosé, d'une couche uniforme? Il y a compatibilité des sangs. Est-elle composée de petits corps étrangers, d'îlots espacés ressemblant à de petits amas de brique pilée? Il y a incompatibilité.

Je suppose que l'épreuve soit favorable. Cette sécurité « hématologique » peut être trompeuse et il faut procéder à l'épreuve « biologique ». Nous recueillons dans deux grands verres bien essuyés et flambés (et non lavés et bouillis, car les hématies sont hémolysées par l'eau simple), verres contenant un peu d'eau sucrée, le sang du donneur, la ponction étant faite avec un petit trocart de Potain et non une aiguille qui se bouche souvent et dont le débit est trop faible; 150, 200 grammes suffisent dans la plupart des cas et nous allons vider les verres dans la douche qui distribue au récepteur l'injection intraveineuse d'eau sucrée. Celui-ci reçoit un mélange de sang et d'eau sucrée à 50 p. 100. On agite ce mélange avec une cuillère à soupe flambée tout doucement pour ne pas faire trop de mousse et ne pas envoyer trop d'air dans la veine.

Nous injectons d'ordinaire 200 grammes de sang dans 500 grammes d'eau sucrée.

Telle est la façon la plus simple et la plus pratique d'injecter très lentement du sang.

Le sang mélangé dans la proportion de 200 grammes sur 500 grammes d'eau sucrée arrivera en petite quantité dans l'oreillette droite. Le choc colloïdoplasique déterminé dans l'organisme par cette albumine étrangère sera moindre parce que nous aurons observé la loi de progression recommandée par Besredka pour éviter les accidents d'anaphylaxie.

En résumé, le médecin de campagne peut faire l'épreuve des sangs et une transfusion avec les objets suivants :

Pour l'épreuve des sangs : trois petits verres, une aiguille à tricoter ou deux épingles. Le couvercle d'un récipient dans lequel on vient de faire bouillir de l'eau (pour avoir de l'eau distillée), une aiguille à coudre pour la piqûre de l'oreille.

Pour la transfusion : une douche et son tube de caoutchouc, deux petits trocarts de l'appareil Potain. Le robinet de l'appareil Potain qui se visse sur les trocarts ; deux grands verres; dix morceaux de sucre; un récipient (casserole ou pot) avec son couvercle.

Technique : on fait bouillir le tube de caoutchouc, les trocarts, le robinet dans l'eau sucrée. Les verres, la douche sont flambés. On visse un trocart sur le robinet. On fixe le tube de caoutchouc, d'une part à la douche, d'autre part à la tubulure verticale du robinet de l'appareil Potain dans lequel le trocart est vissé. Ponction veineuse au récepteur après dénudation de la veine. On a mis une pince, ou un lien, on fait serrer les doigts d'un aide sur le tube de caoutchouc, pour fermer cette voie au sang. Le sang coule par la tubulure horizontale du robinet et on le recueille à la dose de 1 centimètre cube environ dans un petit verre à liqueur. On ferme le robinet, on enlève le lien du tube de caoutchouc et l'on fait l'injection intraveineuse d'eau sucrée.

On remarquera qu'on ne fait pas deux ponctions au récepteur, grâce à l'emploi du trocart de Potain vissé à son robinet, une seule ponction suffit, une tubulure (l'horizontale) laissant passer le sang nécessaire à l'examen et l'autre tubulure (la verticale) servant à l'injection intraveineuse. L'épreuve des sangs étant faite, on recueille le sang du donneur dans deux grands verres ordinaires contenant dans leur tiers inférieur de l'eau sucrée et en agitant le mélange avec une cuillère à soupe flambée, on va les vider dans la douche où on continue à agiter doucement le mélange.

Je conclus que par cette technique très simple tout médecin de campagne, où qu'il soit placé, doit faire une bonne transfusion.

L'épreuve sanguine que je conseille suffit à dépister les grandes incompatibilités. Sans doute elle n'offre pas une sécurité absolue, mais personne ne peut dire actuellement que les épreuves de laboratoire nous donnent cette sécurité tant recherchée.

La lenteur de la transfusion sera assurée automatiquement par la faible hauteur de la douche et par la grande quantité d'eau sucrée.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 7 AVRIL 1925)

Congrès des villes d'eaux, des bains de mer et des stations climatiques. — M. GILBERT donne lecture du discours qu'il a prononcé à l'inauguration de ce Congrès.

Séroprophylaxie de l'orchite ourlienne et des oreillons par le sérum de sujets convalescents ou guéris de cette maladie. — M. P. TEISSIER. Les recherches de MM. de Lavergne et Florentin (1) confirment celles poursuivies par M. P. Teissier durant les années 1923-1924 avec ses collaborateurs, le docteur Cambessédès, son chef de clinique, et ses internes MM. Cochez, Georges et Joannon, à la clinique des maladies infectieuses.

La concordance des résultats obtenus par une technique sensiblement analogue, la quasi-similitude des conclusions sont intéressantes à rapprocher.

Les tentatives de M. Teissier ont visé :

1° Avant tout la séroprophylaxie de l'orchite ourlienne ;

2° La séroprophylaxie des oreillons.

1° *Résultats de la séroprophylaxie de l'orchite ourlienne.* — 172 malades injectés : 14 orchites ou plus légitimement 12 ; l'intervention ayant été trop tardive dans 2 cas, soit 8,13 p. 100 ou mieux 6,97 p. 100; 176 retenus comme témoins : 41 orchites, soit 23,29 p. 100. Une dose plus forte, 40 centimètres cubes, diminue la proportion sans donner une probation absolue. Ce qui importe pour un résultat meilleur c'est une intervention plus précoce avec un sérum recueilli plus tardivement et sur des sujets non atteints d'orchite.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 27, p. 444.

2° *Résultats de la séroprophylaxie ourlienne.* — L'expérience est unique, mais encourageante. La sérothérapie a été appliquée dans un orphelinat de jeunes filles de six à dix-huit ans; 37 pensionnaires avaient été atteintes avant toute intervention sérothérapique; 22 jeunes filles reçurent une injection, les unes de 10 centimètres cubes, les autres de 20 centimètres cubes de sérum. Par la suite, aucun cas d'oreillons chez les élèves traitées, 4 chez les non traitées.

Ces faits autorisent à conclure que la prophylaxie par le sérum de convalescent, méthode sans danger et sans aucun inconvénient, peut légitimement acquérir droit de cité dans l'ensemble des mesures qui visent à prévenir le développement d'une épidémie d'oreillons ou à préserver de l'orchite les adolescents ou les adultes atteints de cette maladie.

Modification de la fonction uréo-sécrétoire au cours de la cure de Saint-Nectaire. Application du traitement hydrominéral à certains azotémiques. — M. J. Serane (de Saint-Nectaire) rend compte des effets que produisent sur la fonction rénale uréo-sécrétoire les divers éléments thérapeutiques en usage à Saint-Nectaire. Ces résultats sont décelables par l'observation clinique et par les méthodes d'examen de la fonction rénale d'excrétion azotée.

Les observations apportées par l'auteur permettent de conclure à l'indication de la cure thermale de Saint-Nectaire dans les insuffisances rénales uréo-sécrétoires se manifestant, soit par une augmentation de K ou une diminution de la P. S. P. sans azotémie (période préazotémique), soit par une azotémie initiale constante inférieure à 1g25, l'insuffisance cardiaque confirmée ou la grosse rétention chlorurée constituant une contre-indication comme à toute cure hydrominérale.

Quelques formes peu connues de diverticules de l'œsophage. — M. Jean Guisez. Dans la grande majorité des cas les diverticules ne sont pas œsophagiens, mais développés aux dépens de la paroi de l'hypopharynx, immédiatement au-dessus de la bouche de l'œsophage.

C'est en réalité une portion de la paroi qui cède sous la pression du bol alimentaire, la muqueuse doublée de la fibreuse fait hernie à travers les faisceaux musculaires dissociés. Ce sont là les diverticules par pulsion de Zenker. La poche ainsi constituée glisse plus bas que la bouche de l'œsophage pouvant atteindre un assez gros volume, celui d'une grosse orange par exemple, et plongeant alors dans la partie supérieure du thorax.

Dans la pathogénie de ces diverticules, très importants sont les petits traumatismes fréquemment répétés comme ceux produits par le bol alimentaire mal mastiqué, et de fait cette affection est plus fréquente chez les gens âgés et chez les édentés. En outre, l'œsophagite par la stase crée une prédisposition réelle à l'éclosion du cancer.

On peut encore observer des diverticules par traction qui sont dus aux adhérences de ce conduit aux ganglions intertrachéobronchiques et la rétraction cicatricielle. Ces diverticules sont en général très petits.

En général, dans la portion thoracique de l'œsophage, consécutivement aux sténoses inflammatoires et spasmes, on observe des dilatations diffuses que l'on nomme des méga-œsophages. Il est donc exceptionnel, et le fait n'a pas été encore signalé, de constater dans cette région des dilatations diverticulaires.

On sait que le traitement classique des diverticules de la région supérieure, qui ont acquis un gros volume, est surtout chirurgical, et on doit donner la préférence, comme beaucoup moins dangereuse, à l'opération en deux temps, sous anesthésie locale. Mais dans les cas peu avancés l'auteur a réussi à rendre une déglutition normale à beaucoup de ces malades par la dilatation multibougiraire.

La Convention de Genève sur le trafic de l'opium et autres stupéfiants. — Le professeur Perrot, de la Faculté de pharmacie de Paris, délégué du gouvernement français à la Conférence internationale de l'opium de Genève, fait un his-

torique de la question et indique les premiers résultats obtenus.

Ce sont : l'interdiction de la vente de l'opium et de l'entrée des fumeries d'Orient aux mineurs; l'organisation d'une propagande d'ensemble dans tous les pays; enfin la réduction notable de la culture en Chine et en Perse.

En ce qui concerne l'opium préparé il semble que l'opinion générale aurait voulu, avec la délégation américaine, pouvoir édicter des décisions plus précises d'application immédiate, mais on se heurte en Orient à des habitudes enracinées et il est aussi difficile de les supprimer que de supprimer toute autre faiblesse de nature humaine.

Dans les pays occidentaux l'opium est transformé en drogues, certaines inoffensives, d'autres neutres, d'autres hautement dangereuses et capables de constituer tantôt un atroce fléau, telle l'héroïnomanie observée en Amérique, tantôt un bienfait inestimable.

La production est donc essentielle, mais la surproduction est désastreuse.

Les variations de la cholestérinémie suivant certaines conditions extérieures de l'organisme. — M. Parturier. La chaleur *fait augmenter* la teneur du sang en cholestérine dans des proportions importantes : presque du simple au double. Le froid la *diminue* dans la même mesure.

L'oxygène paraîtrait pouvoir jouer dans certains cas un rôle correcteur vis-à-vis de l'influence de la température.

REVUE DES THÈSES

Recherches cliniques et physiopathologiques sur la saignée. Les rapports du plasma et des liquides interstitiels (1), par le docteur Étienne Bernard, interne lauréat (médaille d'argent) des hôpitaux de Paris. (Travail du service de M. le professeur agrégé A. Lemierre.)

Depuis les recherches de Pachon, de Vaquez, de Gallavardin sur la tension artérielle, de Claude et Villaret sur la tension veineuse; de Nolf, de Widal, Javal, Lemierre, Ambard sur la pathogénie des œdèmes, l'étude de la saignée est devenue extrêmement complexe. Elle soulève une quantité de problèmes que permettent d'éclaircir les données nouvelles de la clinique et de la biologie.

La remarquable thèse que M. Etienne Bernard vient d'écrire sous l'inspiration de son maître Lemierre met bien au point la question.

Les indications de la saignée sont conditionnées par des symptômes plus que par des affections. Au premier rang de ces symptômes, l'hypertension veineuse, avec orthopnée, cyanose, oligurie, œdèmes. Ces signes traduisent l'insuffisance cardiaque, qu'elle soit primitive ou secondaire. Chez les rénaux, la saignée est indiquée au cours des défaillances myocardiques qui compromettent l'élimination rénale, au cours de grands accidents : asthme cardiaque, œdème aigu du poumon, au cours de crises hypertensives.

Il est impossible d'établir a priori le volume d'une saignée. Il faut tenir compte des symptômes à combattre et de l'état du sujet. Une saignée de 600 à 800 grammes peut être considérée comme une moyenne. En général, une saignée unique suffit. Il s'agit de faire franchir au malade une étape dangereuse. Cette indication souvent impérieuse peut si l'écoulement veineux est insuffisant commander l'artériotomie.

Parmi les effets de la saignée notons, que le phénomène de la soif constamment observé après les hémorragies chez les sujets non œdématiés, n'est pas constaté chez les malades porteurs d'œdèmes. Ici, après la spoliation, il est fait appel aux liquides de composition cellulaire : la soif apparaît. Là les mailles du tissu conjonctif contiennent des réserves de liquides pour rétablir l'équilibre humoral; la soif n'apparaît pas.

La tension artérielle n'est pas toujours abaissée par la saignée, en revanche celle-ci abaisse toujours la pression dans les veines.

Après la saiguée la masse du sang tend à se séparer grâce à l'afflux des liquides organiques. Cet afflux entraîne une dilution sanguine.

Loin de diminuer la diurèse, la saignée chez les asystoliques active l'élimination urinaire. Cette polyurie entraîne la fonte des œdèmes. La courbe du poids et la courbe de diurèse se croisent automatiquement.

La saignée prépare l'action des tonicardiaques en réduisant un barrage au niveau de la petite circulation, au niveau du rein, au niveau des tissus. En faisant affluer dans le courant sanguin les liquides extravasés, la saignée lève le barrage des résistances capillaires. A ces titres son action est à rapprocher de celles des ponctions séreuses et des purgatifs drastiques. Mais la saignée à elle seule peut dans certains cas réduire tous les symptômes de l'asystolie; son action dans ce cas est à rapprocher de celle de la digitale.

La saignée n'a pas seulement une action physique, elle a une action antitoxique, cependant elle ne fait pas diminuer l'azotémie. Son action héroïque dans l'urémie convulsive est due à son action déplétive sur l'œdème aigu cérébral.

L'étude des effets de la saignée séreuse chez les malades œdématiés montre qu'après une ponction d'ascite les liquides d'œdème font irruption dans le sang. Leur migration est différente selon les cas.

Chez les cirrhotiques, les liquides gagnent le péritoine pour reformer l'ascite. Chez les cardiaques, dans les bons cas, ils gagnent directement le rein. Ce déplacement des hydropisies entraîne chez le cirrhotique une chute de l'albumine du sérum qui atteint son maximum quelques heures après la ponction puis le sang se concentre à nouveau.

La dilution du sérum qui existe toujours après la saignée séreuse comme après la saignée témoigne de l'étape sanguine de la résorption des œdèmes, à l'origine de laquelle un même mécanisme peut être invoqué : levée d'un barrage, chute de l'hypertension nerveuse, siphonnage des liquides extravasés.

(1) *Th. de Paris* 1925, G. Doin, éditeur.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE HYPOSTHÉNIQUE

1° Avant chacun des deux principaux repas, V à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau ou de boisson.

2° Après les repas, VIII à X gouttes de la mixture :

Teinture de fèves de Saint-Ignace....	10 gr.
Teinture d'ipéca..................	2 gr.
Teinture de badiane................	3 gr.

Mêlez et filtrez.

Eaux minérales et stimulantes (Vichy-Célestins ou Pougues).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA DÉCLARATION DES AUTOMOBILES

M. Michel Missoffe, député, demande à M. le ministre des Travaux publics : 1° s'il ne serait pas possible de prévoir sur les cartes grises délivrées aux propriétaires de véhicules automobiles, side-cars, etc., un emplacement en haut et à gauche, afin de permettre aux maires d'apposer le cachet de la mairie et la date de déclaration du véhicule, conformément à la circulaire du ministère de la Guerre du 12 novembre 1920; 2° de rappeler brièvement par un avis imprimé sur ledit emplacement que les titulaires ont, sous peine d'amende, à déclarer leur véhicule conformément à la loi du 22 juillet 1909 (art. 2) et à présenter d'urgence cette carte pour visa au bureau militaire de la mairie de leur domicile.

La question est transmise à M. le ministre de la Guerre qui est chargé des opérations de recensement des automobiles et à qui il appartient à ce titre de formuler un avis sur la modification suggérée par l'honorable député. En tout état de cause, cette modification ne pourrait être réalisée qu'après épuisement des stocks de cartes grises actuellement existants. (*J. O.*, 2 avril 1925.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Jean Piéri, chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine.

— ROUEN. — Le mercredi 24 juin 1925 un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 1/2, pour la nomination d'un médecin adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

CRÉATION D'UN HÔPITAL-HOSPICE. — Un décret en date du 30 mars 1925 a autorisé la création d'un hôpital-hospice dans la commune de l'Escarène (Alpes-Maritimes).

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret en date du 6 avril est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine de M. Pettit, pour remplir la place de membre titulaire, devenue vacante, dans la section des sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles, par suite du décès de M. Jean Camus.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Beaussenat, directeur du Service de santé de la 7e région, est nommé directeur du Service de santé de la 11e région, à Nantes.

M. le médecin principal de 1re classe Chavigny (de Strasbourg) est nommé directeur du Service de santé de la 13e région, à Clermont-Ferrand.

M. le médecin principal de 1re classe Roussel, sous-directeur de l'Ecole de Lyon, est nommé directeur du Service de santé de la 7e région, à Besançon.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — (Au titre civil.) *Au grade de chevalier*. — M. le docteur Chabert (de Selches).

MINISTÈRE DES COLONIES. — *Au grade d'officier*. — M. le docteur Roubaud, de l'Institut Pasteur.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Martin (de La Réunion), M. le médecin-major Bossert, des troupes coloniales; docteur Debas.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — *Au grade de chevalier*. — M. le docteur Vian (de Saint-Chéron).

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade d'officier*. — M. le docteur Lemaître, professeur agrégé à la Faculté de Paris.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de chevalier*. (A titre posthume.) — M. le docteur Barrois, MM. Demalander et Denitroux, ingénieurs chimistes.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Guilbert (de Paris), Guichard (de Marciac).

SOUS-SECRÉTARIAT D'ÉTAT DE LA MARINE MARCHANDE. — *Au grade de chevalier*. — M. le docteur Powilewicz (du Hâvre).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de chevalier*. — M. le docteur Cabanès, homme de lettres.

MINISTÈRE DES AFFAIRES ÉTRANGÈRES. — *Au grade de chevalier*. — M. le docteur Boleslas Motz, citoyen polonais.

LE IIIe CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE SE TIENDRA A BRUXELLES, du dimanche 25 au 28 juillet 1926.

Les questions mises à l'ordre du jour sont : 1. Tuberculides, nature et traitements; 2. Herpès et zona, leur étiologie; 3. Les purpuras; 4. Réinfection syphilitique, pseudo-réinfection, super-infection; 5. Des troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique; 6. De l'état actuel de la thérapeutique du lupus.

Pour renseignements, s'adresser au secrétaire général du Congrès : docteur L. Dekeyser, 9, rue des Sablons (Bruxelles).

L'ALPE MÉDICALE. — Le premier dîner de l'Alpe médicale a eu lieu le 23 mars dernier.

Etaient présents : MM. Allaix, Béthoux, Bourdin, Bonniot, Coste, Crebessac, David, Emptoz, Fesquet, Fischer, Fribourg, Gagneu, Gaymard, Gastou, Genil-Perrin, Guynat, Janin, Le Filliâtre, Lob, Nadal, Perret.

S'étaient excusés : MM. Bonnet, Clairfond, Deguy, Evrot, Flandrin, Folliasson, Forestier, Fribourg-Blanc, Isnel, Jamin, Laurens, Marie, Mer, Clément Simon, Simon.

L'Alpe médicale groupe tous les médecins originaires des Alpes et installés à Paris.

Le prochain dîner aura lieu le lundi 8 juin. Pour tous renseignements concernant le groupement, s'adresser aux docteurs Gastou et Nadal, 104, quai de Jemmapes, Paris (Xe).

HÔPITAL TENON. — COURS SPÉCIAL DE CURIETHÉRAPIE ET DE RADIOTHÉRAPIE PÉNÉTRANTE. — Le docteur Proust, chirurgien de l'hôpital Tenon, avec le concours de MM. les docteurs Coliez, Darbois, Hufnagel, Houdard, Mallet, Maurer et

de Nabias, commencera le lundi 18 mai 1925, à 10 heures du matin, à l'hôpital Tenon (salle Duflocq) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de Conférences suivies d'applications pratiques concernant *la curiethérapie et la radiothérapie pénétrante.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — ASSOCIATION ALSACIENNE ET LORRAINE CONTRE LA TUBERCULOSE. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* organisé par le docteur Vaucher, chargé de cours à la Faculté, secrétaire général de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, avec la collaboration de : MM. Allenbach, Barré, Belin, Blum (Léon), Bœckel (André), Bœz, Borrel, Brion (A.), Canuyt, Dumarest, Fath, Gunsett, S. I. de Jong, Leriche, Masson, Merklen, Pautrier, Rieux, Rist, Rohmer, Schickelé, Woringer.

Ce cours aura lieu du vendredi 9 au samedi 24 octobre 1925. Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections de radiographies, de démonstrations bactériologiques. Les élèves seront exercés individuellement aux examens radiologiques, bactériologiques et aux examens de crachats ainsi qu'au pneumothorax artificiel. En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

S'inscrire auprès du docteur Vaucher à l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, Strasbourg, 22, rue de l'Université et 8, quai Finkwiller.

Un droit d'inscription : de 200 francs sera versé au secrétariat de la Faculté de médecine.

Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PROROGATION, MÉDECIN DE VILLE D'EAUX

L'article 9 de la loi du 31 mars 1922 sur les loyers dispose que : « n'ont pas droit au bénéfice des prorogations de l'article 7..... 3° les locataires, cessionnaires et sous-locataires ayant plusieurs habitations, à moins qu'ils ne justifient que leurs fonctions ou leur profession les y obligent, ou que les locaux d'habitation loués par eux en sus de leur habitation personnelle sont occupés par leurs ascendants ou descendants ou ceux de leur conjoint ».

La loi du 29 décembre 1923, dans son article 1er, paragraphe 2, et la loi du 2 août 1924, dans son article 6, ont maintenu l'application du texte qui vient d'être rappelé. La loi du 2 août 1924 a spécifié dans le dernier paragraphe de l'article 1er que : « en aucun cas le bénéfice de la présente loi ne pourra être invoqué par le locataire qui a à sa disposition un autre local répondant à tous ses besoins et à ceux des membres de sa famille demeurant avec lui ».

Ces textes ont donné lieu à l'examen de la situation du médecin de ville d'eaux qui a deux habitations. Dans une espèce envisagée, un médecin qui exerçait sa profession à Aix où il avait une habitation, demandait la prorogation jusqu'au 1er janvier 1926 pour l'habitation qu'il avait en outre à Paris.

Le propriétaire de l'immeuble de Paris refusait la prorogation, en se fondant sur les dispositions légales ci-dessus : ce médecin, disait-il, a deux habitations, l'une à Aix, l'autre à Paris; à Aix, il exerce sa profession; il y a sa clientèle. De plus, en fait, les droits électoraux du médecin étaient exercés à Aix; les impôts étaient payés dans cette ville. Spécialement, en ce qui concerne les impôts, la déclaration d'impôt sur le revenu était faite à Aix; or il s'agit là d'un acte volontaire par lequel le médecin exprimait qu'il avait tous ses intérêts dans la ville même où il exerçait sa profession.

Bien entendu, il n'était pas question d'interdire au médecin de venir habiter Paris : il pouvait s'entendre avec tel propriétaire qui lui conviendrait. Mais il n'avait pas droit à la prorogation, déclarait le propriétaire.

Il appartenait au médecin de justifier que sa profession l'obligeait à avoir deux habitations. Pour ce faire, il affirma qu'il avait besoin d'une habitation à Paris pour suivre l'évolution médicale, pour se tenir au courant des progrès de la science médicale, pour fréquenter les milieux médicaux de la capitale.

Il faut reconnaître que cette argumentation était faible; car il n'y a pas qu'à Paris où se trouvent des milieux médicaux, des Ecoles de médecine, des Congrès; on n'est pas obligé d'être à Paris même pour recevoir des revues scientifiques ou pour fréquenter des laboratoires ou suivre des cours. Aix-les-Bains est près de centres médicaux très importants, tels que Lyon. De plus, le médecin de ville d'eaux ne peut pas faire de clientèle, en dehors de la ville d'eaux; sinon il aurait contre lui tous les médecins de la ville où il vient villégiaturer; et ceux-ci ne lui enverraient aucun malade.

Le Tribunal civil de la Seine (Chambre du conseil), par jugement du 21 février 1925, a considéré, en présence des deux thèses, qu'il y avait lieu cependant d'accorder la prorogation jusqu'au 1er janvier 1926, en indiquant que l'habitation à Paris était nécessaire professionnellement pour permettre au médecin de se mettre au courant des progrès de la science médicale et de fréquenter à cette fin les milieux médicaux de la capitale. Interprétant le paragraphe final de l'article 1er de la loi du 2 août 1924, le jugement a déclaré que, dans la phrase « le bénéfice de la loi ne pourra être invoqué par le locataire qui a à sa disposition un autre local répondant à tous ses besoins », l'expression *un autre local répondant à tous ses besoins* ne pouvait s'entendre que lorsqu'il s'agissait de locaux existant dans la même ville.

Ce jugement est critiquable, *en fait* pour les raisons que nous avons indiquées, *en droit* parce que la limitation qu'il impose au texte ne se trouve pas dans la loi.

Nous croyons savoir que le propriétaire va se pourvoir devant la Cour de cassation. Lorsque nous connaîtrons l'arrêt, s'il y a effectivement pourvoi, nous ne manquerons pas de le faire connaître.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DURÉE DES OBLIGATIONS MILITAIRES

M. Emile Sari, sénateur, demande à M. le ministre de la Guerre à quelle date se trouve dégagé de toute obligation militaire un médecin aide-major de 1re classe de réserve, appartenant à la classe 1899 et père de deux enfants mineurs, et s'il doit bénéficier des dispositions de la loi du 1er avril 1923 prescrivant que tout homme des réserves passe de droit, à la naissance d'un enfant, dans la classe de mobilisation dont le millésime est inférieur de deux unités à celui de sa classe de mobilisation du moment.

Réponse. — Les dispositions de l'article 58 de la loi du 1er avril 1923 sont applicables aux officiers de réserve comme aux hommes de troupe. Par suite, un médecin aide-major appartenant à la classe 1899 et père de deux enfants, qu'ils soient mineurs ou majeurs, est rattaché, s'il a fait sa déclaration de charges de famille à la mairie de sa résidence, à la classe 1896, c'est-à-dire à la classe la plus ancienne. Les dispositions de l'article 58 n'ont pas cependant pour effet de réduire la durée des obligations militaires des hommes des réserves. L'intéressé ne sera donc dégagé de toute obligation militaire qu'après vingt-huit années de service, c'est-à-dire le 10 novembre 1928. Il est ajouté que la loi du 8 janvier 1925, relative au statut des officiers de réserve, prévoit que ceux-ci sont tenus, à l'expiration de ces vingt-huit années de service, de demander au ministre leur maintien dans les cadres ou leur radiation. (*J. O.*, 8 avril 1925.)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

PÉDIATRIE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

MALADIES DE LA PREMIÈRE ENFANCE

Sur un cas d'encéphalocèle. (ARQUELLADA. *La Pediatria española*, janv. 1925, n° 148, p. 19). — L'auteur a déjà présenté, il y a quelque temps, un cas d'absence congénitale de la partie médiane du frontal droit qu'il traita en pratiquant l'occlusion de ladite absence congénitale avec la moitié antérieure d'une rotule encore cartilagineuse. Aujourd'hui, il s'agit d'un nourrisson de six mois, sans antécédents. A la naissance, perte de substance cranienne siégeant dans la région occipitale et laissant les méninges à nu. Il fallait donc opérer au plus tôt pour éviter l'infection. Quelle technique choisir? Tailler un lambeau semi-circulaire latéral, arriver jusqu'aux méninges, disséquer et mettre à nu le collet de la hernie. L'orifice osseux avait plus de 2 centimètres de diamètre. L'auteur pose une pince au-dessus du collet, sectionne et termine rapidement l'opération. Il signale qu'au moment où l'on sectionne les méninges herniées, il se produit des accidents inquiétants : arrêt respiratoire, puis rythme de Cheyne-Stokes. Généralement, l'encéphalocèle ne se reproduit pas, et il reste à sa place une cicatrice dure. Pour occlure parfaitement l'orifice osseux, van Spi emploie la rotule qu'il greffe dans un des côtés de la tumeur; au bout de quinze à vingt jours, quand la vitalité de la greffe est assurée, il pratique l'extirpation et ferme la brèche. L'auteur préfère tout terminer en une seule séance.

A l'examen anatomique, la partie enlevée est très pauvre en éléments nerveux et encore ceux-ci sont-ils atypiques. Il est donc très vraisemblable, comme l'a soutenu Velasco Pajares, que les tissus aberrants, atypiques, jouent un grand rôle dans le déterminisme des malformations congénitales.

Au sujet de ce cas, s'engage une intéressante discussion. Cavengt rappelle les relations de l'hérédo-syphilis avec les diverses malformations et demande si on a fait une réaction de Wassermann. Velasco Pajares n'est pas sûr que la théorie qu'il a émise pour les fistules bronchiales s'applique à l'encéphalocèle. Arquellada répond que la réaction de Wassermann a été négative pour la mère et pour l'enfant. Il n'en fera pas moins un traitement spécifique, la plupart des malformations étant, pour lui, liées à l'hérédo-syphilis.

L. BABONNEIX.

L'urticaire commune de la première enfance. (M. PÉHU et Mlle SMITCH (de Lyon). *Le Nourrisson*, janv.-mars 1925, nos 1 et 2.) — Les auteurs envisagent sous cette dénomination l'urticaire commune, dite de cause interne, qu'on tend de plus en plus à mettre dans le même chapitre nosographique que le strophulus.

Après un exposé complet de l'historique depuis la première observation du dermatologiste anglais Willan et de son élève Bateman (1820) jusqu'aux travaux récents de Darier, Comby, Variot, Feer, Hallez, ils exposent également les recherches pathogéniques au sujet de l'urticaire et ses relations avec l'anaphylaxie.

Etiologiquement, l'urticaire commune paraît plus fréquente dans les classes aisées qu'à l'hôpital, apparaissant surtout à partir de six mois et parfois seulement dans la deuxième année. Chez les ascendants on peut noter des troubles digestifs, des phénomènes d'ordre anaphylactique, mais cette étiologie n'est pas constante. Le facteur important est le facteur alimentaire, en particulier le lait de vache, mais aussi les laits modifiés, plus rarement les dérivés du lait. Les œufs jouent un rôle plus important, qu'ils soient donnés en nature ou incorporés à d'autres aliments.

L'intolérance peut être primitive dès la première ingestion, se manifestant immédiatement ou seulement après quelques jours. Les autres aliments interviennent exceptionnellement, étant donné le mode même de l'alimentation des enfants du premier âge.

Mais, dans certains cas, aucun aliment ne peut être incriminé. Il semble alors s'agir d'une perturbation de l'acte digestif même de pathogénie obscure. Le rôle de la prédisposition ne peut être précisé.

Cliniquement, l'urticaire apparaît le plus souvent vers douze à quinze mois, soit inopinément à la suite d'ingestion d'œufs par exemple, soit précédée de prodromes : troubles digestifs, prurit.

Au début c'est une papule ortiée typique de coloration rouge; parfois de petites vésicules ressemblant à celles de la varicelle, mais moins saillantes, moins hémisphériques. Aux pieds, aux mains, on peut voir de véritables bulles. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures la coloration rouge s'atténue, quelques éléments se transforment en élevures acuminées de teinte marron, recouvertes de croûtelles sèches, simulant l'éruption varicelleuse après le stade vésiculaire. Mais elles ne laissent jamais de traces de cicatrices comme dans la varicelle.

L'éruption s'accompagne d'un prurit intense, surtout au début de la poussée. Elle se localise électivement au tronc, aux membres et parfois exclusivement à la plante du pied. Elle s'accompagne exceptionnellement de lésions des muqueuses, d'œdèmes localisés de la joue, elle se complique peu d'infection secondaire. Les récidives sont fréquentes, mais en général ne se produisent plus après trois ans.

Les auteurs décrivent des types variés : urticaire de cause digestive, la plus fréquente, survenant entre six et quinze mois par crises répétées généralisées avec quelques troubles digestifs; urticaire de cause alimentaire, par anaphylaxie au lait ou aux œufs; urticaires dites essentielles; urticaire pigmentaire, très rare.

L'urticaire peut coexister avec d'autres syndromes avec lesquels elle présente des liens plus ou moins étroits : en particulier avec les troubles digestifs plus ou moins marqués; il faut noter l'absence de manifestations urticariennes au cours des gastro-entérites des hypothrepsiques ou des athrepsiques, avec des manifestations de dyshépatie, qu'il est souvent difficile de mettre en évidence chez les tout jeunes — avec l'eczéma et l'asthme : il ne semble cependant pas qu'il existe un lien très étroit entre ces dernières manifestations et l'urticaire.

Le diagnostic avec la varicelle est parfois délicat; plus rarement il se pose avec les piqûres d'insectes ou avec la gale. Le diagnostic étiologique sera établi par une enquête sur le mode d'alimentation et on peut pratiquer des cuti ou des intradermo-réactions avec des dilutions d'aliments soupçonnés.

Quant à la pathogénie, elle comporte de multiples hypothèses :

a. Hypothèse d'une sensibilisation de la peau par et pour une substance introduite dans les voies digestives, mais les recherches ne permettent pas de mettre en évidence l'agent

C. R., 18 000, Seine.

causal et elles n'indiquent pas le mécanisme qui préside à la manifestation cutanée.

b. Hypothèse d'une dysergie hépatique, mais les procédés d'exploration de la fonction hépatique sont difficiles à appliquer chez les jeunes enfants.

c. Hypothèse des modifications sanguines, de la floculation (Lumière) à la faveur de certains troubles digestifs.

d. Hypothèse nerveuse par trouble du système vago-sympathique.

Les auteurs concluent que l'irritation cutanée est vraisemblablement engendrée par une substance provoquant, soit par voie vasculaire, soit par voie nerveuse, une congestion du derme accompagnée d'exsudation. L'organe principalement intéressé est le foie atteint dans sa fonction protéopexique. Il est probable de plus que la molécule de protéine étrangère mal élaborée ou insuffisamment fixée par la cellule hépatique exerce sur le système nerveux végétatif une influence perturbatrice.

Le traitement comporte une médication symptomatique contre le prurit, les moyens diététiques (suppression de l'aliment incriminé, désensibilisation), une médication causale et enfin la peptonothérapie préprandiale par voie digestive, en raison du pouvoir protecteur de la peptone dans les manifestations anaphylactiques. MAURICE LÉVY.

Sténose hypertrophique du pylore. (André MARTIN. *Semaine des hôpit. de Paris*, 20 fév. 1925, n° 8.) — A propos de trois observations de sténose pylorique du nourrisson, Martin étudie la question dans son ensemble.

Etiologiquement, l'affection paraît plus fréquente chez les nourrissons du sexe masculin âgés de quatre semaines au moins. L'influence de l'hérédité, de la syphilis, du rachitisme a été invoquée.

Anatomiquement, le pylore forme une petite tumeur dure, cartilagineuse ou élastique, présentant une hypertrophie de la tunique musculaire, surtout de la couche circulaire. Le canal pylorique forme un détroit, mais la sténose n'est jamais complète.

Cliniquement l'affection se présente sous divers aspects :

a. Formes aiguës se manifestant du vingtième au trentième jour par des vomissements fréquents après chaque tétée, explosifs, violents, abondants, qui contiennent du lait et la salive déglutie. Parfois survenant tardivement après la tétée, ils renferment du caillé. Jamais, pour Marfan, ils ne contiendraient de bile.

Les troubles gastro-intestinaux sont constants : constipation opiniâtre, parfois selles méconiales fétides qui ont une grosse valeur diagnostique (Fredet); oligurie.

Les signes physiques sont parfois très nets : voussure sus-ombilicale, mouvements péristaltiques; quelquefois tumeur pylorique sous-hépatique, mais la palpation est souvent gênée par la contraction de la paroi. La radioscopie surtout est importante : lutte péristaltique, dilatation prépylorique, troubles du régime et de la durée de l'évolution.

L'évolution est caractéristique : amaigrissement progressif et rapide qui peut entraîner l'athrepsie et la mort.

b. Forme chronique : symptômes moins dramatiques, mais vomissements, perte de poids, conduisent à la radioscopie qui fait le diagnostic.

c. Forme mixte qui indiquerait une sténose moins serrée.

Le diagnostic n'est pas toujours facile. Il faut éliminer les vomissements symptomatiques d'affections diverses et surtout les vomissements habituels survenant chez des enfants de trois à huit mois, hérédo-syphilitiques souvent : la radio montre dans ces cas qu'il s'agit de spasme simple.

Plus rarement on doit penser à l'intolérance anaphylactique pour le lait, à la sténose duodénale du nourrisson qui donne des vomissements bilieux, jaunâtres et dont le diagnostic est fait par la radio.

Le traitement médical peut être essayé pour calmer les vomissements, mais il ne suffit pas pour assurer la guérison. Il faut recourir au traitement chirurgical et le plus tôt possible avant que l'amaigrissement soit intense : la pylorotomie extramuqueuse de Fredet semble le meilleur procédé. On peut faire auparavant un tubage ou un lavage gastrique. L'anesthésie doit être légère. L'alimentation est reprise six heures après l'opération. Deux complications postopératoires peuvent survenir : hémorragie ou péritonite. Mais souvent elle donne des résultats heureux : ascension progressive du poids, véritable résurrection sans aucun trouble ultérieur.

MAURICE LÉVY.

MALADIES DE LA SECONDE ENFANCE

A. Appareil circulatoire.

Un cas d'anémie pernicieuse progressive mortelle chez l'enfant. (R. N. TACON. *Revue méd. Suisse romande*, fév. 1925, n° 2, p. 65-92). (Bibliographie étendue.) — M. Tacon relate le cas d'un enfant de six ans et quatre mois, sans grands antécédents, et qui, après avoir été atteint d'une bronchite en apparence légère, a fait une anémie grave qui, en quelques mois, s'est terminée par la mort. Au point de vue hématologique, extrême diminution des globules rouges (595.000 au dernier examen), augmentation de la valeur globulaire au-dessus de 1 ; absence complète de formes sanguines témoignant d'une réaction des organes hématopoiétiques.

L'auteur, à propos de ce cas, signale d'abord quelques caractères différentiels de l'anémie, selon qu'elle frappe des enfants ou des adultes : chez l'enfant, grande facilité de régénération du sang, fréquence, surtout chez le nourrisson, d'anémie à type chlorotique, fréquence de l'hypertrophie de la rate, moindre gravité du pronostic grâce à la puissance de régénération du jeune âge et à la facilité avec laquelle se développent les foyers hématopoiétiques secondaires (foie, rate).

M. Tacon examine ensuite les principales variétés d'anémies infantiles : anémies alimentaires, caractérisées par une diminution plus considérable du taux de l'hémoglobine que des globules rouges, d'où abaissement de la valeur globulaire. Parmi ces anémies, les plus importantes sont les anémies primitives et les anémies par carence, si fréquentes à la période prémonitoire du scorbut; anémies digestives, très fréquentes, qu'il s'agisse d'alimentation défectueuse ou d'infections gastro-intestinales; la formule sanguine est du type chlorotique; anémies par hémorragie, par néoplasme, d'importance très secondaire; anémies parasitaires : bothriocéphales, infections dues au tænia, paludisme, leismanhia, donnent quelquefois de véritables épidémies d'anémies (Jemma), infections aiguës, hérédo-syphilis (Marfan), avec splénomégalies, cause à laquelle, en pratique, il faudra toujours penser, surtout si l'enfant n'a pas de troubles digestifs; anémie hémolytique, décrite par Chauffard; anémie splénomégalique de V. Jacksch, avec réaction intense de la moelle osseuse, qui jette dans le courant sanguin une quantité considérable de leucocytes et d'hématoblastes, leucocytose atteignant 20.000; anémie pernicieuse, encore mal connue, et qui semble absolument exceptionnelle au-dessous de quatre-cinq ans; anémies aplastique et hypoplastique, si l'on tient compte de la formule sanguine; — les anémies de Leube, intermédiaires à la leucémie et à l'anémie grave; mais dans le cas de l'auteur, il s'agit, sans doute, d'une anémie pernicieuse de type aplastique. L. BABONNEIX.

B. Appareil rénal.

Néphrite aiguë chez l'enfant. (ALLISON. *The Practitioner*, mars 1925, n° 681, vol. CXIV, n° 3, p. 222-232.) — L'auteur a suivi douze cas de néphrite survenue chez des enfants de quatre à onze ans. Dans chacun, l'urine a été soigneusement examinée : après avoir été aseptiquement recueillie on a recherché l'albumine, le sang, le pus, les cylindres, les micro-organismes, on a aussi étudié la concentration de l'urée dans l'urine, l'urée sanguine, l'existence de ferments dans l'urine. Les antécédents héréditaires ont été d'autant plus attentivement discutés que Laso et Melader Smith pensent que les néphrites pourraient bien, beaucoup plus souvent qu'on ne le dit, reconnaître une origine héréditaire. Divers facteurs étiologiques ont été envisagés : facteurs prédisposants, foyers infectieux primitifs, rôle d'une scarlatine antérieure, du froid. Les débuts de la symptomatologie ont été méthodiquement précisés. L'auteur distingue trois cas, selon qu'il y avait des œdèmes et des hématuries (groupe A); des urines foncées, riches en albumine et contenant du sang, des cylindres etc., mais sans œdème (groupe B); des urines légèrement albumineuses, sans œdème (groupe C). De même, l'évolution, les résultats immédiats de la thérapeutique et la suite des événe-

ments ont été notés. Allison conclut que, dans les deux tiers des cas, il existe, au début, des amygdales hypertrophiées et chroniquement enflammées. Les bons effets de leur ablation montrent bien le rôle qu'elles jouaient dans le développement de la néphrite. Cliniquement, dans la moitié des cas, hématurie massive, troubles généraux divers, légers œdèmes. Dans les cas moins graves, urines « fumées », foncées et concentrées. L'examen des tests indiquant la valeur fonctionnelle des reins n'a donné aucune certitude diagnostique ou pronostique. La plupart des cas ont guéri, et on n'a pas constaté d'urémie mortelle. Neuf enfants ont été revus et sont restés en bonne santé.

L. BABONNEIX.

C. Infections.

Diphtérie chez les enfants avec référence spéciale en ce qui concerne les effets du traitement. (J. E. RUSSEL. *Colorado medicine*, mars 1925, p. 104-112.) — La diphtérie survient souvent chez des enfants de moins de cinq mois. Elle y affecte surtout le type nasal. L'absence de tout symptôme caractéristique ne permet pas d'exclure le diagnostic de diphtérie. A signaler l'importance que prend la constatation de bacilles diphtériques dans les cultures provenant d'enfants athrepsiques ou d'enfants perdant du poids, à selles peu abondantes, avec un léger écoulement nasal, sans fièvre.

Quels sont, dans ces cas, les résultats du traitement? L'auteur fait observer qu'au début de ses recherches, il a traité ces hypotrophiques par les méthodes classiques : administration de reconstituants, de vitamine B. T., et ayant échoué il les a fait transporter au pavillon d'isolement et traités comme de véritables diphtériques. Les résultats ont été surprenants. Immédiatement après l'administration d'antitoxine leur état s'améliore. S'agit-il là d'une médication spécifique ou d'une réaction protéinique banale? La question ne pourra être résolue que par l'examen d'une série copieuse de cas soigneusement choisis et observés, et par l'usage de sérum équin et d'antitoxine. L'auteur a, dans un cas, suivi cette méthode de recherches et constaté que le sérum de cheval ne produisait aucun effet, tandis que, sous l'influence de l'antitoxine, les cultures devenaient rapidement négatives, tandis que le poids des enfants augmentait. Il y a donc des chances pour qu'il s'agisse d'un effet spécifique.

Six observations personnelles et une courte bibliographie terminent ce mémoire.

L. BABONNEIX.

Traitement de la coqueluche. (TAILLENS. *Revue méd. de la Suisse romande*, 25 janv. 1925, n° 1, p. 3-15.) — « Il y a peu d'affections pour lesquelles on ait préconisé plus de médications, depuis les plus anciennes jusqu'aux plus modernes, depuis les plus simples aux plus compliquées. » L'auteur a voulu s'éclairer lui-même et chercher à mettre de l'ordre dans une question qu'il connaît d'autant mieux qu'il a toujours eu, dans son service, une ou plusieurs salles de coquelucheux, et qu'il a passé, en 1903, sa thèse d'agrégation de privat docent sur ce sujet. Il s'occupe particulièrement du vaccin anticoquelucheux thérapeutique, de l'adrénaline, d'un dérivé de l'ipéca et des injections sous-cutanées d'éther sulfurique.

I. Le vaccin anticoquelucheux thérapeutique a été essayé huit fois. Une fois, M. Taillens a eu l'impression très nette qu'il avait agi favorablement. Dans les sept autres cas, aucun résultat. « Ce traitement est donc incapable de guérir la coqueluche, sauf peut-être dans des cas exceptionnels que nous ne pouvons préciser. »

II. L'adrénaline. En 1912, dans le numéro du 28 décembre du *British medical Journal*, le docteur G. V. Fleitcher rapporte que, ayant traité des cas d'asthme avec succès par des injections d'adrénaline, il eut l'idée d'appliquer ce même médicament à la coqueluche, mais cette fois par voie buccale; il employa une dose variant de I à V gouttes et répétée toutes les trois ou quatre heures, suivant l'âge du malade et la gravité du cas. Sur 40 cas traités, si le résultat ne fut pas toujours brillant, il y eut cependant toujours une notable amélioration, par exemple : la disparition des vomissements, le relèvement de l'état général, le raccourcissement de la coqueluche qui guérit alors en trois semaines.

En 1913 (*Gazz. degli osp. e delle clin.*, 16 oct.), le docteur L. Carta Mulas rapporte 13 observations de coquelucheux traités par l'adrénaline avec des résultats semblables à ceux obtenus par Fleitcher.

A la *Société de thérapeutique de Paris* (séance du 13 avril 1921), le docteur L. Dumont fit une communication sur ce même sujet; il dit qu'il considère ce traitement comme spécifique, à la condition qu'on donne l'adrénaline de la façon suivante :

Au-dessous de trois ans, II gouttes toutes les deux heures;
De trois à sept ans, III gouttes toutes les deux heures;
De sept à quinze ans, IV gouttes toutes les deux heures;
Au-dessus de quinze ans, V gouttes toutes les deux heures.

On peut même, si besoin est, augmenter ces doses. La coqueluche ainsi traitée doit guérir en trois semaines.

D'après ces citations, on pourrait croire que la médication spécifique d'une maladie qui tue encore de nombreux enfants est enfin trouvée. M. Taillens a vaguement caressé cet espoir et, voulant en avoir le cœur net, il a traité 10 enfants à l'adrénaline; voici brièvement ces observations :

	ACCÈS par jour.	DURÉE de la maladie.	RÉSULTAT
1. G. de 8 mois.....	28 à 30	4 mois	nul
2. G. de 2 ans......	30 à 32	5 mois	nul
3. F. de 5 ans......	14 à 15	4 mois	nul
4. G. de 1 an 1/2....	15 à 17	3 mois	nul
5. F. de 1 an......	20 à 22	4 mois 1/2	nul
6. G. de 10 mois....	20 à 21	3 mois	nul
7. F. de 1 an......	20 à 24	5 mois 1/2	nul
8. F. de 3 ans 1/2...	15 à 19	6 mois	nul
9. G. de 6 mois.....	20 à 24	3 mois 1/2	nul
10. F. de 1 an........	10 à 20	5 mois	nul

Si l'on considère la durée de ces coqueluches, traitées dans de bonnes conditions d'hygiène générale, on doit reconnaître qu'elle n'a été aucunement diminuée par la médication. Conclusion : l'adrénaline est parfaitement inefficace.

III. Les injections d'éther sulfurique ont été préconisées le 29 juillet 1914 par le professeur Audrain (de Caen), et, depuis, par le professeur Weill (de Lyon). D'après eux, dès la première injection, on constate souvent l'arrêt des vomissements en même temps que la diminution du nombre et de l'intensité des quintes. Il ne serait jamais nécessaire de dépasser trois injection de 2 centimètres cubes (Audrain). Weill et Dufour font une injection quotidienne trois jours de suite, puis une injection tous les deux jours; l'amélioration se manifeste dès la deuxième injection. D'après ces auteurs, en très peu de jours les quintes avortent. Cette médication a été discutée à la Société médicale des hôpitaux de Paris, en juin 1920; les uns ont déclaré en obtenir d'excellents résultats, les autres, des effets variables; d'autres la trouvent inefficace. Pour Audrain, elle serait à la fois antispastique et anti-infectieuse; l'éther s'éliminant en presque totalité par les voies respiratoires, il n'est point surprenant qu'en y passant il exerce une action antiseptique capable d'atténuer la virulence du bacille de Bordet-Gengou. Comment alors, puisque l'éther a une action telle qu'il doit être considéré à l'heure actuelle comme le traitement de choix de la coqueluche, dit son promoteur, comment expliquer ses échecs? Audrain les attribue avant tout à un diagnostic faux ou incomplet; il distingue en effet trois cas ; une coqueluche pure, indiscutable; une coqueluche chez un adénoïdien; une toux non coquelucheuse, mais quinteuse, chez un adénoïdien; dans le premier cas, l'éther réussit toujours; dans le second, il soulage ou améliore, mais ne guérit pas; dans le troisième, il échoue.

Les injections d'éther doivent être faites à la partie postéro-supérieure de la fesse, en pleine masse musculaire; la dose sera de 1 centimètre cube jusqu'à sept ou huit mois, de 2 centimètres cubes au-dessus de cet âge.

M. Taillens a appliqué cette thérapeutique à sept enfants; s'il s'est borné à ce chiffre c'est que, quoiqu'en disent ceux qui préconisent cette méthode, elle est douloureuse; la douleur ne dure pas longtemps et cède vite, elle n'en est pas moins si pénible parfois qu'on hésite à l'appliquer et cela d'autant plus qu'elle n'offre pas toute garantie de succès.

Il a utilisé l'éther de la façon suivante : injections intramusculaires quotidiennes pendant cinq à six jours consécutifs; arrêt de quelques jours et éventuellement reprise des injec-

tions; un seul de ses petits malades, âgé de un an, a reçu 1 centimètre cube par injection; tous les autres 1 centimètre cube et demi ou le plus souvent 2 centimètres cubes. Voici, sous forme de tableau, ces sept observations :

	ACCÈS par jour.	INJECTIONS	RÉSULTAT
1. G. de 4 ans....	6 à 8	6 de 2 cc.	nul
2. G. de 1 an.....	9 à 12	5 de 1 cc.	nul
3. F. de 4 ans....	13 à 15	7 de 2 cc.	nul
4. G. de 5 ans....	14 à 17	9 de 2 cc.	nul
5. G. de 5 ans....	12 à 14	12 de 2 cc.	moyen
6 G. de 5 ans....	13 à 15	6 de 2 cc.	bon
7. G. de 2 ans....	10 à 12	6 de 1 cc. 5	bon

Les cas 6 et 7, avec résultats bons, restèrent l'un quatre semaines, l'autre trois à la clinique infantile et en ressortirent à peu près guéris, n'ayant plus guère qu'un seul petit accès journalier.

Dans les autres cas, l'auteur a parfois remarqué une accalmie les jours d'injections; dès qu'on les cessait, les quintes reparaissaient plus nombreuses et plus fortes.

En résumé, l'éther sulfurique en injections intramusculaires, semble capable de guérir la coqueluche dans un temps relativement court, mais le procédé est douloureux et inconstant dans ses effets.

IV. L'ipécopan dérivé de la poudre de Dower est un bon médicament de la coqueluche. Cependant M. Taillens donne et continue à donner la préférence au bromoforme ; voici plus de vingt années qu'il emploie cette drogue et jamais il n'a observé d'inconvénients à son emploi.

En 1903, dans sa thèse d'agrégation comme privat-docent, il relatait 57 cas de coqueluche traités au bromoforme; depuis lors, soit en pratique privée soit à l'hôpital, il a fréquemment employé ce médicament et aujourd'hui son expérience repose sur plus de 500 cas. Cela ne donne-t-il pas quelque droit de conclure?

Le bromoforme s'élimine en bonne partie par les voies respiratoires et il le fait très peu de temps après l'ingestion; cela se constate sans difficulté à l'haleine du malade qui en a pris. On a donc le droit de penser qu'à côté de l'action antispastique due à l'élément brome, ce médicament possède sans doute aussi une action directe, spécifique, antiseptique, les vapeurs de bromoforme agissant lors de leur élimination respiratoire sur l'agent causal de la maladie. Il est en tout cas hors de doute qu'il possède une action antiseptique marquée; c'est ainsi que si l'on en met quelques gouttes dans de l'urine, même exposée à l'air, celle-ci ne fermente pas.

On a parfois reproché au bromoforme sa toxicité, oubliant que celle-ci n'existe que lorsqu'il y a eu faute ou erreur dans l'administration du remède; le bromoforme s'éliminant rapidement, n'ayant donc aucune action cumulative, ne peut présenter aucun inconvénient quelconque si on le donne, ainsi que cela doit être fait, à doses fractionnées. M. Taillens le prescrit en gouttes ou bien en émulsion; le second mode est peut-être plus agréable, mais infiniment plus coûteux, et en pratique hospitalière par exemple, il n'utilise jamais que les gouttes; celles-ci, insolubles dans l'eau, sont mises dans une cuillère à café d'eau sucrée et roulent dans le fond de celle-ci comme des perles; l'enfant avale le tout sans la moindre difficulté. On commence par donner une goutte toutes les deux heures, le jour et même la nuit si c'est possible, puis on augmente peu à peu, suivant l'âge du malade et l'intensité de la coqueluche, jusqu'à II, III et même IV gouttes toutes les deux heures Le même fractionnement doit être observé quand on utilise une émulsion. Donné de cette façon, le bromoforme est incapable de nuire et il ne l'a jamais vu non seulement entraîner des inconvénients, mais même des apparences d'inconvénients, et cependant, il lui est arrivé de le prescrire à des nourrissons de quelques semaines; il va de soi que, chez ceux-ci, on en reste à des doses faibles.

Il vaut mieux en commencer l'usage dès le début de la coqueluche, bien qu'on puisse en obtenir de bons résultats à une période déjà avancée de la maladie. Sous l'influence du bromoforme, l'appétit revient rapidement, et l'état général s'améliore. Si cette action éminemment favorable est nulle pour beaucoup, c'est que souvent, il est mal administré, au mépris des indications physiologiques et pharmacodynamiques qui en dictent l'emploi. M. Taillens a pu à plusieurs reprises, mettre en lumière l'action favorable de cet agent thérapeutique et la prendre sur le fait, pour ainsi dire, en procédant de la façon suivante : dès sa première visite, il prescrivait le traitement hygiénique général, mais sans ordonner de bromoforme; dans ce cas, le nombre des accès ou bien restait stationnaire, ou bien même augmentait; après quelques jours, la médication bromoformée était commencée et on pouvait voir alors, dans l'espace d'un ou deux jours, le nombre des accès diminuer d'une manière frappante.

Le traitement bromoformé raccourcit du tiers ou même de la moitié la durée de la coqueluche, qui ne poursuit plus son évolution que pendant trente à trente-cinq jours.

En résumé :

1° Le vaccin anticoquelucheux, du moins celui qu'il a employé, ne possède aucune action thérapeutique certaine;

2° L'adrénaline est sans effet dans la coqueluche;

3° L'éther sulfurique, en injections intramusculaires, est douloureux et ne peut être, pour cette raison-là, employé largement et systématiquement, et cela d'autant plus que son action est loin d'être certaine; elle est même souvent nulle ou tout au plus passagère;

4° L'ipécopan, particulièrement sous forme de sirop, est un bon médicament de la coqueluche:

5° Après une expérience de bien des années portant sur plus de 500 cas traités, c'est encore et toujours au bromoforme que M. Taillens donne la préférence; ce médicament, lorsqu'il est bien administré, ne présente aucun inconvénient quelconque; au contraire, car il possède une grande régularité et une grande constance dans son action; il est facile à manier, à doser et à administrer et il est toujours bien supporté; il fait non seulement diminuer rapidement le nombre et l'intensité des quintes et disparaître les vomissements, mais encore il augmente l'appétit et relève l'état général.

L. BABONNEIX.

D. Système nerveux.

Mongolisme. (Th. BRUSHFIELD. *The Brit. Journ. of Children's diseases*, oct.-déc. 1924, nos 250-252, p. 241-259, photographies, bibliographie anglo-saxonne.) — Dans ce travail, l'auteur résume les observations qu'il a pu faire sur les mongoliens reçus dans son service de 1914 à 1924. Le mongolisme est une affection rare : 5 p. 100 (Tredgold), 3 p. 100 (Lind) des enfants arriérés. A l'hôpital, cette proportion s'élève à 22 (Still) ou 23 p. 100 (Thomson). Sur 975 garçons et 1.115 filles, soit 2.090 malades admis à l'hospice, Brushfield compte 177 mongoliens : 98 garçons et 79 filles. Dans 154 cas on put obtenir des renseignements, 24 concernaient des Israélites.

Pour ce qui a trait à l'étiologie, les influences suivantes ont été incriminées : syphilis (Riedel et Stewart, Lind) dont le rôle est douteux : pourquoi, dans une famille, n'y a-t-il, parmi de nombreux enfants, qu'un mongolien? Les manœuvres anticonceptionnelles sont difficiles à mettre en évidence tant on a de peine à « extraire la véritable histoire ». L'influence de l'hérédité familiale névropathique est peut être mieux établie : dans la statistique de l'auteur, 19 cas d'autres enfants arriérés ou déments, 8 d'alcoolisme, 20 de tuberculose. S'agit-il, comme l'a soutenu van Sheer, d'un sac amniotique trop petit et trop raide, comprimant démesurément le fœtus durant les sixième et septième semaines et provoquant une flexion excessive de la tête, d'où trouble de développement de la pituitaire? La même compression produira, aux seconde, troisième semaines l'anencéphalie, de la troisième à la sixième, l'achondroplasie. Quelle est la position du mongolien dans sa propre famille? Pour Langdon Down, il est toujours le dernier, mais, depuis qu'on connaît mieux cette affection, on sait qu'elle peut aussi atteindre les premiers. Cependant, sur les 157 cas de l'auteur, 69 étaient des derniers nés et 29 seulement des premiers-nés, 33 sont des trois derniers.

L'âge de la mère était, dans 64 cas sur 96, de trente-neuf ans et au-dessus; dans 75 cas sur 96, le père était âgé de quarante ans et plus. La mère est signalée comme souffrante, misérable ou surmenée dans 34 p. 100 des cas, et décrit la grossesse qui a été suivie de la naissance du mongolien comme différente des autres ; durant la guerre, beaucoup appelaient les mongoliens des « air raid babies ». D'ailleurs, les statis-

tiques montrent que cette affection a sensiblement augmenté de fréquence de 1914 à 1917. (A noter, cependant, qu'en 1918 il n'y a eu aucune admission de mongolien à Fountain mental Hospital).

L'auteur étudie ensuite la symptomatologie du mongolisme et insiste sur quelques points : parallélisme des plans frontaux et occipitaux; absence de protubérance occipitale externe; non-retrait du front comme dans la microcéphalie; rareté du nystagmus; épicanthus d'autant plus accusé que l'intelligence est moins développée; bigarrures ou mouchetures de l'iris; astigmatisme hypermétropique; strabisme absolument constant, main trapue, inapte aux fins ouvrages, aux plis palmaires très accentués; au pied, volume relativement considérable du gros orteil, etc. La tache mongolique n'a jamais été trouvée.

Parmi les causes de mort, à signaler surtout la pneumonie et les lésions cardiaques; elle se produit, en moyenne, à six ans chez les filles, à sept ans et demi chez les garçons. Au cours des maladies aiguës, le mongolisme ne réagit pas au traitement qui, chez lui, ne « rend » pas; 7 fois sur 8, il a été trouvé une persistance du trou de Botal. L'examen histologique des cerveaux sera ultérieurement publié. Les lésions de la base du crâne, incriminées par certains comme cause de mongolisme, sont médiocres. L'opothérapie semble inefficace. Gais, faciles à vivre, « supersensitifs » à la musique, les patients n'offrent aucune tendance érotique.

L. BABONNEIX.

Le fonctionnement des corps opto-striés chez le nourrisson. (LESNÉ et Ch. RICHET fils. *Presse méd.*, 7 janv. 1925, n° 2.) — Le nouveau-né n'est pas seulement un être spinal, c'est également un être opto-strié.

Dès les premiers jours de la vie, le bulbe apparaît comme la partie la plus perfectionnée du système nerveux. Le système sympathique et parasympathique ont un fonctionnement impeccable. La moelle est constituée dès la naissance; mais ne subissant pas encore l'influx cortical (le cortex n'est pas développé) son fonctionnement ne peut être parfait. Quant aux formations opto-striées, elles se constituent très tôt.

Le thalamus fonctionne dès les premières semaines de la vie, comme le prouve la sensibilité du nouveau-né qui crie quand il a faim, ou quand il a froid, qui sourit dès la troisième semaine quand on le chatouille doucement.

La démonstration du fonctionnement des corps striés est plus délicate à faire. Cependant il suffit de se demander si le nouveau-né a l'aspect d'un sujet dont les fonctions opto-striées sont abolies c'est-à-dire présentant hypertonie, tremblement et mouvements choréiformes.

L'hypertonie existe chez lui mais localisée à certains muscles, ceux des membres qui sont en état de demi-contracture, ceux de la joue qui est immobile, atone, au contraire les muscles de la région sacro-lombaire et de la nuque sont dépourvus de tonicité.

Le tremblement n'existe pas chez le nouveau-né dans les conditions physiologiques il n'y a pas non plus de mouvements choréiformes ou athétosiques à proprement parler.

Le fonctionnement des corps opto-striés semble donc exister, mais n'est pas parfait. La physiologie de ces corps est ébauchée et ne sera complète que vers six ou sept mois.

MAURICE LÉVY.

Sur la valeur du taux des chlorures dans le liquide céphalo-rachidien pour le diagnostic des méningites. (Docteur Hélène NOWICKU (de Cracovie). *Arch. de méd. des enf.*, déc. 1924, n° 12.) — Mestrezat a attiré le premier l'attention sur l'importance de l'examen chimique du liquide céphalo-rachidien pour apprécier l'état des méninges et définir la nature de leur affection. Mais l'hypoglycosurie est commune à toutes les méningites aiguës; le taux de l'albumine, bien que variable suivant la nature de la méningite, ne permet pa d'établir des distinctions nettes. Au contraire, l'abaissement des cendres et surtout des chlorures, qui est très marqué dans la méningite tuberculeuse, doit être d'après lui considéré comme pathognomonique pour cette maladie. Ces modifications ont d'autant plus d'importance qu'elles apparaissent dès le début de la maladie à une phase où le diagnostic est souvent difficile.

L'auteur a recherché le taux des chlorures dans un grand nombre de cas de méningites et les résultats ont été comparés à ceux fournis par les autres examens chimiques, cytologiques et bactériologiques.

Le procédé de Mestrezat a été employé pour le dosage des chlorures à l'aide dn nitrate d'argent; 5 à 10 centimètres cubes de liquide sont nécessaires. Dans les liquides normaux le taux des chlorures oscille entre 0,71 et 0,73 p. 100. Les recherches portant sur 60 cas de méningite tuberculeuse dûment diagnostiqués ont montré constamment un abaissement du taux des chlorures entre 0,51 et 0,68 p. 100. Les valeurs les plus élevées ont été trouvées dans les premiers jours et les plus basses dans les derniers jours de la maladie.

L'abaissement des chlorures, phénomène constant de l'inflammation méningée, est plus marqué dans la méningite tuberculeuse que dans les autres méningites. Seules les valeurs inférieures à 0,59 p. 100 sont absolument pathognomoniques de la nature tuberculeuse. Les valeurs entre 0,59 et 0,63 p. 100 se trouvent le plus souvent dans la méningite tuberculeuse, mais aussi dans les méningites à méningocoques et ne permettent le diagnostic que par les autres signes.

Les valeurs entre 0,64 et 0,69 p. 100, généralement caractéristiques pour les méningites purulentes aiguës, se voient parfois au stade initial de la méningite tuberculeuse, mais rapidement le taux baisse par la suite.

L'abaissement des chlorures est un élément intéressant pour le diagnostic de la méningite tuberculeuse, mais des exceptions se voient parfois, surtout au début, aussi ne doit-il pas être pratiqué isolément. Il mérite cependant d'avoir une plus grande place dans la clinique.

MAURICE LÉVY.

Les enseignements de la réaction de Wassermann dans la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (H. LEMAIRE et M. LÉVY. *Paris méd.*, 10 janv. 1925.) — Les auteurs insistent sur quatre ordres de faits : 1° la réaction peut être négative dans des cas de syphilis évidente et où il serait dangereux de ne pas instituer de traitement; 2° de nombreux cas de syphilis latente sont décelés par le Bordet-Wassermann; 3° mais l'étude des stigmates relevés chez les collatéraux, les ascendants (surtout signes obstétricaux) et enfin sur les enfants eux-mêmes permettent généralement de porter un diagnostic clinique précoce; 4° enfin, il faut traiter les enfants issus de parents eux-mêmes hérédo-spécifiques sous peine de voir apparaître des accidents plus ou moins graves.

E. AZERAD.

LIVRES NOUVEAUX

Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil circulatoire (1), par le professeur P. NOBÉCOURT.

Beaucoup d'enfants sont atteints d'affections du cœur. Tous les médecins, soit à l'hôpital, soit en ville, ont l'occasion d'en rencontrer. On ne s'étonnera donc pas de voir le deuxième volume de *Clinique médicale des enfants* consacré aux *Affections de l'appareil circulatoire*. Comme le professeur Nobécourt l'écrivait dans le premier volume de *Clinique* paru récemment et consacré aux *Affections de l'appareil respiratoire*, la *Clinique médicale des enfants* est un livre de médecine appliquée et n'a pas pour but de faire une fois de plus, avec plus de détails, l'exposé des maladies. Il y montre les malades. Il raconte leur histoire, y expose les méthodes mises en œuvre pour porter un diagnostic, les difficultés rencontrées, les hésitations, les traitements institués. Puis il consacre quelques pages à l'étude de la maladie dont est atteint l'enfant, pour mettre en valeur les caractères particuliers et intéressants qu'elle peut présenter dans certains cas.

Essentiellement pratique, ce livre est appelé à rendre les plus grands services aux praticiens et aux étudiants.

---

260 Consultations médicales pour les maladies des enfants, par le docteur Jules COMBY, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. 8e édition, revue et augmentée. Un volume de 520 pages, — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

---

(1) In-8. Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

FRACTURES DE JAMBE AU TIERS MOYEN[1]

B. **Au lever du plâtre.** — **Une embolie veineuse** parfois mortelle vient faire à la fois le diagnostic et le pronostic d'une phlébite latente du membre inférieur.

Une lésion vasculaire peut être découverte. Anévrisme artériel ou artério-veineux.

Une lésion nerveuse également.

Une seule est grave : la paralysie du sciatique poplité externe, comprimé par un cal : le malade steppe. Et cette paralysie secondaire est bien plus fréquente que la paralysie primitive due à l'atteinte par le trait de fracture.

SÉQUELLES. — Même s'il a échappé aux complications, le malade n'est pas à l'*abri des séquelles*. Ce sont des :

Troubles trophiques. — *Œdème dur traumatique. Névrites. Aponévrosite plantaire.* Kystes lymphatiques.

Raideurs articulaires du genou, du cou de pied.

Lésions musculaires. — *Atrophie musculaire, myosite scléreuse rétractile.*

Bien plus d'intérêt ont : *Les pseudarthroses. Les retards de consolidation. Les cals vicieux.*

Pseudarthrose ou retard de consolidation? — **Symptômes**. — Au lever du plâtre, dans les délais normaux, on constate encore la *mobilité anormale*.

Pseudarthrose, si la mobilité est très grande, si l'on ne sent pas de tuméfaction osseuse, s'il n'y a pas de douleur à la pression.

Retard de consolidation si les signes sont inverses.

La radiographie montre en cas de pseudarthrose : la cicatrisation des extrémités; leur transparence exagérée; la variété de pseudarthrose, flottante, fibreuse, fibro-synoviale.

Pronostic. — La pseudarthrose tibiale empêche la marche.

Leurs causes. — *Si la fracture était ouverte*, c'est l'étendue de la perte de substance qu'il faut incriminer.

Si la fracture était fermée, la pseudarthrose et le retard sont déjà favorisés par l'obliquité du trait. Mais il faut compter avant tout sur :

Facteur mécanique. — *Mauvaise réduction. Interposition musculaire.*

Facteur trophique. — *Local :* la stérilité des fragments; *Général : la syphilis, la tuberculose, les dysthyroïdies, la grossesse.*

Les cals vicieux. — **Ils se manifestent :**

1. *Au lever du plâtre*, liés à une mauvaise correction du déplacement.

2. *Quelques temps après la guérison* : cal mou, la marche a été trop précoce.

3. *Plusieurs années après* : maladie du cal, ramollissement, ostéite, kyste.

Trois ordres de cals peuvent être observés. — Ils sont d'ailleurs souvent associés.

Cal en baïonnette. — Symptômes. — *Une saillie supérieure* menace les téguments.

Un raccourcissement existe : de moins de 2 centimètres, le *bassin compense*; de plus, la *claudication* est inévitable,

A la radio, cal en H. Si le déplacement est grand, on peut voir une soudure tibio-péronière (par les fragments inverses).

Pronostic. — Si l'axe de la jambe est conservé, *bon résultat fonctionnel* contrastant avec ce résultat physique défectueux.

Cal par rotation. — Le pied est dévié.

Pronostic. — Plus grave; entrave la marche.

Cal angulaire. — C'est la *désaxation* contre quoi il faut lutter en immobilisant en bonne position, en faisant bien tomber, lors de la réduction, la crête tibiale dans le *premier espace intermétatarsien.*

Symptômes. — *Cal à concavité antérieure.* — Cal en manche de veste : le mollet repose sur le plan de la table, le talon reste au dessus. Le pied ne repose plus à plat.

Souvent ce cal *est d'origine thérapeutique* : il y a eu *hypercorrection.*

Cals à *concavité postérieure* ou *latérale*, rares.

Pronostic. — Lésion très grave.

Elle modifie les points d'appui articulaires et a pour conséquence les distorsions ligamentaires.

La marche est *douloureuse, incertaine* ou impossible.

Autres cals vicieux. — Cal par comblement de l'espace interosseux, ce qui n'a pas l'importance du même cal à l'avant-bras.

Cal exubérant comprimant les nerfs.

Cal douloureux.

L'ostéomyélite traumatique, enfin, ostéomyélite des fractures ouvertes, s'observe quelquefois avec ses *fistules*, éliminant des séquestres, avec ses *hyperostoses*. Lésion dont il est impossible de porter le pronostic à cause des récidives.

LE PRONOSTIC est donc réservé dans ces fractures. Plus que dans toute autre l'on aura à discuter l'intervention sanglante.

L'*incapacité temporaire* du fait de la fracture est toujours longue.

Elle *peut être parfois permanente.*

DIAGNOSTIC. — **Positif** facile.

Différentiel. — *Si pas de déplacement* : *Contusion?* mais points douloureux, mobilité anormale. **Phlyctènes, soubresauts.**

De variété. — *Difficile parfois* de préciser la fracture du péroné. **On peut la méconnaître**, croire à une fracture isolée du tibia.

Rechercher les lésions vasculaires.

Chez l'enfant, fracture sous-périostée ou début d'ostéomyélite, car souvent fièvre de résorption sanguine. Radiographie.

TRAITEMENT. — **Sanglant**. — S'adresse aux *fractures ouvertes*, aux *fractures irréductibles*, aux *fractures à gros chevauchement.*

On maintient la réduction par des *agrafes*, des *appareils de prothèse* : plaque, ligature de Parham.

Non sanglant dans les autres cas.

Précautions multiples. — *Aseptiser la peau. Percer et vider* les phlyctènes sans enlever la pellicule qui les recouvre. Isoler du plâtre par une **toile**, ce qui est préférable à l'emploi d'une compresse.

Prendre une *ligne d'aplomb rigoureuse.*

Mettre le *pied à angle droit.*

A. **Si le déplacement est moyen :**

1. Réduire à la main, immobiliser dans une gouttière.

2. *Il vaut mieux :*

Réduire par traction continue.

Immobiliser dans un *appareil de marche* qui hâte la consolidation, lutte contre les troubles trophiques. Il faut changer le premier appareil au bout de *quelques jours* lorsque l'œdème a disparu. On l'enlève le cinquantième jour.

B. **S'il y a un gros déplacement** : Extension continue, clou de Codivilla.

Des complications. — **Pseudarthrose**. — Supprimer l'interposition. Réduire. Aviver la surface. Ostéosynthèse. Greffe si le pouvoir ostéogénique est détruit.

Cals vicieux. — *Récents.* — Ostéoclasie manuelle.

Anciens. — Ostéotomie *cunéiforme, interfragmentaire*

En résumé, on voit l'intérêt d'une bonne réduction qui ne sera obtenue que si la crête tibiale tombe bien dans le premier espace intermétatarsien.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 18, p. 462.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'imp. et d'édit., 17, rue Cassette.


OVULES ROCHE
AU THIGÉNOL
dosés à 30%
F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
PARIS
THIGÉNOL "ROCHE"
Inodore, non caustique, non toxique, soluble eau, alcool, glycérine.
Thigénol Roche
EN GYNÉCOLOGIE
Décongestionnant intensif
Désodorisant
Analgésique
EN DERMATOLOGIE
Topique kératoplastique
Réducteur faible
Antiprurigineux
RÉSULTATS RAPIDES
Echantillon et Littérature
PRODUITS F. HOFFMANN-LA ROCHE & Cie
21, Place des Vosges. PARIS.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Sur la proposition de M. Grangier au nom de la cinquième Commission, le Conseil municipal de Paris vient de décider :

« De constituer des services de réserve destinés à recevoir, pendant les périodes d'encombrement ou d'épidémie, d'une part, les malades en surnombre dans les services de médecine adultes; d'autre part, les enfants atteints de maladies contagieuses.

Ces services consisteraient en baraquements à construire et comprendraient :

A. *Services d'adultes* : 1° A la Salpêtrière, 5 baraquements contenant ensemble 168 lits; 2° à l'hôpital Cochin un baraquement contenant 64 lits; 3° à l'hôpital Broussais un ensemble de baraquements contenant ensemble 230 lits environ. Total pour les lits d'adultes : 462 lits.

B. *Services d'enfants* : Un baraquement muni de boxes d'isolement à édifier à l'hôpital des Enfants-Malades et contenant environ 50 lits;

D'approuver dès à présent les devis de construction des baraquements à édifier à la Salpêtrière et à l'hôpital Cochin, et dont le montant s'élève à 937.201 fr., savoir : 637.726 fr. pour la Salpêtrière et 299.475 fr. pour l'hôpital Cochin;

D'imputer l'ensemble de la dépense sur les fonds de l'emprunt de 1.800 millions, § B (dotation supplémentaire), sous réserve toutefois de la loi à intervenir pour approbation du projet de réaménagement dudit emprunt. Etant entendu que les devis de construction et d'ameublement des services à créer à l'hôpital Broussais et à l'hôpital des Enfants-Malades seront ultérieurement soumis à l'examen du Conseil. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NIMES. — Un concours pour la nomination d'un médecin adjoint de dermato-vénéréologie sera ouvert dans la deuxième quinzaine du mois de juin 1925.

Le siège de ce concours sera porté à la connaissance des candidats huit jours avant la date des opérations.

Les demandes d'admission devront être adressées avant le 25 avril 1925 au secrétariat de la Commission administrative des hospices, 12, rue de Montpellier, à Nîmes.

COMMISSION D'HYGIÈNE DENTAIRE. — Sont nommés membres de la Commission : MM. les docteurs Boudon, Dreyfus, Frison, Frey, Friteau, Hamman, Pont, Roy, Sébilleau et Solas.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — Une place d'auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France est déclarée vacante dans la catégorie des chimistes, physiciens et pharmaciens par suite du décès de M. Prothière, inspecteur d'hygiène départemental adjoint du Rhône, directeur du service départemental de la désinfection du Rhône.

Les candidats sont invités à adresser leur demande, accompagnée de leurs titres, dans le délai d'un mois, expirant le 10 mai 1925, au ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 5e bureau, 7, rue Cambacérès. (*J. O.*, 10 avril 1925.)

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Grange et Lang.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Mérite agricole :

Au grade de commandeur. — M. le docteur Lucien Graux (de Paris).

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Rigaud, nouvellement promu, est maintenu directeur du Service de santé de la 4e région, au Mans.

— M. le médecin principal de 2e classe Rubenthaler, de l'hôpital militaire de Bordeaux, est nommé sous-directeur de l'Ecole du Service de santé militaire et médecin chef de l'hôpital militaire d'instruction Desgenettes, à Lyon.

— SERVICE DE SANTÉ. (Armée active.) — Liste nominative des médecins et pharmaciens aides-majors qui doivent accomplir, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, un stage de novembre 1925 à juillet 1926 (service) :

Médecins aides-majors de 1re classe. — MM. Canis, Gélard, Chavialle, Sauvaget, Jacob, Schneider, Bousquet, Fulcrand.

Médecins aides-majors de 2e classe. — MM. Levet, Sau-

triau, Giorgi, Luiggi, Thabourin, Farjot, Lanet, Figuière, Vuillaume, Gallois, Willemin, Noyer, Perrin, Zumbiehl, Finance, Charbonnier, Robin, Provost, Jaulmes, Gélis, Bolzinger, Mercier, Debenedetti, Germain, Estival, Pascal, Reissier, Vidal, Mazeyrie, Silie, Roucaute, Jabot, Lachaize, Jammes, Brousses, Bellet, Chauzy, Maulin, Passager, Party, Peyré, Broussolle, Tricoire, Dinichert.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — La séance solennelle d'ouverture du Congrès aura lieu le lundi 20 avril, à 10 heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République.

IIe CONGRÈS MÉDICAL FRANCO-POLONAIS (Paris, 20-25 avril 1925). — L'ouverture solennelle du Congrès aura lieu le mardi 21 avril à 10 heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. A 11 heures commenceront les travaux scientifiques dans le même amphithéâtre.

Le même jour à 16 heures, réception à l'Hôtel de Ville.

Le Comité d'organisation adresse un pressant appel aux médecins français et leur demande de s'inscrire au Congrès et de participer aux travaux et aux réceptions. Le IIe Congrès médical franco-polonais sera ainsi une véritable manifestation d'amitié et de solidarité franco-polonaise.

Les adhésions sont reçues chez M. Pierre Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

CENTENAIRE DE CHARCOT ET XXVe ANNIVERSAIRE DE LA SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE DE PARIS. — Le programme des fêtes commémoratives est fixé de la manière suivante :

Lundi 25 mai, à 9 heures, Réunion neurologique internationale annuelle, à l'amphithéâtre Charcot, Clinique des maladies nerveuses, à la Salpêtrière, discussion des rapports sur la Sclérose latérale amyotrophique.

A 15 heures, à l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière, suite de la discussion sur la Sclérose latérale amyotrophique.

Mardi 26 mai, à 9 heures, séance exceptionnelle de la Société de neurologie et commémoration de son XXVe anniversaire, 12, rue de Seine. Discours de M. le professeur Guillain. Communications neurologiques des membres correspondants étrangers et des invités de la Société.

A 15 heures, séance de l'Académie de médecine, 16, rue Bonaparte. Eloge de Charcot, par M. le professeur Pierre Marie.

A 21 heures, séance au grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre du Travail et de l'Hygiène.

Discours de M. Babinski, président du Comité du Centenaire. Adresses des délégués officiels des gouvernements étrangers. Allocutions de M. le Doyen de la Faculté de médecine, des représentants de l'Académie des sciences, de l'Académie de médecine, de l'Institut Pasteur, de la Société de biologie, de la Société anatomique, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Mercredi 27 mai, à 9 heures, visite officielle de la Clinique Charcot et de la Salpêtrière.

Suite de la Réunion neurologique à l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière. Discussion des rapports sur la Migraine.

A 15 heures, suite de la discussion sur la Migraine.

A 20 heures, banquet sur invitation, au Palais d'Orsay.

Jeudi 28 mai, à 17 heures, réception par le Conseil municipal de Paris et le Conseil général de la Seine, à l'Hôtel de Ville, des neurologistes assistant au Centenaire et des membres du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes.

Comité d'organisation. — Présidents d'honneur : MM. P. Marie, Pitres, Paul Richet; président : M. Babinski; secrétaire général : M. Souques; membres du Comité : MM. Blin, Jean Charcot, H. Colin, Dutil, Georges Guinon, Hallion, Paul Londe, Henry Meige, Parmentier, anciens élèves de Charcot; le bureau de la Société de neurologie : MM. Georges Guillain, O. Crouzon, André Léri, Barbé, P. Béhague.

N. B. — L'adhésion aux cérémonies commémoratives ne comporte aucune cotisation.

Les chemins de fer n'ont consenti aux voyageurs aucune réduction de tarif.

Prière d'adresser les adhésions et toute correspondance au docteur Souques, secrétaire général du Comité, à l'amphithéâtre de l'Ecole des infirmières, hospice de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, Paris.

Pour les invitations et les cartes s'adresser, le lundi 25 mai, à l'Ecole des infirmières, à la Salpêtrière.

VERSEMENTS DES ÉTUDIANTS AU PROFIT DU SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — *Première liste.* — MM. Rouvière, chef des travaux, 20 fr.; Rist, 10 fr.; Masselin, 10 fr.; Diorge, 2 fr.; Mlle Dupont et M. Laud, 10 fr.; MM. Domela, 5 fr.; Couty, 2 fr.; Pallud, 10 fr.; Kvauss, 2 fr.; Fevral, 5 fr.; Boussat, 2 fr.; Mlle Ratner, 5 fr.; MM. Guinot de la Boissière, 5 fr.; Wilmothe, 10 fr.; Mlle Vimeux, 2 fr.; MM. Blondin, 10 fr.; Giraudon, 5 fr.; Mlle Moutet du Bomhet, 40 fr.; Leiflo, 5 fr.; anonymes, 14 fr.

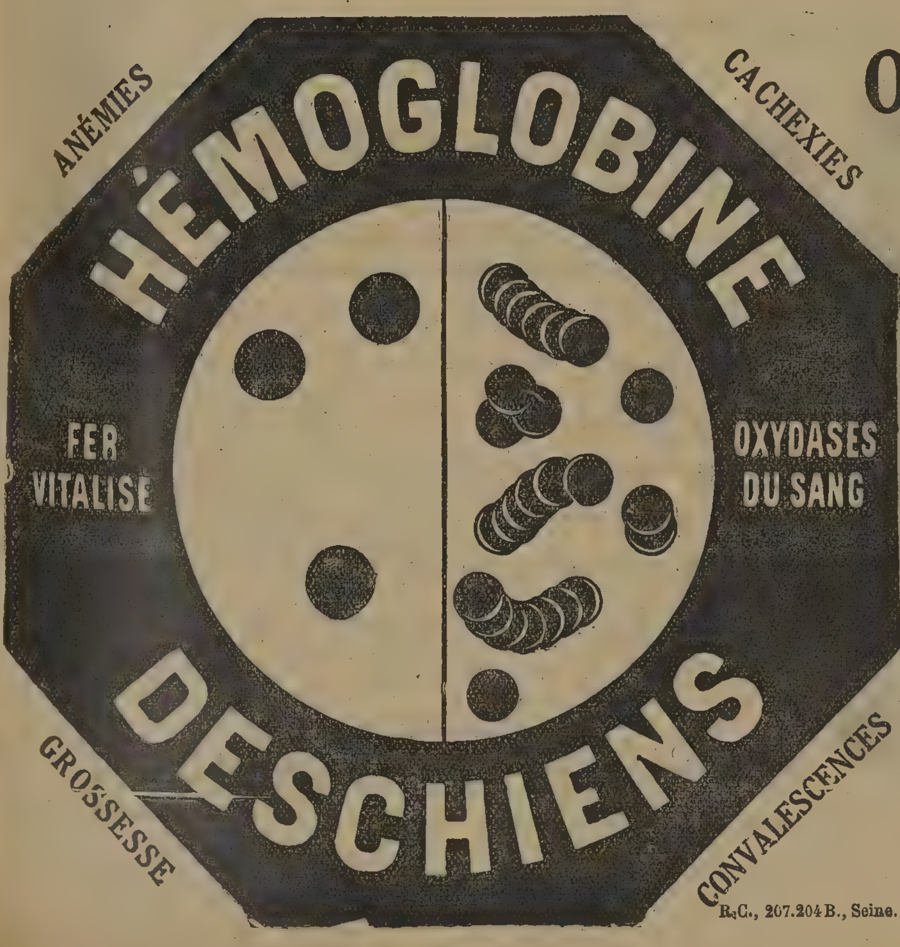
Deuxième liste. — MM. Maillefer, 4 fr.; Robert, 1 fr.; Deglaise, 5 fr.; Croisier, 2 fr.; Sidi, 5 fr.; Bizzard, 10 fr.; Levolle, 5 fr.; anonyme, 1 fr.; MM. Chauvet, 10 fr.; Tartinville, 2 fr.; Seigneury, 2 fr.; Caudriat, Laveroff et Sation, 5 fr.; Carnouad, 2 fr.; Chalain, 5 fr.; Maes, 5 fr.; Leboulanger, 1 fr.; Espaillat, 5 fr.; Beinis, 1 fr.; Baurens, 5 fr.; Maidinyer, 6 fr.; Logeat, 5 fr.; Bouzergue, 1 fr.; Guichard, 2 fr.; Brémond, 1 fr.; Poney, 1 fr.; Vigriaert, 2 fr.

Troisième liste. — MM. Kovax, 5 fr.; Menetrel, 5 fr.; Beschet, 5 fr.; Levenne, 5 fr.; de Secubarri, 5 fr.; Auvivier, 2 fr.; Delbrun, 3 fr.; Munié, 2 fr.; Pelletier, 5 fr.; Pichon, 5 fr.; Bogoraz, 2 fr.; J. Jomain, 5 fr.; Wescholer, 2 fr.; Beauchesne, 1 fr. 50; Groffin, 2 fr.; anonymes, 8 fr.; MM. Brun, 2 fr.; Sabomin, 2 fr.; Mlle Delong, 5 fr.; MM. Ixement, 2 fr.; Léger, 1 fr.; Iridiac, 1 fr. 50; Bugeon, 4 fr.; Satinon, 2 fr.; Caména d'Almeide, 5 fr.; Garnier, 4 fr.; Sevin, 2 fr.; Kinner, 2 fr.; Lévy, 1 fr. 50; Gaillard, 5 fr.

Quatrième liste. — MM. Brun, 2; Delboze, 2 fr.; Magat, 2 fr.; anonymes, 14 fr. 50; MM. Tolver, 2 fr.; Leblanc, 2 fr.; Bolgest, 10 fr.; Mlle Bourgeois, 2 fr.; M. Misser, 5 fr.; Mlle Cauvet, 2 fr.; MM. Jodin, 4 fr.; Christess, 2 fr.; Dufour, 5 fr.; Ficher, 2; Goumy, 5 fr.; Mahe, 5 fr.; Robert, 2 fr.; Sauvin, 2 fr.; Arnaud, 5 fr.; Galtier, 4; Sauvage, 4 fr.; Schwartz, 2 fr.

Cinquième liste. — MM. Lazare, 2 fr.; Dualte, 2 fr.; Vons, 2 fr.; Openot, 3 fr.; Marta, 3 fr.; Gluck, 3 fr.; Anonyme, 5 fr.; Lestienne, 2 fr.; Bajuet, 5 fr.; Goliger, 3 fr.; Laquerrière, 5 fr.; Mlle Balguelte, 2 fr.; M. Stéphande, 15 fr.; Mlle Cligny, 5 fr.; MM. Bikfechmann, 2 fr.; Verdeistein, 2 fr.; Trocmay, 5 fr.; Martin, 3 fr.; Baclin, 5 fr.; Mersom, 10 fr.; Alrehamier, 5 fr.; Sincer, 2 fr.; Tafnet, 5 fr.; Meza, 5 fr.; Solinac, 10 fr.; Léger, 2 fr.; Bader, 1 fr.; Thouvenel, 3 fr.; Roy, 1 fr. 50; De Palma, 2 fr. 50; Humbert, 2 fr. 50; Pechon-Challat, 2 fr.; Sabban, 2 fr.; Mlle Famere, 2 fr.; MM. Armand-Laroche, 2 fr.; Dakaré, 2 fr.; Gindrean, 2 fr.; Pajeot, 5 fr.; Hurez, 2 fr.; Mlle Valentin, 5 fr.; MM. Alintsats, 5 fr.; Lerousseau, 5 fr.; Labignette, 3 fr.; Maurere, 2 fr.; Balmelle, 3 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Moreau à la Lande-sur-Eure et Charles Zimmer, ancien médecin de la Marine, décédé à Marseille.


ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER VITALISE
OXYDASES DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

TOUX EMPHYSÈME ASTHME

Iodéine MONTAGU

SIROP : 0.04 cgr.
PILULES : 0.01 »
AMPOULES : 0.02 »
de Bi-Iodure de CODÉINE crist.

49, Boulevard de Port-Royal
PARIS
R. C., 39.868, Seine.

Laboratoires F. VIGIER et HUERRE, Docteur ès Sciences, Pharmaciens
PARIS. — 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, 12. — PARIS

TRAITEMENT DE LA SÉBORRHÉE

Et surtout de l'Alopécie Séborrhéique chez l'homme et chez la femme

PAR

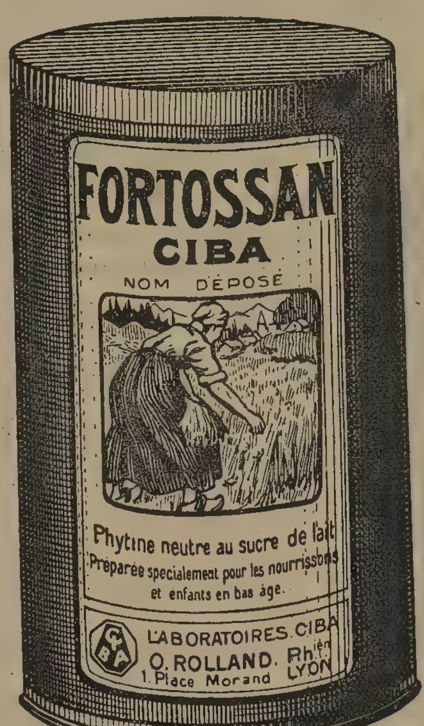
L'ACÉTOSULFOL HUERRE

(Acétone — Tétrachlorure de Carbone — Sulfure de Carbone — Soufre précipité)

ET PAR LES

Savon Vigier à l'Essence de Cadier — Savon Vigier à l'Essence d'Oxycèdre

ÉCHANTILLONS ET LITTÉRATURE SUR DEMANDE



Suraliment phosphoré intégral

pour Enfants en bas âge

SOUS SON INFLUENCE :

Les courbes de poids se relèvent ;
le squelette se raffermit ;
l'éruption des dents est activée ;
l'état général devient meilleur.

1/2 à 2 cuillères à café par jour.

◆ ◆ ◆

Littérature et échantillons :
LABORATOIRES CIBA, O. ROLLAND, 1, place Morand, LYON

173

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE DE L'ADULTE

Par GILBERT-DREYFUS et PIERRE BOURGEOIS,
Internes des hôpitaux de Paris.

Introduction. — Acquise ou héréditaire, l'infection syphilitique chez l'adulte est capable de réaliser à toutes les périodes de son évolution des manifestations articulaires « c'est-à-dire intéressant les extrémités osseuses, les cartillages, la synoviale, les ligaments » [Defontaine] (1).

Mais en raison de leur polymorphisme et de la difficulté que l'on éprouve souvent à en dépister l'étiologie, les arthropathies syphilitiques soupçonnées de longue date n'ont acquis que progressivement la place importante qu'on leur reconnaît aujourd'hui.

Signalées dès le XVe siècle par Pierre le Martyr, décrites pour la première fois par Alfred Richet, étudiées principalement en France dans les travaux de Lanceraux, Fournier, Voiffier, Mericamp, Lannelongue, Voisin, Defontaine, et Gangolphe entre 1860 et 1885, elles ont pu être précisées par les épreuves radiologiques, et affirmées par les examens de laboratoire. Mais malgré les observations récentes qui ont fait l'objet de thèses et de communications extrêmement nombreuses, leur classification reste délicate à établir de façon définitive.

Basée sur l'*anatomie pathologique* elle serait difficile à transporter sur le terrain de la clinique.

L'*âge évolutif* de la syphilis ne permet pas non plus d'établir des barrières bien nettes : entre les manifestations secondaires, superficielles et fugaces et les manifestations tertiaires qui témoignent d'une infection plus profonde tous les intermédiaires peuvent se rencontrer. De plus, chez l'adulte, la syphilis héréditaire donne des lésions en tous points identiques à celles de la syphilis acquise.

La distinction en *formes médicales* et *formes en apparence chirurgicales* quant aux diagnostics qu'elles soulèvent, tend à disparaître à mesure que s'affirme pour toutes, l'importance du traitement antisyphilitique.

Il paraît préférable de passer successivement en revue :

Les arthralgies.
Les synovites subaiguës.
Les hydarthroses.
Les périsynovites gommeuses.
Les ostéoarthrites syphilitiques.

Ce sont là les formes *classiques, évolutives, curables.*

A ces formes nous opposerons le vaste cadre des *rhumatismes chroniques* généralisés ou localisés, ankylosants ou déformants. Ici l'étiologie des lésions est établie avec moins de netteté, il est souvent difficile de leur trouver des caractères véritablement spécifiques qui permettent d'affirmer avec certitude leur origine syphilitique.

(1) Nous éliminons d'emblée du cadre de notre étude les arthropathies tabétiques.

I

LES FORMES ÉVOLUTIVES DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE DE L'ADULTE

1. **Les arthralgies.** — Les arthralgies sont des douleurs articulaires purement subjectives ne s'accompagnant d'aucune modification appréciable de l'article, apparaissant en un mot sine materia. Diversement décrites par les malades ce sont des sensations de broiement, de brisure locale, parfois de courbature (courbature syphilitique de Melchior Robert), de chaleur sourde ou de raideur articulaire. Toute la longueur du membre est endolorie, mais le maximum siège nettement à l'interligne.

Exceptionnellement mono-articulaires elles intéressent dans la règle plusieurs articulations en même temps. Les plus souvent touchées sont celles qui fonctionnent le plus : ce sont par ordre de fréquence :

Les épaules.
Les genoux.
Les poignets.
Les chevilles.

Plus rarement les hanches dont l'atteinte conditionne un certain degré de claudication douloureuse.

Les petites articulations restent le plus souvent indemnes, abstraction faite de celles des doigts.

Parfois la douleur se manifeste à des degrés différents au niveau des diverses jointures et l'on a pu invoquer comme facteur de prédisposition ou d'aggravation les traumatismes ou les affections antérieures (Morestin), la débilité articulaire.

La description qu'en a donnée Fournier est restée classique : « La nuit les membres sont lourds, engourdis, comme impotents. Il est impossible au patient de faire plier ses jointures. Le matin au lever il a une sensation de paralysie, puis la douleur s'atténue, les mouvements s'exécutent avec plus de liberté et tout disparaît au bout de quelques heures. »

C'est là, en effet un caractère essentiel et propre aux arthralgies syphilitiques, de se manifester de préférence la nuit, au repos, pendant la résolution musculaire. Le premier travail les exacerbe, puis elles s'atténuent au cours de la journée pour réapparaître au coucher.

L'*examen clinique* fournit peu de renseignements, il n'existe aucun gonflement, aucune modification de la coloration des téguments, aucune élévation thermique.

Les organes voisins, muscles, tendons, gaines synoviales sont indemnes. On pourra tenter de révéler l'arthralgie par la pression méthodique et comparée des divers points de l'articulation étendue et fléchie et par l'étude des mouvements provoqués : il n'existe pas de douleur précise osseuse ou synoviale.

L'examen radiologique lui-même reste négatif.

Au total, il s'agit (Milian) :

De *douleurs*,
Sans signes objectifs,
A exacerbation nocturne,
Et *dissipées par l'exercice* (Fournier).

Les analgésiques habituels (aspirine, salicylate), n'ont sur elles aucune action. Non traitées elles persistent des semaines, des mois parfois, entrecoupées de phases de rémissions passagères.

Elles peuvent laisser à leur suite des craquements articulaires. Peut-être même favorisent-elles l'éclosion au niveau des jointures atteintes de lésions plus tardives et plus profondes.

Si, au contraire, le diagnostic étiologique étant posé, on met en œuvre le traitement spécifique, on voit en quelques jours les arthralgies s'évanouir, comme par enchantement (Fournier).

Ces arthralgies constituent une manifestation *extrêmement fréquente* puisqu'elles atteignent environ 1/15 des malades en puissance de syphilis.

Elles surviennent tout particulièrement de façon précoce, au cours du secondarisme, mais elles s'observent aussi à toutes les autres phases évolutives.

Précédant ou accompagnant le chancre, les douleurs erratiques, disséminées, seraient surtout le fait des syphilis de longue incubation.

A la période secondaire elles devancent souvent la roséole, d'autres fois elles coïncident avec l'éclosion des accidents cutanéomuqueux et des signes de généralisation infectieuse. Elles constituent avec la céphalée et les myalgies la plus fréquente des manifestations douloureuses.

Quand elles surviennent au cours du traitement elles posent le problème diagnostique de la réaction d'Herxheimer à forme synoviale et des synovorécidives. Quant aux arthropathies toxiques vraies elles sont tout à fait exceptionnelles (Gougerot-Blum).

Plus rarement les arthralgies apparaissent tardivement (Voisin) surtout en cas de syphilis insuffisamment traitée, à Wassermann irréductible.

On les voit parfois évoluer en même temps qu'une roséole de retour, ou révéler une polynévrite au cours de réactions méningées.

Tertiaire une arthralgie peut annoncer une ostéoarthrite encore latente ou coexister avec des algies musculaires et nerveuses, des troubles trophiques : œdème péri-articulaire, sans symptômes inflammatoires. (M. P. Weil.)

Enfin certains hérédosyphilitiques (Fournier) présentent des phénomènes articulaires douloureux survenant par accès aigus, à intervalles irréguliers, qui en imposent pour des douleurs rhumatismales banales ou des douleurs de croissance chez un adolescent et dont l'étiologie est révélée par l'épreuve du traitement.

2. **Les synovites subaiguës**. — Appelées encore rhumatisme syphilitique (Voisin) ou mieux pseudorhumatisme syphilitique (Fournier) ce sont des arthrites subaiguës qui se caractérisent par un gonflement douloureux et légèrement inflammatoire de la synoviale. Il faut les distinguer des manifestations rhumatismales banales survenant chez un syphilitique, bien qu'il ne soit pas exceptionnel de relever celles-ci dans les antécédents du malade (Guinard et Després).

Poly-articulaire dans la règle, ce rhumatisme *subaigu* syphilitique reste cependant pauci-articulaire, ne frappant que deux ou trois articulations, les grosses de préférence et celles qui fatiguent le plus, ce sont essentiellement les genoux, les chevilles, les poignets, les épaules (Fouquet). Souvent les bourses séreuses de voisinage participent au processus; plus rarement les petites articulations : metacarpophalangiennes, sternoclaviculaires.

Cliniquement la *douleur* constitue le premier et le plus important des symptômes. Simple gêne au début elle augmente progressivement. C'est une douleur spontanée, sensation de plénitude articulaire, plus vive qu'une arthralgie simple, mais ne s'accompagnant jamais des élancements intenses du rhumatisme articulaire aigu. Fixe et continue elle est *surtout marquée la nuit* lorsque le malade est couché. Les *troubles fonctionnels qui l'accompagnent sont des plus réduits* et il est exceptionnel que les mouvements spontanés soient impossibles.

En même temps que la douleur s'installent le malaise, les courbatures, l'inappétence, parfois l'insomnie et la fièvre, mais la température reste peu élevée, subcontinue ou continue, elle n'oscille guère au-dessus de 38 ou 38°5 le soir.

Enfin apparaissent des signes physiques de fluxion articulaire.

A l'inspection on note une légère déformation, *gonflement* de la jointure et de la région environnante, mais la peau conserve à peu près sa coloration normale.

La palpation révèle la présence d'un *épanchement* peu considérable avec légère tension de l'articulation et parfois empâtement du tissu cellulaire qui la recouvre. Une légère élévation de la température locale peut être perceptible. La pression réveille la douleur au niveau des insertions ligamenteuses, des gaines tendineuses, des bourses séreuses et parfois des points de périostite. Mais, cette douleur n'empêche pas en général la recherche des mouvements provoqués : on peut mobiliser l'article sans qu'elle augmente de façon notable, on est même frappé de la facilité avec laquelle on peut faire cette exploration (Fouquet).

Une fois installé le rhumatisme subaigu syphilitique reste cantonné à ses localisations primitives, il n'a *pas de tendance à la migration*, sinon très exceptionnellement (Bonnet), et, fait capital, *ne s'accompagne jamais de lésions cardiaques.* Traité il peut guérir sans séquelles. Non traité il peut laisser à sa suite des *raideurs* et des *craquements.*

La faible intensité de la fièvre, l'exacerbation nocturne des douleurs, la fixité et la limitation des lésions, l'intégrité relative des mouvements, la rareté des sueurs étayeront le diagnostic.

Le *rhumatisme blennorragique* vient compliquer une uréthrite, son évolution est plus aiguë, il frappe certaines jointures avec prédilection, devient plus volontiers mono-articulaire. La *maladie de Bouillaud* est plus franchement poly-articulaire, plus mobile dans son évolution, s'accompagne de sueurs, lèse électivement le cœur. Enfin l'épreuve thérapeutique montre dans la majorité des cas l'action nulle du salicylate de soude dans les synovites syphilitiques.

C'est essentiellement au cours de la *phase secondaire* qu'évoluent les synovites syphilitiques subaiguës.

D'après les classiques on ne l'observe jamais à une période éloignée du début de l'infection, mais bien dès les premiers signes de généralisation, parfois même avant leur apparition.

Cependant on a signalé des synovites subaiguës tertiaires. Enfin et surtout on a signalé une *polyarthrite pseudo-rhumatismale au cours de l'hérédosyphilis tardive.* Gilbert, Benard et Fatou y ont insisté récemment. Elle a pour caractère d'évoluer par poussées successives et de frapper de nombreuses articulations, celles-ci peuvent être le siège de lésions de modalités différentes : phénomènes arthralgiques simples ou poussées fluxionnaires avec chaleur, rougeur et signes d'épanchement.

Enfin à l'*affinité pour les grosses articulations*

s'ajoute la *symétrie* de leur topographie et notamment la quasi-constance de l'atteinte des deux genoux. Après s'être installée sur le mode aigu ou subaigu le pseudo-rhumatisme *tend à passer à l'état chronique*. La ponction de l'épanchement retire un liquide puriforme riche en polynucléaires intacts.

En dépit du traitement spécifique qui amène une rapide amélioration des lésions on voit persister en général une légère limitation des mouvements pouvant aller jusqu'à l'ankylose partielle et des crépitations douloureuses ou non témoignant d'un certain degré d'arthrite sèche.

En somme il s'agit d'une forme intermédiaire, synovite subaiguë par sa symptomatologie initiale elle peut finir parfois par réaliser un véritable tableau de rhumatisme chronique poly-articulaire et polymorphe (Vagnon).

3. **Les hydarthroses**. — C'est un épanchement articulaire, sans phlegmasie, sans lésions osseuses appréciables, une *synovite chronique pure* (Defontaine). En un mot, dit Morestin, l'*épanchement constitue cliniquement toute la maladie*.

Premier symptôme articulaire dans la règle, on voit cependant une hydarthrose succéder à des arthralgies ou à d'autres manifestations rhumatismales. Mais il faut mettre à part les réactions synoviales accompagnant ou marquant une lésion osseuse, tout comme les réactions pleurales ou vaginales accompagnant une lésion du poumon ou du testicule. Nous n'envisageons ici que les hydarthroses pures, essentielles, du moins en apparence; leur entité pathogénique étant niée par les classiques.

Elles atteignent par ordre de fréquence :

Les genoux,
Les coudes,
Les articulations tibio-tarsiennes,
Les poignets.

En un mot les grosses jointures et souvent plusieurs en même temps : *deux articulations homologues* (les genoux par exemple) ou bien davantage.

Infiniment plus fréquentes que les synovites subaiguës ces hydarthroses passent parfois inaperçues du fait de leur latence. Elles s'*installent en effet avec une remarquable indolosité* et se développent selon un mode chroniquement progressif.

S'agit-il d'une hydarthrose du genou, la marche n'est pas entravée de façon appréciable, les douleurs vraies sont d'une extrême rareté, l'*indolence* est au contraire la règle, s'accompagnant tout au plus d'un léger degré de gêne fonctionnelle.

Dans l'ensemble tout se réduit à la présence de l'*épanchement*. Sous une peau lisse, d'aspect non inflammatoire, l'articulation apparaît globuleuse et distendue. Le palper révèle le gonflement des culs-de-sac, l'existence d'un choc rotulien. Souvent la pression d'un os est douloureuse, mais on ne constate ni empâtement péri-articulaire, ni hyperostose des épiphyses, ni épaississement de la capsule.

L'évolution est essentiellement *traînante*, elle se prolonge des mois, des années, émaillée d'alternatives d'aggravation et de diminution de l'épanchement.

Parfois son abondance devient considérable : en ce cas on perçoit nettement une masse volumineuse fluctuante, donnant une sensation de poche mollasse remplie d'eau et retentissant sur le fonctionnement de l'article.

D'autres fois la synovite semble s'assécher, mais il faut compter avec les *récidives* qui se reproduisent in situ ou occupent le genou du côté opposé (hydarthrose à bascule). C'est seulement au bout de cinq, dix, vingt ans et plus que l'hydarthrose finit par disparaître, tantôt sans laisser de traces, tantôt au contraire suivie d'arthrite sèche avec craquements et limitation des mouvements.

Mais l'évolution peut être entièrement modifiée par l'institution du traitement. Dans l'observation classique de Fouquet, le gonflement des poignets et la fatigue douloureuse des doigts ont diminué en quelques jours sous l'influence de l'iodure et du mercure.

Exceptionnellement très précoce, devançant le chancre, l'hydarthrose est essentiellement l'apanage de la syphilis secondaire, elle précède ou accompagne les accidents cutanés. Tertiaire elle est particulièrement torpide et importante à cause des conséquences thérapeutiques fâcheuses qu'une erreur de diagnostic serait susceptible d'entraîner (Weil). Une fois la *tuberculose* et la *gonococcie* éliminées il faut penser à la syphilis en présence de toute hydarthrose qui n'est ni nettement inflammatoire, ni nettement traumatique; encore faut-il connaître les formes secondaires à des traumatismes : les *hydarthroses syphilo-traumatiques* sur lesquelles a insisté Broca au cours de la syphilis acquise et surtout de l'hérédosyphilis.

Une place à part doit être faite à l'*hydarthrose double bilatérale des genoux au cours de l'hérédosyphilis*.

Elle a été décrite par Clutton en 1886 et se caractérise par un épanchement important, absolument insidieux et indolent, avec atrophie musculaire modérée et absence de lésions osseuses.

La claudication ne se manifeste que *tardivement* lorsque l'épanchement est devenu considérable. Un traitement énergique et prolongé permet d'en espérer la guérison.

Il convient d'insister surtout sur sa coexistence fréquente avec la *kératite interstitielle*. L'association de l'arthropathie et de troubles oculaires est si fréquente que l'on a proposé de faire entrer l'hydarthrose dans la triade d'Hutchinson à la place de la surdité qui est rare (Jacqueau, Puech, Cantonnet, Dupuy de la Badonnière, Clément) ou de l'associer aux trois autres ordres de manifestations : c'est la tétrade de Merlier.

Dans quelques conditions qu'elle se produise l'hydarthrose essentielle reste radiologiquement muette et c'est à un autre procédé spécial : l'*examen cytologique* après ponction qu'il faut demander des renseignements complémentaires. Il est impossible à l'heure actuelle d'en établir la formule type. Blum et Fatou décrivent la purulence histologique et la polynucléose comme des caractères permanents de l'hydarthrose héréditaire. Ailleurs, Fouquet retire un liquide épais, ambré, très albumineux, riche en lymphocytes.

Les observations les plus contradictoires ont pu être publiées (Griffon et Deherain, de Grandmaison et Boidin, Dominici). Les hydarthroses secondaires semblent s'accompagner de polynucléose au début, de lymphocytose par la suite (Pillon). Il est logique de supposer que la formule leucocytaire du liquide de ponction dépend plus du stade évolutif de l'hydarthrose que de l'agent causal.

L'*étude de la réaction de Bordet-Wassermann* pratiquée dans le liquide de ponction montre sou-

vent la forte positivité de cette réaction indépendamment de celle du sérum sanguin.

Enfin la *recherche du tréponème dans le liquide de ponction* a pu être pratiquée avec succès par Levaditi et par Chesney, Kemp et Risnik : c'est une recherche délicate qui n'est pas entrée encore dans la pratique courante.

4. **Les périsynovites gommeuses.** — Décrites par Lanceraux elles sont caractérisées par la présence de *dépôts ou de foyers gommeux dans le tissu cellulaire périsynovial* et s'accompagnant d'un épanchement articulaire.

Classée par Pillon, malgré les considérations de Gangolphe comme une *forme synoviale pure* des arthropathies gommeuses, elle est une manifestation assez rare, mono-articulaire dans la règle et intéressant presque essentiellement le *genou*, très accidentellement le coude. Le début se fait de façon *lente, insidieuse*, l'affection n'est pas douloureuse et passe longtemps inaperçue. C'est pour des signes fonctionnels très estompés, pesanteur, gêne de la marche liée à l'augmentation de volume du genou que le malade est amené à consulter.

L'examen révèle une articulation globuleuse sans saillie ni méplats qui, sous une peau blafarde, avec réseau veineux des plus nets, semble épaissie et infiltrée. On a l'impression d'un épanchement abondant pouvant aller quelquefois à plusieurs litres et paraissant distendre la synoviale.

Celle-ci est irrégulière, souple sur la plus grande partie de sa surface elle est en certains points doublée ou même triplée d'épaisseur; on y palpe des noyaux, petites tumeurs élastiques et cartilagineuses parfois mollasses, variables dans leur nombre et dans leur forme, ovoïdes, aplatis ou cubiques à arêtes mousses, analogues en tous points aux *plaques de blindage* du sarcocèle syphilitique. Ces noyaux occupent avec prédilection le cul-de-sac supérieur. On en perçoit aussi dans le cul-de-sac sous-rotulien et de chaque côté du ligament rotulien, parfois même à distance de la synoviale. Par leur extrême mobilité certains d'entre eux peuvent simuler des corps étrangers articulaires. Il n'existe pas d'attitude vicieuse, pas d'altération des extrémités osseuses, ni des téguments, nulle part on n'a l'impression de fongosités. L'indolence est absolue, la liberté des mouvements entière.

Quand l'affection a été prise à temps on voit sous l'influence du traitement l'épanchement se résorber rapidement et la guérison complète survenir. Si au contraire on abandonne à elle-même cette arthropathie, elle évolue d'abord de façon intermittente, puis s'installe définitivement. On voit quelquefois des gommes se ramollir, fluctuer et s'ouvrir dans la cavité articulaire. Enfin à la longue l'atrophie musculaire, les altérations cartilagineuses ou osseuses, peuvent apparaître et le pronostic est alors tout autre.

Quant au diagnostic il repose sur la présence de plaques de blindage et sur l'absence de douleurs. Mais l'arthrite tuberculeuse peut donner, elle aussi — bien que peu fréquemment — des gommes périsynoviales réalisant le même aspect clinique.

5. **Les ostéo-arthrites syphilitiques.** — I. L'ostéochondro-arthropathie est une ostéite épiphysaire associée à des lésions cartilagineuses sans que les autres éléments anatomiques de l'articulation soient primitivement atteints.

Trois fois sur cinq elle siège au *genou*; mais, favorisée dans son éclosion par les manifestations articulaires antérieures, elle peut dans un nombre restreint de cas frapper le coude ou la sternoclaviculaire, dans un nombre infime de cas l'articulation scapulohumérale (Bénazet), la hanche, la tibiotarsienne.

C'est de façon lente, insidieuse et progressive que s'installe la PREMIÈRE PHASE de l'affection : phase d'*ostéite* et de *douleurs*. Celles-ci sont du type ostéocope. Marquées surtout la nuit elles peuvent être vives, sourdes ou lancinantes, ordinairement elles restent légères et cessent brusquement, de façon plus ou moins complète « dès que le jour commence à poindre » (Richet). Elles ne sont nullement exagérées par la marche qui se fait dans des conditions normales. Un examen physique pratiqué à cette période permet de réveiller la douleur par la pression de certains points nettement limités : condyles du fémur ou plateau tibial.

La SECONDE PHASE évolutive est caractérisée par l'*hyperostose épiphysaire*. Les épiphyses sont souvent augmentées suivant toutes leurs dimensions, au point de présenter parfois un volume deux ou trois fois supérieur à la normale. C'est une hyperostose massive présentant rarement des points d'épaississement maximum, donnant la sensation d'une masse dure, lisse, unie, uniformément sensible à la pression. Cette masse remonte parfois un peu le long de la diaphyse et va en s'atténuant ou cesse brusquement. Cette hyperostose constitue à elle seule toute la tuméfaction à cette phase, la synoviale et les tissus péri-articulaires sont indemnes. Au genou la rotule s'élargit et s'arrondit, augmente selon tous ses diamètres.

La *radiographie* confirme la clinique, elle met sous les yeux les *exubérances* tibiales, les *ostéophytes* possibles. Classiquement les lésions sont du type *hypertrophique* et s'opposent à la raréfaction osseuse que l'on trouve dans la tuberculose. Mais souvent, d'après Pillon il existe une raréfaction centrale doublée d'hyperostose périphérique; parfois enfin tout se réduit à quelques irrégularités du périoste.

Par ailleurs il n'existe aucune adénopathie ; l'état général est parfaitement conservé ; quant aux troubles du fonctionnement de l'article ils restent minimes : l'amplitude est à peine diminuée, il n'y a pas de mouvements anormaux.

Tout peut en rester là. D'autres fois s'installe un *épanchement* : c'est la TROISIÈME PHASE de l'affection : phase de synovite secondaire avec augmentation de volume de l'articulation. Cet épanchement peut se constituer à bas bruit ou tout à coup. Dans ce cas les douleurs qui avaient tendance à retrocéder se réveillent tout à coup.

Le genou est devenu globuleux, les téguments restent normaux, le réseau veineux cutané peu marqué ou nul, mais les méplats s'effacent. Le choc rotulien est net. Les culs-de-sac synoviaux distendus par l'hydarthrose donnent la sensation de rénitence ou de fluctuation, cependant, à travers la couche de liquide on sent toujours l'hyperostose. Le plus souvent la synoviale est intacte. Jamais il n'existe de fongosités. Les masses musculaires sus et sous-jacentes, légèrement atrophiées, font paraître l'article plus volumineux encore, comme au cours des *tumeurs blanches*.

La *ponction* en ramènerait un liquide clair ou épais, visqueux, parfois purulent.

Les *douleurs* à cette période sont extrêmement variables dans leur intensité, tantôt estompées, tantôt au contraire vives au point de troubler le sommeil du malade et de retentir sur son état général. Mais elles restent toujours spontanées, à maximum nocturne. L'exercice ne les modifie pas. Les mouvements, la marche sont gênés par l'obstacle mécanique, mais moins qu'on ne pourrait s'y attendre, dans l'ensemble ils sont remarquablement conservés; à peine note-t-on quelques craquements, *mais jamais d'attitude vicieuse très marquée, ni de contracture musculaire.* A la longue cependant peut s'installer une légère déviation de l'axe du membre. Finalement l'évolution se fait, dans les cas heureux vers la guérison spontanée ou thérapeutique, le traitement arrête rapidement les progrès des lésions, puis amène une régression lente et progressive pouvant aller jusqu'à la résolution complète. D'autres fois au contraire on constate la persistance et l'aggravation des phénomènes articulaires. Des complications sont alors possibles : les fractures spontanées sont rares, plusieurs articles peuvent être pris successivement, enfin et surtout la synoviale peut participer au processus gommeux, réalisant une forme *mixte* : *ostéosynoviale* dont l'aspect clinique est bien différent.

Mais en ce qui conserve ces formes d'ostéochondro, arthropathies pures (typiques, Pillon) le *diagnostic* reste en général assez facile à faire avec la tumeur blanche. Il est classique de signaler les éléments différentiels :

Dans la syphilis gonflement osseux dur par hypertrophie des régions épiphysaires, parfois fluctuation vraie, atrophie musculaire modérée, adénopathie exceptionnelle, absence de contracture et d'attitude vicieuse, douleurs surtout nocturnes, gêne fonctionnelle minime, absence de fièvre et de signes d'imprégnation bacillaire.

Dans la tuberculose au contraire le gonflement est mollasse, inégal avec fongosités caractéristiques, les épiphyses semblent d'un volume normal; elles sont peu déformées, l'atrophie musculaire est plus marquée, le réseau veineux superficiel est net, les ganglions engorgés, l'exploration de l'article est rendue difficile par la contracture musculaire qui limite les mouvements de l'articulation et la fixe en attitude vicieuse, les douleurs apparaissent à la marche, s'atténuent au repos, le malade présente souvent des troubles de l'état général et des poussées thermiques.

II. Les **ostéochondrosynovites** résultent de la participation simultanée ou successive des os, du cartilage, de la *synoviale* et du tissu péri-articulaire au processus gommeux, elles réalisent cliniquement des aspects *atypiques simulant de beaucoup plus près les manifestations tuberculeuses* : ce sont elles d'ailleurs que A. Richet avait surtout en vue dans son *Mémoire sur les tumeurs blanches.*

On peut observer ici l'*infiltration* œdémateuse, blanchâtre de la peau, avec développement marqué de la circulation veineuse superficielle. L'articulation, volumineuse, est le siège d'un *empâtement diffus* reconnu par la palpation. Puis peu à peu les muscles s'atrophient, les mouvements se limitent. Un degré de plus, l'attitude vicieuse s'installe.

En même temps les *gommes évoluent* dans le tissu péri-articulaire, donnant des sensations floues qui marquent les reliefs osseux. Elles peuvent s'*ouvrir dans l'articulation* en créant un épanchement séro-purulent. D'autres fois l'*ouverture se fait à l'extérieur*; la peau rougit, la fluctuation devient superficielle, une ulcération se produit par où s'écoule un liquide sirupeux, louche, floconneux (Richet), ou même purulent.

Il faut craindre alors l'installation d'une *fistule*, les phénomènes d'infection secondaire, l'élimination interminable des *séquestres*. La fièvre, l'amaigrissement, l'anémie ont pu faire leur apparition et contribuer à égarer le diagnostic.

Celui-ci cependant est d'une importance capitale car, si le traitement spécifique n'a pas été institué à temps, on observe souvent la guérison anatomique des lésions par sclérose, le pronostic fonctionnel est lamentable : l'article est définitivement ankylosé.

En faveur de la syphilis plaident l'*indolence* relative, l'*absence de ganglions*, l'inefficacité thérapeutique de l'immobilisation enfin, dans les cas où il est perceptible, l'*épaississement épiphysaire*, exceptionnel au cours de la tuberculose (Vagnon).

Mais ces symptômes restent d'une interprétation délicate. Le *laboratoire* peut être encore d'un précieux secours (étude du liquide de ponction. Recherche du spirochète. Positivité de la réaction de Wassermann. Résultat négatif de l'inoculation au cobaye). Dans un certain nombre de cas, seule l'épreuve de traitement permet de préciser le diagnostic.

III. De nombreuses autres formes cliniques ont pu être décrites.

Laissant de côté la classification de Defontaine qui oppose aux ostéo-arthropathies hyperostosiques les ostéo-arthrites gommeuses et les ostéo-arthrites périostiques, nous ne ferons que signaler les FORMES MIXTES, tumeurs blanches hybrides, syphilo-tuberculeuses, dans lesquelles il y a terrain à la fois syphilitique et tuberculeux sans que l'on puisse affirmer localement l'association de ces deux ordres de lésions.

Enfin, d'après le siège des lésions il faut signaler les formes *avec fracture spontanée* et pseudarthrose consécutive, au cours des arthrites sternoclaviculaires.

Toutes ces manifestations gommeuses sont des accidents tardifs : elles peuvent se voir au cours de la syphilis tertiaire de huit à vingt ans en moyenne après le chancre et au cours de l'hérédosyphilis avec peut-être une moins grande fréquence et une date d'apparition extrêmement variable.

IV. Nous signalerons enfin les rares cas qui ont été décrits d'*arthrites aiguës suppurées* d'origine syphilitique.

Longtemps niées, rarement observées, elles ne furent admises qu'après les travaux ds Gaucher qui montra l'action pyogène du spirochète.

Dans les formes les plus nettes le début se fait par un ensemble de signes généraux et fonctionnels intenses, accompagnés de signes locaux d'évolution inflammatoire.

En l'absence de diagnostic précis on peut être amené à intervenir et on incise une synoviale fongeuse, pleine de pus. Sous l'action du traitement spécifique on voit au contraire l'épanchement se résorber, on évite ainsi les complications parfois mortelles et le passage à la chronicité.

De telles arthropathies seraient le fait d'une infection tardive et particulièrement de la syphilis héréditaire. *(A suivre.)*

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 MARS 1925)

Hémoclasie digestive et variations provoquées du tonus neuro-végétatif. — MM. F. WIDAL, P. ABRAMI, DIACONESCU et GRUBER apportent de nouveaux faits qui s'ajoutent à ceux rapportés dans leur précédente note (1) pour établir qu'il ne saurait y avoir de corrélation obligée entre l'état du tonus neuro-végétatif, d'une part, et les résultats de l'épreuve de l'hémoclasie digestive, d'autre part.

Nouvelle démonstration de l'égalité des chronaxies entre le muscle strié et son nerf moteur. — M. et Mme L. LAPICQUE.

Démonstration de l'efficacité de la quinisation quotidienne à petites doses comme réducteur du réservoir de virus dans le paludisme des indigènes. — MM. H. FOLEY et M. BOUARD.

(SÉANCE DU 6 AVRIL 1925)

Nouvelles recherches sur la pathogénie de la colibacillurie. Action d'un sérum thérapeutique anticolibacillaire. — M. H. VINCENT, continuant ses belles recherches, apporte le résultat d'expériences qui confirment ses conclusions précédentes sur le mécanisme de la persistance de la colibacillurie.

Il montre que l'injection sous-cutanée d'un sérum spécifique peut amener la guérison d'une pyélo-néphrite suppurée à colibacilles. C'est la première fois qu'un tel résultat est obtenu.

Peut-être, ajoute-t-il, l'introduction directe, dans le bassinet, d'un mélange de sérum anticolibacillaire et de sérum frais (alexique) du malade atteint de pyélonéphrite, aurait-elle un effet complémentaire favorable associée à la pratique de l'injection sous-cutanée du même sérum spécifique.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1925)

Conclusions de la Commission de vivisection. — En réponse à une lettre de M. Desveaux, conseiller municipal, la Commission répète ce qu'elle a déjà dit par l'organe de son rapporteur M. BALTHAZARD, à savoir que le meilleur surveillant des expériences de vivisection est le chef du laboratoire dans lequel ont lieu les expériences parce qu'il est compétent, parce qu'il est toujours présent, et qu'il a l'autorité nécessaire pour veiller à ce que les animaux soient traités sans cruauté.

Quant aux officines clandestines dont parle M. Desvaux, la Commission ne les connaît pas et elle estime que c'est à M. le Préfet de police de les rechercher.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Sérums thérapeutiques. — M. CARNOT donne lecture d'un rapport sur des sérums thérapeutiques.

Une épidémie de nature indéterminée. — MM. LECLERCQ, LEROY et VAILLANT ont observé récemment, dans une région dévastée du Pas-de-Calais, un petit foyer épidémique d'une nature indéterminée. Il s'agissait d'une maladie contagieuse évoluant dans une population ouvrière vivant en pleine campagne, isolée de toute agglomération. Elle était caractérisée par des étourdissements et une teinte violacée du visage, puis par des éruptions cutanées en forme de « carte géographique ». La maladie évoluait par crises courtes. Il fut impossible d'en préciser la nature. Peut-être s'agissait-il d'une forme anormale de grippe ou d'encéphalite épidémique. Les auteurs n'ont pu se prononcer mais ont jugé utile, en tous cas, de la signaler.

L'injection intratissulaire de l'eau minérale d'Uriage. — M. LARAT.

Valeur du B. 205 dans le traitement de la maladie du sommeil au Cameroun. — MM. L. TANON et E. JAMOT. Au cours d'une mission au Cameroun, les auteurs ont essayé le B. 205 contre la maladie du sommeil, dans le secteur du Haut Nyong qui compte parmi l'un des plus infectés de l'A. E. F. Ils ont fait des observations comparatives avec d'autres médicaments et ont injecté le 205 à trente-neuf malades.

Tout en reconnaissant à ce corps une valeur trypanosomicide au moins égale à celle des autres produits actuellement employés contre la maladie du sommeil, Tanon et Jamot considèrent qu'il n'est pas si inoffensif qu'on l'a dit, car il est toxique pour les cellules de l'épithélium rénal. L'albuminurie qu'il détermine et qui disparaît le plus souvent spontanément peut entraîner de l'urémie et provoquer la mort. C'est ce qu'ils ont constaté dans trois cas où les signes cliniques et les lésions anatomo-pathologiques étaient absolument superposables. Ils ont vu de plus un cas de dermatite exfoliatrice aiguë semblable à celle que déterminent les arsenicaux organiques.

Et même quand cette albuminurie que les Allemands considèrent comme bénigne et transitoire disparaît, il ne faut pas conclure que le rein n'ait pas été lésé, et il faut au contraire réserver le pronostic car il n'est pas prouvé que ces lésions légères ne puissent pas préparer lentement une néphrite chronique ultérieure.

Le 205 doit donc être employé avec prudence.

C'est un bon trypanosomicide, mais il n'est pour le moment pas supérieur, au moins en ce qui concerne le trypanosoma gambiense, aux autres médicaments qu'on emploie actuellement, comme l'atoxyl. Pour les auteurs, d'ailleurs, la valeur d'un produit en cette matière se jugera sur ce critérium que seul un corps qui fera disparaître la lésion méningée pourra être considéré comme un médicament curatif dans la maladie du sommeil.

— L'Académie ne tiendra pas de séance le mardi 21, mais elle se réunira le jeudi 23 avril, à 15 heures, pour recevoir les membres du Congrès franco-polonais.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1925)

M. ACHARD réclame une enquête sur la recrudescence de l'alcoolisme.

Kala-azar tunisien à évolution mortelle chez un adulte. — MM. A. LEMIERRE, Léon KINDBERG et Etienne BERNARD rapportent l'histoire d'une femme de vingt-six ans qui fut atteinte en mai 1924, à la Goulette (Tunisie), de leishmaniose splénique. A la fin de novembre 1924, la rate, énorme, était ptosée jusque dans le petit bassin, tordue sur son axe et menacée d'étranglement. Une splénectomie soulagea la malade et améliora quelques jours l'état général ; puis la fièvre reprit et malgré un traitement énergique par les injections intraveineuses de stibenyl la mort survint dans le neuvième mois de la maladie.

Le kala-azar méditerranéen est presque exclusivement une maladie des enfants et le nombre de cas relevés chez les adultes est encore très restreint. En ce point, la maladie présentée par cette femme se rapproche du kala-azar indien. Elle s'en rapproche égalment par sa gravité, car il s'est agi là d'une infestation massive de l'organisme. Les coupes de la rate y ont montré une quantité prodigieuse de parasites. Le foie, après la splénectomie, est apparu très augmenté de volume. L'échec du traitement par le stibenyl est un fait malheureux, mais il ne diminue en rien la valeur de ce médicament qui a fait ses preuves dans d'autres cas. Peut-être faut-il, pour expliquer cet échec, invoquer le début tardif du

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 25, p. 411.

traitement (sept mois et demi après le commencement de la maladie) qui a permis une multiplication excessive des parasites dans l'économie.

Les pleurésies sclérogènes du pneumothorax artificiel. — M. J. MORELLI (de Montévidéo). Il existe des cas de pleurésie au cours du pneumothorax artificiel, lesquels sont suivis d'une sclérose pulmonaire complète qui assure la guérison définitive, quoique la symphyse pleurale accompagnante ait obligé à interrompre le traitement. Morelli rapporte trois histoires, dont une particulièrement démonstrative, puisqu'étant survenu au cours du pneumothorax artificiel une fistulisation pleuro-pulmonaire, il se produisit une sclérose avec adhérence du poumon à la plèvre, avec guérison parfaite de la malade. Il est impossible, à l'heure actuelle, de pouvoir caractériser ces pleurésies hors que par leurs effets, ni de pouvoir les produire à volonté.

Un cas de coryza toxique. — M. RIST rapporte le cas d'une femme de trente-deux ans qui, atteinte de coryza, manipulait une poudre de commerce vendue contre l'ivrognerie. Le coryza d'origine toxique cessa quand la malade abandonna momentanément son travail. La poudre était un mélange diurétique et de saccharose.

Sur la persistance du pouvoir antitoxique dans le sérum des sujets vaccinés par l'anatoxine antidiphtérique. — MM. H. DARRÉ, G. LOISEAU et A. LAFAILLE, rapportant les observations de trois de leurs sujets immunisés par l'anatoxine, constatent que onze mois, un an et treize mois après la vaccination, le pouvoir antitoxique de leur sérum se maintient à des taux relativement élevés. Cette résistance à l'épreuve du temps du pouvoir antitoxique du sérum due à la seule action de l'anatoxine est une preuve de plus en faveur de sa haute valeur antigène.

Diagnostic du scorbut infantile. — M. COMBY, à propos d'un cas chez un enfant de quatorze mois chez lequel le diagnostic était resté errant, insiste sur la valeur de la pseudo-paraplégie douloureuse, les hémorragies gingivales et l'alimentation par lait condensé.

L'unicité du virus syphilitique. — MM. SÉZARY et MARGERIDON rapportent l'observation d'une tabétique n'ayant jamais présenté de lésion cutanée importante et dont la fille eut à onze ans une kératite interstitielle et à douze ans des gommes buccales qui provoquèrent la perforation du palais et la mutilation du voile. Le même virus s'est donc montré neurotrope chez la mère, dermotrope chez la fille.

Les auteurs voient dans ce cas un nouvel argument clinique en faveur de l'unicité du virus syphilitique. Ils font d'ailleurs remarquer que la question de l'unicité ou de la pluralité des tréponèmes ne peut pas être résolue par l'expérimentation sur le lapin, car on ne saurait conclure de la syphilis du lapin à celle de l'homme, mais seulement par des faits cliniques bien observés.

Deux cas de spirochétose à forme méningée. — MM. Jean TAPIE et L. BONHOURE.

RÉUNION OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE DE MONTPELLIER

(SÉANCE DU 4 FÉVRIER 1925)

Pyélonéphrite à bacilles paratyphiques B. au cours de la grossesse. — MM. GUÉRIN VALMULE et Jean RATHELOT (de Marseille).

Appendicite chez la femme enceinte. — M. TÉDENAT. Un peu trop oubliée dans les classiques de langue française, malgré les communications de Pinard (Acad. de Médecine 1898), de Vinay (*Lyon méd.* 1898), de Dieulafoy, de Rouilly, les Américains l'ont étudiée davantage. Maude (1893), Abrahans (1897) citent quatre cas personnels plus onze cas cueillis dans la littérature américaine. Ranwall réunit 250 cas dont plus de 100 opérés. L'appendicite au cours de la grossesse est grave : mortalité de 50 à 60 p. 100 chez les mères ; de 90 à 100 p. 100 chez les enfants. Heureusement, elle est rare 1 pour 10000 grossesses et presque toujours il y a eu des crises antérieures plus ou moins nettes.

Il faut opérer dès que le diagnostic est posé. C'est la formule clinique en Amérique ; elle est, je crois, acceptée à peu près partout. L'auteur s'y était attaché il y a quelques années à propos de neuf cas. Les observations qu'il rapporte montrent trois cas guéris, l'opération étant faite en état de refroidissement ; un cas guéri après incision et drainages multiples ; un cas suivi de mort par septicémie ; abcès et fusées purulentes au moment de l'opération.

Infection puerpérale prolongée à épisodes multiples. — M. DEVÈZE.

Trois cas de vomissements incoercibles de la grossesse. — M. VALOIS et COLL DE CARRERA.

Fibrome sphacélé dans les suites de couches. — MM. E. GAUJOUX et A. DELORD.

Hémorragies abondantes, hystéroctomie (chorio-épithéliome au début). — MM. DE ROUVILLE et MADON.

Un cas d'hémopéritoine chez le nouveau-né; lésions de sclérose du pancréas et des vaisseaux spléniques. — MM. Paul DELMAS et ROUME relatent l'observation d'un nouveau-né chez lequel existait dès la naissance un abondant épanchement sanguin intrapéritonéal sans que celui-ci puisse être expliqué par un traumatisme quelconque. L'examen histologique du pédicule de la rate et du pancréas a montré des lésions très importantes du tissu conjonctif qui proliférant avec activité avait envahi tous les acini. Les vaisseaux du pédicule de la rate étaient dilatés et leur paroi très épaissie.

L'étiologie de cet hémopéritoine est restée obscure mais les auteurs estiment qu'on est en droit d'incriminer la syphilis. La réaction de Wasserman chez la mère a donné un résultat très fortement positif.

Polype fibreux adhérent, hystéroctomie vaginale avec conservation du col réalisée accidentellement aux cours des manœuvres d'ablation. — MM. DE ROUVILLE et MADON.

Grossesse tubaire itérative. — MM. Paul DELMAS et ROUME.

NOTES DE PRATIQUE

TRAITEMENT DE L'ŒDÈME AIGU DU POUMON

DÉFINITION. — On appelle œdème aigu du poumon la transsudation du sérum sanguin à travers les vaisseaux pulmonaires et l'accumulation dans les alvéoles. On le rencontre au cours d'affections diverses, mais surtout chez les aortiques et les brightiques. L'évacuation trop complète ou trop rapide du liquide pleural peut, après la thoracenthèse, lui donner également naissance. Plus rarement, les infections, les intoxications en sont la cause.

SCHÉMA CLINIQUE. — Les symptômes sont les suivants. On observe une dyspnée très forte, de l'angoisse, de la toux continue et quinteuse, terminée par une expectoration extrêmement abondante, rose saumonée, très aérée, caractéristique. La percussion ne dénote rien ou une sonorité exagérée. A l'auscultation, on entend dans toute la hauteur du poumon, une pluie de râles sous-crépitants fins et nombreux et, par place, de l'obscurité respiratoire. L'auscultation du cœur est difficile ; on assiste parfois à une véritable asystolie aiguë.

L'œdème aigu peut évoluer très rapidement d'une façon foudroyante et être presque subitement mortel. C'est toujours un accident grave qu'il importe de traiter le plus vite possible.

TRAITEMENT DE L'ACCÈS. — Les indications sont au nombre de trois d'après Huchard :

1° *Lutter contre l'élément mécanique.* — L'accès étant le plus souvent subit, les médicaments toni-cardiaques ne pourront agir suffisamment rapidement pour soulager le cœur ; c'est à la saignée générale qu'on aura recours de préférence et l'on retirera par ce moyen 300 à 500 grammes de sang veineux au malade, ce qui diminuera sensiblement le travail du cœur. Si, pour une raison ou pour une autre, la saignée générale est

impossible, on fera des saignées locales par ventouses scarifiées, posées dans le dos ou sur les reins, surtout dans les cas d'œdème pulmonaire lié à la néphrite chronique. On pourra aussi poser des sangsues, couvrir le corps et les membres de ventouses sèches, faire de la révulsion précordiale par des compresses chaudes, etc. On fera en même temps des injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée, d'éther et on fera aussi absorber celui-ci par la bouche, sur du sucre, ou sous forme de sirop;

2° *Lutter contre l'élément toxique.* — La saignée générale agit aussi contre l'élément toxique en soustrayant une notable quantité des poisons renfermés dans le sang. On complétera son action par des lavements évacuateurs composés simplement d'eau bouillie et des lavements purgatifs, voire même par de grands lavages intestinaux. L'emploi des purgations est aussi recommandable. Il faut encore favoriser l'excrétion urinaire; pour cela on aura recours à la théobromine à la dose de 1 à 3 grammes, ou mieux au Diurène, à la dose de trois à six cuillerées à café dans la journée. Le régime lacté absolu est le seul qui convienne.

3° *Lutter contre l'élément nerveux.* — L'état parétique des bronches et du diaphragme sera combattu par l'emploi de la strychnine en injections sous-cutanées ou sous forme de noix vomique; on aura recours aussi à l'huile camphrée ou à l'éther, mais jamais à la morphine qui est formellement contre-indiquée.

Traitement prophylactique. — Chez les aortiques et chez les brightiques, on aura soin de traiter la maladie causale. On fera de plus chez les premiers de la révulsion sur la région précordiale et préaortique. Chez les seconds, on examinera fréquemment l'urine pour suivre l'élimination de l'albumine; on les mettra au régime lacté ou au régime déchloruré. On insistera sur les diurétiques et ici l'adonis vernalis, sous forme de diurène occupe encore la première place. On leur évitera tout refroidissement, cause fréquente d'œdème aigu. Au cours des maladies infectieuses, on fera le traitement usité pour chacune d'elles. En cas d'empoisonnement, on donnera un vomitif et on fera un lavage d'estomac. E. J.

LIVRES NOUVEAUX

Nouveau Traité de médecine (1), publié sous la direction de MM. les professeurs G.-H. Roger, Fernand Widal et P.-J. Teissier.

Deux nouveaux fascicules, c'est-à-dire deux splendides volumes de la belle collection éditée par MM. Masson et Cie, viennent de paraître.

Le *fascicule XIV* est consacré à l'*appareil digestif* (intestin). MM. F. Trémolières et L. Caussade ont écrit le chapitre : Pathologie de l'intestin; M. Nobécourt : Les affections gastro-intestinales des nourrissons; M. Ch. Joyeux : Vers intestinaux; M. Perroncito : Ankylostomiase; M. René Gaultier : Sémiologie des fèces; M. R. Bensaude : Pathologie du rectum et du côlon terminal.

Le *fascule XXII* est consacré aux *muscles, os et articulations*. M. J. Thiers a traité des affections des muscles; M. André Léri, des affections des os; M. Crouzon a écrit le chapitre des dystrophies osseuses congénitales; M. L. Spillmann, celui du rachitisme; MM. L. Spillmann et Bénech : Ostéomalacie; M. A. Souques : Achondroplasie; MM. Lesné et Langle : Pseudo-rhumatismes infectieux et toxiques; M. Marinesco : Rhumatisme chronique.

La simple énumération de ces éminents collaborateurs montre la haute valeur de ce beau Traité. L. G.

(1) In-8 relié. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

Anatomie des membres (1), par Ch. DUJARIER.

Voici la deuxième édition du très bel ouvrage de Dujarier. On sait que ce livre est le fruit de ses années de prosectorat à l'amphithéâtre d'anatomie de Clamart.

Rempli de conseils pratiques, illustré de 58 planches originales, édité avec un véritable luxe par M. Masson, ce manuel est toujours un merveilleux instrument de travail, apprécié par tous les médecins. Rappelons qu'on y trouve notamment la description de certaines régions faite plus minutieusement qu'il n'est d'habitude dans les anatomies topographiques.

Dujarier avait placé son livre sous l'égide de son maître Farabeuf. Par sa précision et la clarté de son exposition, il est bien digne de cet illustre patronage. F. L. S.

Les Colloïdes (2), par J. DUCLAUX, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur.

Dans cette nouvelle édition, l'auteur réunit toutes les données certaines de la science des colloïdes en un ensemble cohérent, il élimine tous les détails inutiles et surtout les doctrines périmées.

Le développement des travaux consacrés aux colloïdes a conduit M. Duclaux à remanier sur de nombreux points la première rédaction, l'étude des colloïdes ayant, sous l'influence de la théorie, beaucoup gagné en précision depuis quelques années. Les colloïdes sont maintenant étudiés à fond par les méthodes de la chimie colloïdale. Comme il a paru que les premières éditions avaient surtout intéressé les biologistes, un certain nombre de points secondaires ont été supprimés dans les chapitres de théories physico-chimiques. Ainsi allégés, ces chapitres ont pu être complétés par l'exposé de quelques résultats nouveaux, relatifs notamment à l'analyse de la structure des colloïdes par les rayons X. La partie relative à la constitution des gels et à la peptisation a été également développée; suppressions ou additions ne changent pas le caractère général de l'ouvrage. L. G.

Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée, publié sous la direction de MM. Émile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS, L. BABONNEIX.

I. *Médecine sociale*, t. XXXIII (3) :

C'est une innovation dans un traité de médecine et qui sera bien accueillie. Le mot est nouveau, la chose est ancienne. Son domaine est des plus étendus : c'est l'hygiène sociale, la législation, les diverses organisations économiques, politiques qui en dérivent.

M. Guinon a écrit l'introduction de l'ouvrage. « L'homme normal a besoin de la surveillance et de la protection de la société et du médecin jusqu'à sa mort. » Les chapitres sont ordonnés suivant cette direction. M. Couvelaire traite des problèmes relatifs à la protection de la maternité. MM. Guillon et Guilhaud s'occupent des enfants du premier âge. M. Genévrier était particulièrement compétent pour traiter de l'hygiène scolaire. La protection de l'adolescence a permis à M. l'abbé Lauras de parler des œuvres catholiques, au docteur Léon Zadoc-Kahn d'exposer les œuvres israélites, au pasteur Boegner de faire connaître ce qui concerne les œuvres protestantes. Signalons aussi la médecine sociale des travailleurs (Courtois-Suffit, et Bourgeois), les assurances ouvrières (Fauquez), l'organisation hospitalière et toutes les questions connexes bien exposées par MM. Fosseyeux, Louste, Mme Brunschwig.

II. *Diagnostics de laboratoire*, t. I, fasc. 1 (4) :

« Le laboratoire, écrit M. Letulle, représente un moyen « d'enquête ajouté à tant d'autres, mis en permanence à la « disposition des cliniciens et toujours prêt à fonctionner « pour le plus grand bien de leurs patients. » Ils doivent en connaître les principes les méthodes, les procédés que Pruvost expose d'une façon très claire, en faisant abstraction de toute théorie. Il étudie successivement les méthodes de diagnostics non spécifiques et spécifiques. Il termine par un tableau récapitulatif très clair destiné à guider les recherches faites au laboratoire et l'interprétation des résultats.

F. LÉVY.

(1) Deuxième édition. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Troisième édition mise à jour et augmentée. In-8 avec figures dans le texte. — Prix : 15 fr. — Paris 1925, Gauthier-Villars et Cie.
(3) Un volume in-8, de 773 pages, avec 10 figures. Prix : 45 fr. — (4) In-8°, 168 figures, 12 planches en couleurs. Prix : 60 fr. — Paris, A. Maloine.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LE TEMPS DE SERVICE ACTIF DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE

M. René Lafarge, député, demande à M. le ministre de la Guerre quel temps de service militaire actif reste à faire à un jeune homme de la classe 1920, étudiant en médecine (scolarité terminée), qui a accompli un an de service comme soldat infirmier, du 9 octobre 1920 au 9 octobre 1921, qui a ensuite été mis en sursis pour continuer ses études et qui est pourvu du certificat d'aptitude au grade de médecin auxiliaire, et rappelant que l'article 102 de la loi du 1er avril 1923 stipule que les sursitaires de la classe 1920 devenus officiers ou sous-officiers termineront en cette qualité un temps de service actif égal à celui accompli par leur classe d'âge, diminué de six mois.

Réponse. — L'intéressé a encore six mois de service à accomplir en application des dispositions de la loi du 22 décembre 1924. Il est ajouté que le fait de posséder le certificat d'aptitude au grade de médecin auxiliaire ne confère à celui qui en est détenteur aucune réduction de service. (*J. O.*, 8 avril 1925.)

COURS ET CONFÉRENCES

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques). — CHIRURGIE DES VOIES URINAIRES. — Le cours hors série d'opérations chirurgicales (Chirurgie des voies urinaires), en dix leçons, par M. le docteur Louis Michon, prosecteur, commencera le lundi 20 avril 1925, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. — Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— CONFÉRENCES DE BACTÉRIOLOGIE CLINIQUE AVEC TRAVAUX PRATIQUES. — Le cours de bactériologie clinique (avec travaux pratiques), en seize leçons, par M. le docteur Georges Faroy, médecin des hôpitaux, chef de laboratoire, assisté de M. Dubois-Roquebert, chef de laboratoire adjoint, commencera le lundi 20 avril 1925, à 2 heures, et continuera les lundi, mercredi et vendredi, à la même heure.

Ce cours est gratuit pour les internes et externes des hôpitaux. Le nombre des élèves admis comme auditeurs n'est pas limité. Trente élèves seront seuls admis aux manipulations.

Droit d'inscription : 200 francs.

INSTITUT DU RADIUM (Fondation Curie). — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 20 avril, à 9 heures du matin, au Dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve) et continuera, les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les « Premières notions de radiologie médicale indispensables à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie ».

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le docteur Solomon; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 27 avril, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.







N° 32. — MARDI 21 & JEUDI 23 AVRIL 1925. 98e ANNÉE. MARDI 21 & JEUDI 23 AVRIL 1925. — N° 32.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE... 40 fr. — UNION POSTALE...... 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — La séance solennelle d'inauguration a eu lieu lundi, à 10 heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, en présence de M. le Président de la République.

On sait que ce Congrès, qui est présidé par le médecin inspecteur général Vincent, membre de l'Institut et membre de l'Académie de médecine, a obtenu un succès sans précédent; 2.800 congressistes appartenant à 42 nations ont répondu à l'invitation qui leur était adressée.

C'est dire quel était l'aspect brillant du grand amphithéâtre rempli des uniformes les plus variés.

Autour du Président de la République avaient pris place MM. le sénateur Chauveau, Tuffier, Achard, Roger, Toubert. Sur l'estrade M. Ossola, sous-secrétaire d'Etat à la guerre présidait; à ses côtés étaient MM. le professeur Vincent, le maréchal Foch, le général Débeney, M. Justin Godart, les généraux Pau et Raguenau, M. Walther, l'amiral Salaün, MM. Willems et Henrijean et les chefs des délégations étrangères.

M. le professeur Vincent ouvre le Congrès en prononçant un discours très applaudi dans lequel il fait l'historique des Congrès de médecine militaire et il démontre la nécessité de ces réunions scientifiques. Il expose d'une façon magistrale le grand rôle joué par l'armée au point de vue de l'hygiène et est acclamé lorsqu'il indique le grand succès de la prophylaxie antityphoïdique.

Le général della Valle, chef du Service de santé italien et ancien président du Congrès de Rome, apporte ensuite le salut vibrant de notre sœur latine et de toutes les nations invitées.

M. Ossola, enfin, salue au nom du gouvernement les délégués étrangers et il déclare le Congrès ouvert.

Dès cette première séance on a eu l'impression d'un succès très net dont la France peut se réjouir à bon droit et dont il convient de féliciter les commissaires du Congrès, en particulier M. le médecin principal Uzac et le médecin-major Armand Vincent, du ministère de la Guerre, qui ont réalisé des prodiges d'organisation.

Après la séance inaugurale une délégation du Congrès s'est rendue à la tombe du Soldat inconnu, sous la conduite du général Gouraud, gouverneur de Paris, et du médecin inspecteur général Toubert, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre.

L'après-midi a été consacrée à l'inauguration du Salon du blessé, de l'Exposition industrielle du Val-de-Grâce et à une réception des délégations officielles par M. le Président de la République au Palais de l'Élysée.

Le soir, enfin, M. le médecin inspecteur général Vincent, président du Congrès, a offert aux congressistes, à la Sorbonne, une soirée artistique très brillante au cours de laquelle la Comédie-Française a donné une représentation des *Fourberies de Scapin*.

La *journée de mardi* a débuté par une séance de travail au Val-de-Grâce.

La première question, *La spécialisation technique comme base du fonctionnement du Service de santé*, a été exposée par les rapporteurs M. le professeur Jeanbrau (de Montpellier) et le médecin principal Spire, de l'Ecole de guerre.

A 11 heures, l'illustre savant sir Almroth E. Wright a fait une conférence sur les *Leçons de la Grande Guerre*.

L'après-midi a été consacrée à des démonstrations de matériel et à l'inauguration d'une plaque commémorative dans le cloître du Val-de-Grâce.

Enfin, une brillante réception à l'Hôtel de Ville et une splendide soirée de gala à l'Opéra ont clôturé cette journée très chargée.

INDICATIONS POUR LA FIN DE LA SEMAINE. — *Mercredi 22 avril.* — 9 h. 1/2, au Val-de-Grâce, séance de travail. Deuxième question : *Méthode de sélection du contingent.*

14 h. 1/2, visite à l'exposition, excursion à Versailles, départ Invalides, 14 h. 20.

Jeudi 23 avril. — 9 h. 1/2, séance de travail. Troisième question : *Etiologie et traitement des arthrites traumatiques et leurs séquelles.*

14 h. 1/2, visite de l'exposition.

Vendredi 24 avril. — 9 h. 1/2, séance de travail. Quatrième

question : *Méthode d'analyse du matériel de pansement et de suture.*

14 h. 30, gare du Nord, départ pour le camp du Bourget, démonstrations d'aviation sanitaire.

(S'inscrire au bureau de renseignements avant le jeudi midi.)

Samedi 25 avril. — 9 h. 1/2, visite à l'hôpital Percy, à Clamart, avenue du Bois de Boulogne.

Gare des Invalides, descendre à Issy. Une plaque commémorative de la création de l'hôpital sera inaugurée en présence de M. Justin Godard, ancien sous-secrétaire d'Etat du Service de santé.

A 14 h. 1/2, une séance de clôture aura lieu au Val-de-Grâce.

A 20 heures, grand banquet d'adieu à Luna Park.

Les congressistes sont priés de s'inscrire le plus tôt possible au bureau de renseignements du Val-de-Grâce pour les différentes réceptions ou excursions et pour le banquet final. Il n'y a que 1.850 places pour le banquet de Luna Park. Il faut donc se hâter.

Le Congrès sera suivi de voyages facultatifs à Arcachon, Biarritz, Vichy, Aix-les-Bains et Nice. Les places sont limitées.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Ombrédanne, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédie (fondation de la Ville de Paris), en remplacement de M. Auguste Broca, décédé.

M. Roussy, agrégé libre, chef de travaux à la Faculté de médecine, est nommé professeur d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Letulle, admis à la retraite. (*J. O.*, 16 avril 1925.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. le docteur V. Guillon est nommé chef des travaux de physiologie.

M. Pote, étudiant en pharmacie, est nommé préparateur de bactériologie et d'hygiène.

GUERRE. — ARMÉE ACTIVE. — M. le médecin-major de 2e classe Mouchet, du gouvernement militaire de Paris, est mis « hors cadres », à la disposition du ministre des affaires étrangères, à compter du 2 avril 1925.

MINISTÈRE DE L'AGRICULTURE. — M. le docteur Jean Durand, sénateur, est nommé ministre de l'Agriculture.

MÉDAILLE D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — La *médaille d'or* des épidémies est accordée, à titre posthume, à M. le docteur Bascoul (René), médecin à Alger, décédé des suites d'une maladie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

CONGRÈS DE L'UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'ÉTUDIANTS. — Ce Congrès réuni à Lille a émis un certain nombre de vœux :

Que des facilités de transports soient consenties aux étudiants habitant à une distance minimum (à fixer) du lieu où ils font leurs études ;

Que les crédits accordés aux prêts d'honneur soient élevés et que le taux actuel des droits universitaires soit maintenu ;

Que les maisons d'étudiants ne réalisant aucun profit de gestion, soient exonérées des impôts ;

Que le taux des bourses soit mis en harmonie avec le coût de la vie ;

Que la loi garantisse au corps médical la réparation pécuniaire des invalidités survenues pendant l'exercice des services hospitaliers ;

Que les autorités compétentes facilitent les voyages d'études en France et à l'étranger.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR GUIDO BANTI. — L'Université de Florence ouvre une souscription pour élever un monument à la mémoire du professeur Guido Banti, l'illustre clinicien et anatomo-pathologiste.

Les souscriptions peuvent être adressées au recteur de l'Université de Florence, M. le professeur G. Chiarugi.

CONFÉRENCE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE. — La Ligue nationale française contre le péril vénérien réunira à Paris, au début d'octobre 1925, une conférence sur les questions suivantes :

1° « La syphilis héréditaire larvée. » Rapporteurs : MM. E. Leredde, Lesné, Devraigne et Carle.

2° « Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson et au cours de la première enfance. » Rapporteurs : MM. Marcel Pinard, H. Lemaire et Péhu.

3° « Traitement préventif de l'hérédo-syphilis. » Rapporteurs : MM. Milian, Lévy-Solal, Spillman et Petges.

Le taux de la cotisation à la conférence est fixé à 40 francs. Toute la correspondance doit être adressée au secrétariat de la Ligue nationale, 7, rue Mignon, Paris (VIe).

VERSEMENTS DES ÉTUDIANTS AU PROFIT DU SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — *Sixième et septième listes.* — MM. Bisset, 2 fr.; Leveille, 2 fr.; Santos, 3 fr.; Strouzer, 2 fr.; Laine, 5 fr.; Faivre, 10 fr.; Maire, 5 fr.; Durien, 5 fr.; Langlois, 2 fr.; Richard, 3 fr.; Anonyme, 0 fr. 75; Cannann, 10 fr.; Carbome, 3 fr.; Judet, 1 fr. 30; Lemonier, 2 fr.; Victor, 2 fr., Filloux, 2 fr.; Anonyme, 5 fr.; Payen, 2 fr.; Falguière, 2 fr.; Marlouf, 4 fr. 25, Patchedji, 5 fr.; Gastaud, 10 fr., Clavin, 2 fr. 50; Lemoine, 5 fr.; Bouher, 2 fr.; Pora, 5 fr.; Foucault, 5 fr.; Amat, 5 fr., Granger, 5 fr.; Kaufmann, 2 fr.; Lubin, 5 fr.; Jacobi, 10 fr.; Livin, 10 fr.; Gallot, 2 fr.; Mlles Hahn, 5 fr.; Fouard, 20 fr.; MM. Delaude, 10 fr.; Chevassu, 2 fr.; Collard, 5 fr.; Mlle Maire, 5 fr.; MM. Kindinys, 1 fr.; Ducœurjoli, 3 fr.; Romeray, 5 fr.; Filiechieff, 5 fr.

Huitième et neuvième listes. — Mlle Saint-Sene, 5 fr.; MM. Pissard, 10 fr.; Pitou, 5 fr.; Simon, 3 fr.; Zaouche, 5 fr.; Vasse, 5 fr.; Vilmote, 10 fr.; Brisset, 2 fr.; Mlle Gasset, 1 fr. 50; M. Velti, 5 fr.; Anonymes, 4 fr.; M. Cerneen, 2 fr.; Mlle Vallet, 5 fr.; MM. Branstein, 2 fr.; Girou, 5 fr.; Feuillasse, 2 fr.; Tardif, 3 fr.; Beirant, 5 fr.; Dijon, 5 fr.; Farmasse, 2 fr.; Vessimi, 5 fr.; Cotin, 2 fr.; Chinsky, 2 fr.; Cotu, 10 fr.; Freysse, 10 fr.; Frenet, 5 fr.; Pemyere, 5 fr.; Quilichini, 5 fr.; Mlle Levy, 5 fr.; MM. Poulsford, 3 fr.; docteur Lemein, 5 fr.; Mlle Caze, 5 fr.; MM. Remineris, 10 fr.; Prost, 5 fr.; docteur Wartarin, 5 fr.; Blarig, 10 fr.; Testu, 5 fr.; Parent, 2 fr. 50, Anonyme, 2 fr.; MM. Siflet, 5 fr.; Richimbaut, 3 fr.; Frahier, 5 fr.; Delmont, 5 fr.; Schnierer, 1 fr.; Schliesberg, 2 fr.; Mlles Aronovitch, 5 fr.; Polschniades, 2 fr., Anonyme, 1 fr.; MM. Advener, 2 fr.; Jussanne, 2 fr.; Marx, 3 fr.; Anonyme, 10 fr.; MM. De Beuzy, 2 fr.; Buichon, 1 fr.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Aubert, médecin en chef de la marine; Robert Coulomb, médecin oculariste à Paris; Fredault (de Paris) et Elie Magnan (de Luc-en-Diois).

NOTES DE PRATIQUE

DYSPEPSIE NEURASTHÉNIQUE

1° Prendre v à x gouttes de Vanadarsine, dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas.

2° Une demi-heure après les repas, prendre, dans un demi-verre d'eau, une cuillerée à dessert de la poudre suivante :

Craie préparée	} *ââ* 15 gr.
Magnésie calcinée	}
Bicarbonate de soude	20 gr.

3° En cas de douleurs, gouttes de Gallard (11 gouttes sur un morceau de sucre) ou eau chloroformée saturée (une cuillerée avec deux cuillerées d'eau).

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

LA RADIOLOGIE EN 1924

PAR

Louis DELHERM et P. THOYER-ROZAT,

CHEF — CHEF ADJOINT

DU LABORATOIRE D'ÉLECTRO-RADIOLOGIE DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ

RADIODIAGNOSTIC

I. OS. ARTICULATIONS

Le spina bifida occulta. (MUTEL [de Nancy]. Rapport au *VIe Congrès annuel de la Soc. franç. d'orthopédie.*) — L'étude anatomique et radiographique de nombreux sujets conduit à distinguer trois variétés de spina bifida occulta.

L'*hiatus simple* qui n'est nullement pathologique et correspond à un état tout à fait normal chez les sujets jeunes, ou à un simple retard de développement; il s'observe surtout aux extrémités du rachis (Ires cervicales, Ve lombaire et surtout sacrum).

La *fissure* qui correspond à une malformation osseuse plus ou moins étendue mais n'entraînant aucune lésion médullaire et par conséquent pas de troubles fonctionnels.

Le *rachischisis* dû à un spina bifida occulta véritable; ici il s'agit avant tout d'une malformation médullaire, l'anomalie osseuse n'existant qu'à titre d'épiphénomène; ces lésions médullaires ont alors généralement une symptomatologie qui leur est propre. On ne doit donc en réalité donner le nom de spina bifida occulta qu'à cette dernière variété.

Pour poser le diagnostic de spina bifida occulta il ne suffit donc pas de s'en rapporter à l'examen radiographique seul qui met fréquemment en évidence des hiatus ou des fissures chez des sujets indemnes de toute malformation médullaire.

Cependant de nombreux auteurs ont constaté des affections très diverses (scolioses, luxations congénitales, pieds bots, pieds creux, maux perforants, lombalgie, sacralgie, etc., coïncidant avec la présence d'un simple hiatus, et il paraît difficile d'établir un rapport précis de celui-ci à celles-là.

Cf. — La vraie et la fausse spina bifida. (Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL [Tours]. *Progrès méd.*, 5 avril 1924.)

La Fracture isolée de la cupule du radius. (AUVYNET. *Th. de Paris*, 1924; Jouve, édit.) — Fréquemment méconnue par l'examen clinique seul, cette fracture, grave parce qu'intra-articulaire, est bien mise en évidence par l'examen radiographique, toujours indispensable par conséquent dans les traumatismes du coude.

On peut en observer différentes variétés :

Simples fissures ou fêlures descendant plus ou moins bas vers la diaphyse, mais sans que le fragment soit détaché du corps de l'os.

Fractures complètes, mais sans déplacement, n'intéressant généralement qu'un segment du rebord de la cupule.

Fractures n'intéressant encore qu'un segment du rebord de la cupule mais s'accompagnant d'un déplacement plus ou moins considérable du fragment qui se porte généralement en haut et en avant.

Fractures non plus partielles mais totales de la cupule radiale, le plus souvent par décapitation de la cupule par un trait de fracture horizontal; quelquefois aussi il y a fracture totale par écrasement de la cupule.

Une complication assez fréquente de cette fracture est l'ostéome développé sur le fragment libre et pour lequel le traitement par les rayons X donne généralement d'excellents résultats.

Cf. — A propos des fractures de la cupule radiale. (LAQUERRIÈRE et LOUBIER *Journ. de radiol.*, août 1924.)

Les fractures isolées de la cupule radiale. (DELHERM, LAQUERRIÈRE et LOUBIER. *Arch. d'électr. méd.*, avril 1924.)

La radiographie des sinus postérieurs par film intrabuccal. (GUNSETT et SICHEL [de Strasbourg]. Rapport au *Congrès pour l'avanc. des sciences,* Liége, juillet 1924.) — Bien que la méthode de Hirtz reste le procédé de choix pour la radiographie de la base du crâne, il peut être intéressant d'opérer, soit à titre de contrôle, soit lorsque l'on ne peut obtenir du malade que l'on examine une déflexion suffisante de la tête, en utilisant un film intrabuccal; ce film peut être avantageusement placé sur un porte-film spécialement étudié dans ce but : le rayon normal est dirigé sur les sinus sphénoïdaux par le sommet du crâne et projette leur image ainsi que celle des cellules ethmoïdales sur le film intrabuccal; les images obtenues dans ces conditions sont bonnes, mais ce procédé reste inférieur au Hirtz et ne doit être utilisé qu'à titre exceptionnel.

Cf. — Radiographie des sinus sphénoïdaux et des cellules ethmoïdales par le dispositif endo-buccal. (E. GACHAT et G. WOHLHUATER [de Strasbourg]. *Presse méd.*, 23 fév. 1924.)

Les sinusites postérieures. (G. CANUYT, J. RAMADIER et VELTER. Rapport au *Congrès de la Soc. franç. d'oto-rhino-laryngol.*, oct. 1924.)

Les petites ostéites syphilitiques du crâne décelées par la radiographie. (LÉRI et COTTENOT. *Soc. méd. des hôpit.*, 14 mars 1924.) — Une radiographie bien faite du crâne peut révéler fréquemment chez des malades atteints, soit de manifestations convulsives, soit de troubles parétiques plus ou moins frustes, des foyers d'ostéite d'origine gommeuse, érodant l'endocrâne et dont la constatation permet d'orienter un traitement efficace.

Il importe donc de rechercher systématiquement ces petits foyers osseux chez les malades dont la symptomatologie clinique fait soupçonner des lésions susceptibles de comprimer ou d'irriter la corticalité sous-jacente.

Cf. — La radiographie des tumeurs intracraniennes. (DELHERM et MOREL-KAHN. *Presse méd.*, 30 janv. 1924.)

La coxa plana. (Dr Pierre INGELRANS. *Th. de Lille*, 1924.) — Dans ce travail très complet et richement documenté, l'auteur après avoir exposé l'historique de la question et rappelé l'apparition, avec l'ère radiographique, des arthrites chroniques non tuberculeuses de la hanche; établit nettement la distinction entre la coxa plana vraie à laquelle restent attachés les noms de Calvé et de Legg, et les déformations de l'épiphyse fémorale supérieure qu'on observe dans les luxations et subluxations congénitales.

Alors que ces dernières ne se manifestent que par un aplatissement, sans modifications de structure, de l'épiphyse, la coxa plana au contraire est caractérisée par :

1. *Au stade évolutif,* une fragmentation ou tout au moins une irrégularité de contours du noyau épiphysaire; il peut s'y ajouter du côté du col la présence de zones claires au voisinage du cartilage conjugal, et, du côté de l'acetabulum des lésions du toit du cotyle (arthrite concomittante).

2. *Au stade de réparation* les noyaux épiphysaires se réunissent mais l'épiphyse reste déformée ainsi que le col (col trapu avec épiphyse aplatie).

Cliniquement, c'est une arthrite souvent prise au début pour une coxalgie mais que les examens radiologiques répétés au besoin différencient nettement. Elle évolue toujours vers la guérison mais celle-ci n'est obtenue généralement qu'au prix d'une arthrite déformante : d'où la difficulté de la distinguer à ce moment de l'arthrite déformante juvénile qui semble n'être qu'un stade ultérieur de la coxa plana.

L'auteur termine par l'étude pathogénique et le traitement de cette affection qui sont à lire in extenso.

II. APPAREIL CIRCULATOIRE

Le syndrome radiologique de l'hypertension artérielle. (L. DELHERM et R. CHAPERON. *Journ. de radiol.*, sept. 1924.) — A côté des signes radiologiques désormais classiques de l'aortite, il existe également une symptomatologie bien définie de l'hypertension aortique qui se manifeste à l'écran par :

a. *A gauche*. — Ascension de la crosse avec hémicercle saillant et souvent augmenté de volume.

Aorte thoracique longue, anormalement visible, masquant l'origine de l'artère pulmonaire gauche et une partie de l'arc moyen.

b. *A droite*. — La veine cave fortement *convexe* souvent animée de battements transmis, indiquant un refoulement à droite par l'aorte ascendante (signe de grande valeur).

c. Une augmentation du diamètre transversal des vaisseaux de la base; ce signe n'a de valeur que s'il s'accompagne de l'un au moins des deux précédents.

La constatation à l'écran de ces différents symptômes — et cette constatation serait fréquente si on la recherchait systématiquement même à tous les âges — doit faire songer toujours à la probabilité d'une hypertension artérielle que confirmera presqu'à coup sûr le contrôle instrumental.

Cf. — Sur une cause d'erreur dans la mesure du calibre de l'aorte ascendante. (CHAUMET. *Gaz. des hôpit.*, 5 août 1924.)

Le radiodiagnostic des aortites postérieures. (LAUBRY, MOUGEOT et WALSER. *Bull. méd.*, 24 déc. 1924.) — Depuis que l'on connaît mieux l'anatomie radiologique des gros vaisseaux de la base du cœur, l'examen aux rayons X de l'aorte et de sa portion thoracique descendante en particulier, a pris rapidement une importance incontestable pour le diagnostic des aortites et des ectasies tant thoraciques qu'abdominales (la recherche de ces dernières nécessitant au préalable un pneumopéritoine).

Ces aortites doivent être étudiées à l'écran dans trois positions désormais classiques : frontale, oblique antérieure droite, oblique antérieure gauche. Sous ces différentes incidences l'aorte thoracique présentera successivement, et dans la position optima, ses différents segments à l'observateur qui notera à la fois les modifications qualitatives (teinte, irrégularités de contours, absence de battements) et quantitatives (calibre de l'ascendante, saillie plus ou moins marquée de la descendante, exagération de la courbure de la crosse) lui permettant de poser le diagnostic d'aortite après confrontation avec les données de la clinique et de l'exploration expérimentale non radiologique (sphygmomanométrie comparative, indice oscillométrique, etc.).

Cf. — Sur l'aspect radiologique de l'aorte dans la maladie de Hodgson. (CHAUMET. *Gaz. des hôpit.*, 8 juillet 1924.)

Examen radiologique du médiastin. (GILSON. *Journ. méd. franç.*, août 1924.)

L'aorte thoracique chez le vieillard. (BONNAMOUR et BADOLLE [de Lyon]. *Lyon méd.*, 17 fév. 1924.)

Diagnostic radiologique des affections de l'artère pulmonaire. (MANGINI. *Th. de Paris*, 1924; Arnette, édit.) — Il faut recourir à l'exploration radiologique de l'artère pulmonaire et de ses bronches toutes les fois qu'on suspectera une lésion de ce vaisseau, au même titre qu'on explore l'aorte chez un malade présentant les moindres signes périphériques d'aortite.

C'est en position frontale, au niveau de l'arc moyen du bord gauche du cœur, que s'étudie à l'écran le tronc de l'artère pulmonaire. On le voit également dans les positions obliques en avant de l'origine de l'aorte.

La sclérose de l'artère pulmonaire se reconnaît surtout à l'opacité de ses branches qui donnent les ombres hilaires et les arborisations périhilaires.

La dilatation — et à plus forte raison l'anévrisme, extrêmement rare il est vrai — se traduit par un élargissement de l'arc moyen au niveau de son quart supérieur à l'examen de face et dans les positions obliques par la saillie exagérée de l'image du tronc dans le médiastin antérieur.

III. APPAREIL DIGESTIF

Contribution à l'étude du rôle de la clinique et de la radiologie dans le diagnostic de l'ulcus duodénal. (RAHARIJAONA. *Th. de Paris*, 1924; Jouve, édit.) — La clinique reste à la base du diagnostic de l'ulcus duodénal et l'examen clinique doit toujours précéder l'examen radiologique.

L'examen radiologique, complément indispensable de l'examen clinique, comporte :

L'*étude radioscopique* de l'estomac et du duodénum pour la recherche des signes indirects gastriques (hypertonie, hyperkinésie, évacuation rapide) et des signes directs duodénaux (déformation de l'image bulbaire et localisation du point douloureux.

L'*étude radiographique du duodénum* par la méthode des radiographies en série pour fixer d'une manière indiscutable les déformations de l'image duodénale (bulbaire en particulier).

L'interprétation des déformations bulbaires reste encore délicate : elle le sera moins lorsqu'une longue symbiose radio-chirurgicale aura permis par de fréquents contrôles opératoires de rattacher à une image définie une lésion nettement caractérisée.

Cf. — Contribution à la radiographie en série du duodénum. (GUNSETT et WEIGEL [de Strasbourg]. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, janv. 1924.)

Nouveaux cas de radiographies du carrefour duodénal contrôlés par l'opération. (GUNSETT et SICHEL [de Strasbourg]. *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Bordeaux, juillet 1924.)

Considérations pratiques sur l'examen radiologique de l'appendice iléo-cæcal. (P. AUBOURG. *Journ. méd. franç.*, avril 1924.) — La technique de l'examen radiologique de l'appendice comporte l'ingestion par le malade d'un repas opaque préalable. L'appendice, qui n'est visible qu'une fois sur six en moyenne, se remplit en même temps que le cæcum, c'est-à-dire entre la sixième et la dixième heure. La visibilité de l'appendice n'a pas de signification pathologique, mais elle renseigne sur sa situation, sa longueur, son aspect vacuolaire (pathologique dans ce cas), sur sa mobilité, sa douleur à la palpation. Les signes indirects (gastriques, duodénaux) sont moins précis.

D'une manière générale, l'auteur insiste sur l'étroite liaison de la maladie appendiculaire avec la maladie colique droite; l'examen radiologique pour être complet doit donc porter non sur l'appendice seul mais sur tout le côlon droit.

Cf. — L'examen radiologique des appendicites chroniques. (TRÉMOLIÈRES et JOULIA. *Journ. méd. franç.*, avril 1924.)

Les appendicites méconnues : grands et petits signes de l'appendicite chronique. (P. AIMÉ. *Bull. et mém. de la Soc. de méd. de Paris*, 29 mars 1924.)

Très grande utilité des radiographies multiples dans la recherche des calculs biliaires. (P. LIGNAC et DEVOIS. *Journ. de radiol.*, juil. 1924.) — Le pourcentage élevé des cas dans lesquels les radiologistes américains obtiennent sur leurs clichés l'image de calculs vésiculaires vient en grande partie du très grand nombre de films qu'ils n'hésitent pas à prendre au cours de l'examen radiologique d'une vésicule. On observe, en effet, que des calculs invisibles sur certains clichés apparaissent au contraire sur d'autres : il faut donc prendre plusieurs films en variant au besoin le temps de pose, la qualité des rayons, l'incidence du rayonnement, etc., et c'est de l'étude très attentive de ces multiples clichés que l'on pourra conclure avec plus de certitude à l'existence ou à l'absence de calculs visibles.

Sur la visibilité de la vésicule biliaire. (TUFFIER et NEMOURS Auguste. *Soc. d'électrol. et de radiol.*, déc. 1924.) — Les auteurs ont utilisé la méthode préconisée par les Américains Graham et Cole et qui consiste à injecter par la voie veineuse un sel soluble opaque aux rayons X et s'éliminant par les voies biliaires (tétrabromophénolphtaléine). Dans ces conditions on peut obtenir une visibilité suffisante de la vésicule qui commence à apparaître quatre heures après l'injection et se poursuit pendant quinze à vingt heures. D'après les auteurs ce sont surtout les vésicules normales, puisque perméables, qui sont visibles, une vésicule pathologique ne l'étant pas.

Cf. — Examen radiologique de la vésicule biliaire ; emploi de l'injection intraveineuse de tétrabromophénolphtaléine. (F. A. GRAHAM et W. COLE [de Saint-Louis). *Journ. of amer. med. Assoc.*, 23 fév. 1924.)

IV. APPAREIL PULMONAIRE

Etude radiologique de la pneumonie de l'adulte. (G. PAISSEAU et I. SOLOMON. *Ann. de méd.*, janv. 1924.) — D'une trentaine de cas attentivement suivis à l'écran, les auteurs ont tiré les constatations suivantes.

Au point de vue de leur évolution, les pneumonies grippales ont un point de départ hilaire et se développent excentriquement : les pneumonies franches ont plus habituellement une origine corticale.

L'aspect qu'elles présentent à l'écran varie suivant les lobes intéressés : toujours d'allure triangulaire concentrique classique au lobe supérieur (type de la pneumonie de l'enfant) et quelquefois au lobe moyen, elle a une image moins caractérisée quand elle affecte le lobe inférieur : la coexistence d'une réaction pleurale de la base modifie d'ailleurs l'image de l'hépatisation parenchymateuse à ce niveau.

Au point de vue du diagnostic, les signes radiologiques observés, quels qu'ils soient, doivent être interprétés concurremment avec les signes cliniques, certaines images triangulaires analogues pouvant être données par des affections autres que la pneumonie.

L'examen radiologique peut également donner des renseignements intéressants au point de vue du pronostic, l'apparition précoce et le développement rapide de l'ombre observée impliquant une particulière gravité.

Enfin c'est encore à l'écran, très souvent que seront reconnues, ou confirmées, l'apparition des complications habituelles de la pneumonie (épanchement pleural libre ou enkysté, abcès du poumon).

Cf. — Les réactions interlobaires au cours de la pneumonie infantile. (G. MOURIQUAND et M. BERNHEIM. *Paris méd.*, 19 janv. 1924.)

L'exploration radiologique des cavités broncho-pulmonaires par les injections intratrachéales d'huile iodée. (J. SICARD et J. FORESTIER. *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.) — Cette méthode utilisée depuis trois ans par les auteurs et désormais classique, devient, dans l'examen des bronches et des cavités polmonaires un précieux et souvent indispensable auxiliaire de l'examen clinique et radiologique. Sans danger pour le malade, l'injection de lipiodol dans les bronches, qu'elle soit sus-glottique trans-glottique ou intercrico-thyroïdienne, est dans des mains exercées une opération facile à pratiquer.

Elle a permis chez le sujet normal d'étudier le trajet et les rapports des bronches et donne dans les cas pathologiques des renseignements extrêmement précieux sur lès déviations trachéales, sur les compressions et déviations bronchiques, sur les cavités pulmonaires, sur les pleurésies enkystées ouvertes dans les bronches, sur les fistules broncho-pleuro-pulmonaires.

Mais c'est surtout dans la dilatation des bronches que l'exploration lipiodolée donne les renseignements les plus utiles. La symptomatologie radiologique de cette affection restait jusqu'à ces derniers temps très sommaire. Tout au plus pouvait-on voir dans des cas favorables, généralement à la base, des petites cavités rassemblées en grappe ou encore de larges arborisations affectant la disposition typique des divisions bronchiques : mais l'interprétation de ces images, très souvent inconstantes d'ailleurs, restait toujours délicate. Désormais l'injection trachéale de lipiodol donne dans les cas de dilatation bronchique des images radiologiques d'une interprétation facile et indiscutable.

Cf. — La dilatation des bronches chez les adultes. (S. I. DE JONG et J. HUTINEL. *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.)

Contribution à l'étude du diagnostic des dilatations des bronches par l'exploration radiologique après lipiodol, (V. NICAUD et M. A. DOLLFUS. *Presse méd.*, 15 oct. 1924.)

L'huile iodée dans l'exploration radiologique des voies aériennes. (J. MOUZON. *Presse méd.*, 19 avril 1924.)

Le diagnostic de la dilatation bronchique chez l'enfant au moyen du lipiodol. (ARMAND-DELILLE, G. DUHAMEL et P. MARTY. *Presse méd.*, 14 mai 1924.)

Diagnostic radiologique de la dilatation des troubles chez l'enfant. (ARMAND-DELILLE et DARBOIS. *Congrès pour l'avanc. des sciences* [Liége], 1924.)

Syndrome lipiodo-radiologique de la dilatation des bronches. (F. BEZANÇON, P. WEIL, E. BERNARD, R. AZOULAY. *Soc. de radiol.*, fév. 1924.)

Revue critique des symptômes cliniques et radiologiques de l'adénopathie trachéo-bronchique. (Louis DAUPHIN. *Thèse* 1924 ; Jouve et Cie, édit.) — L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant est toujours à l'ordre du jour. Dans sa thèse, Dauphin émet les conclusions suivantes :

1° Après avoir énuméré et discuté chacun des symptômes cliniques attribués à l'adénopathie trachéo-bronchique, et, s'appuyant sur les constatations d'un grand nombre de pédiatres, *il conclut à l'indigence de ces signes cliniques.*

Selon l'auteur, aucun symptôme n'est véritablement pathognomonique de cette affection. En dehors de l'adénopathie-tumeur, affection rare et qui engendre nécessairement des symptômes de compression, l'adénopathie ne lui semble pas pouvoir être *révélée* par l'examen clinique, tout au plus pourra-t-elle être *soupçonnée.*

Toutefois, la coïncidence chez l'enfant d'un mauvais état général et d'une élévation thermique vespérale ne paraissant liée à aucune autre cause devra faire rechercher systématiquement l'existence d'une adénopathie méconnue.

2° Dans un deuxième chapitre, l'auteur insiste sur l'*importance primordiale des signes radiologiques de l'adénopathie trachéo-bronchique.*

Après avoir montré les divergences de vues qui séparaient les radiologistes français et étrangers au sujet de l'interprétation des ombres hilaires normales et pathologiques il décrit minutieusement les travaux d'anatomo-pathologie radiologique du hile de Delherm, Duhem et Robert Chaperon. Les recherches effectuées sur le cadavre (Delherm et Chaperon) et contrôlées par l'étude du vivant (Duhem et Chaperon) basées sur la comparaison de l'image radiologique du hile normal et du hile pathologique permettent aux auteurs d'insister sur les signes radiologiques propres de l'adénopathie trachéo-bronchique et leur font émettre ces conclusions :

a. L'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant est une affection *beaucoup plus rare* qu'on ne le croyait autrefois.

b. L'adénopathie lorsqu'elle existe, est d'une façon générale *facilement décelable* par la radiologie.

Anatomie radiologique des poumons : les arborisations pulmonaires. (J. GARCIN. *Journ. de radiol.*, janv. 1924.) — Les arborisations pulmonaires que l'on voit si fréquemment à l'écran au cours d'un examen radioscopique des poumons et qui apparaissent mieux encore sur toute radiographie du thorax donnent généralement lieu à des interprétations assez diverses.

L'auteur a voulu apporter sa contribution à l'étude de ces arborisations en faisant des recherches sur le poumon injecté et il en tire les conclusions suivantes :

1° Les arborisations opaques sont l'image de l'arbre vasculaire : ces arborisations sont d'autant plus nettes que le poumon est plus aéré ;

2° Les arborisations bronchiques sont claires : fondues dans la clarté pulmonaire elles sont invisibles sur un poumon bien aéré : pour apparaître il leur faut le contraste d'une opacité.

Cf. — Aspect radiologique des bronches normales et pathologiques. (R. AZOULAY et F. TRIBOUT. *La médecine*, 1924.)

Quelques travaux récents sur la radiologie de la trachée et des bronches. (H. PAILLARD. *Journ. méd. fran.*, janv. 1924.)

Contribution à l'étude de l'anatomie radiologique du poumon : la visibilité des veines pulmonaires. (GARCIN. *Soc. de radiol.*, oct. 1924.)

Définition de l'état normal et de l'état pathologique des arborisations pulmonaires. (GARCIN. *Soc. de radiol.*, juin 1924.)

V. APPAREIL GÉNITO-URINAIRE

Essai de radiologie obstétricale. (BLANCHE. *Th. de Paris*, 1924 ; A. Legrand, édit.) — Dans ce travail très documenté l'auteur étudie :

1. *Le radiodiagnostic de la gestation et de ses anomalies.* Avec une bonne technique on a des résultats constants dans la deuxième moitié de la gestation.

Le diagnostic de présentation n'offre généralement pas de difficultés.

Les anomalies de la gestation, en particulier les grossesses gémellaires, sont facilement reconnues.

La mort du fœtus in utero se reconnaît au chevauchement des os du crâne.

2. La *radiopelvimétrie* : la méthode de la double projection orthogonale (dont l'auteur indique une solution personnelle), donne actuellement des résultats satisfaisants et mathématiquement exacts.

3. *L'étude des phénomènes dynamiques*, est appelé à présenter un gros intérêt et offre un champ de recherches extrêmement étendu.

4. Au point de vue purement *technique* l'emploi de fortes intensités, de rayons mous homogènes, l'élimination du rayonnement secondaire par l'antidiffuseur, sont nécessaires pour obtenir des clichés corrects et faciles à interpréter.

Enfin il n'est pas mauvais de répéter avec l'auteur que la radiographie au cours de la grossesse, n'offre aucune espèce de dangers ni pour la mère ni pour l'enfant.

Cf. — Le radiodiagnostic obstétrical. (PORTES et BLANCHE. *Gynécol. et obstét.*, 1924, t. X.)

La radiopelvimétrie et la radiographie de la grossesse. (HARET. *La médecine*, juin 1924.)

Nécessité de la vulgarisation de la radiographie du fœtus pendant la gestation. (PANEAU, LABEAU et BOSC [de Bordeaux]. *Presse méd.*, 1er oct. 1924.)

Le radiodiagnostic des gestations normales et anormales. (SPEIDEL et TURNER. *Amer. Journ. of obstét. and gynécol.*, juin 1924.)

Le rôle du radiodiagnostic en pathologie rénale. (COTTENOT. *Bull. méd.*, 1924.) — Laissant de côté les méthodes d'exception qui exigent l'intervention d'un urologiste (pyélographie) ou la simple radioscopie rénale presque toujours insuffisante, l'auteur envisage dans cet article la radiographie courante du rein — telle que la pratique tout radiologiste — et les renseignements qu'elle peut donner.

Actuellement, le perfectionnement de la technique et de l'appareillage radiologique permet d'avoir l'image du rein dans plus des 2 tiers des cas : le gros obstacle à sa visibilité c'est la présence de gaz intestinaux, d'où la nécessité d'une préparation spéciale du malade (évacuation intestinale, alimentation choisie).

La radiographie renseigne sur :

La *forme* et les *contours* du rein : rein en fer à cheval, rein bilobé, irrégularités de contours.

La *situation* du rein, surtout dans l'étude des ptoses rénales.

Le *volume* du rein que l'on peut apprécier assez exactement par la surface de son image rapportée ensuite au poids du sujet.

La *lithiase* rénale dont la recherche constitue le plus grand nombre des radiographies rénales. La visibilité des calculs est subordonnée à leur teneur en sels opaques. Dans la grande majorité des cas les calculs sont visibles et leur forme ou leur situation sont généralement caractéristiques. Il ne faudra pas cependant les confondre à droite avec des calculs de la vésicule ou du cholédoque : un moyen de diagnostic, c'est de pratiquer une radiographie de profil.

Toutefois lorsque l'on aura affaire à un calcul de l'uretère le diagnostic certain ne pourra en être posé qu'après cathétérisme urétéral ou injection d'un liquide opaque dans l'uretère.

Cf. — La cysto-radiographie. (D'après une leçon du professeur LEGUEU. *Progrès méd.*, 12 avril 1924.)

La pyélographie dans la lithiase rénale et urétérale. (L. PAPIN. *La médecine*, juin 1924.)

RADIOTHÉRAPIE

Traitement des tumeurs cérébrales par la radiothérapie. (G. ROUSSY, Mme LABORDE et Mlle LÉVY. *Soc. de neurol.*, 5 juin 1924.) — Les observations rapportées par les auteurs se rapportent à cinq cas de gliome ayant intéressé l'encéphale proprement dit ou ses enveloppes (il ne s'agit par conséquent ici ni des tumeurs infundibulo-hypophysaires, qui feront l'objet d'une autre analyse, ni des tumeurs intracraniennes développées aux dépens du massif osseux).

Un cas a été traité par le radium à distance, les quatre autres par la radiothérapie pénétrante avec des doses allant jusqu'à 20.000 R. Les auteurs n'ont observé au cours ou à la suite de ce traitement aucune amélioration même temporaire ; il y a même eu plutôt exagération des signes objectifs ou subjectifs. Il faut donc se montrer, au moins pour le moment, très réservé dans l'application de la radiothérapie pénétrante sur les tumeurs cérébrales qui restent encore du domaine de la chirurgie, tant pour leur exérèse quand elle est encore possible que pour le traitement décompressif par la trépanation.

Cf. — Radiothérapie profonde et tumeur cérébrale. (JUMENTIÉ [de Paris], OLIVIER et LECLAIRE [de Blois]). *XXVIIIe Cong. de neurol.*, Bruxelles août 1924.)

Radiothérapie des tumeurs cérébrales non hypophysaires. (BREMER, COPPEZ et HUYS [de Bruxelles]). (*XXVIIIe Cong. de neurol.*, Bruxelles août 1924.)

La radiothérapie des tumeurs malignes en chirurgie. (KURTZAHN. *Deut. med. Woch.* [Leipsig], 21 mars 1924.)

Gliome cortical avec hémiplégie gauche ; traitement par la radiothérapie profonde ; amélioration considérable. (Cl. VINCENT et CHAVANY. *Soc. de neurol.*, 3 juillet 1924.)

Traitement par la radiothérapie des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. (ROUSSY, BOLLACK, Mme LABORDE et Mlle LÉVY. *Revue neurol.*, oct. 1924.) — Si les tumeurs intracérébrales proprement dites paraissent peu bénéficier de la radiothérapie, il n'en est pas de même des tumeurs infundibulo-hypophysaires pour lesquelles la radiothérapie profonde provoque, soit un arrêt dans l'évolution progressive, soit une rétrocession évidente.

Les auteurs rapportent 8 observations : 1 acromégalie dont l'évolution est arrêtée depuis deux ans ; 4 cas de syndrome adiposo-génital : le premier est stationnaire depuis deux ans, le deuxième a complètement rétrocédé depuis plusieurs mois, le troisième est resté sans résultat, le quatrième d'abord très amélioré a été suivi de réapparition rapide ; 3 cas de syndrome chiasmatique avec 2 résultats excellents.

Le traitement comporte l'irradiation par trois portes d'entrée (1 frontale, 2 pariéto-frontales droite et gauche) avec application de 4.000 à 5.000 R. par porte, le tout étalé sur douze à quinze jours.

Cf. — Les tumeurs de l'hypophyse et leur traitement par l'énergie radiante. (I. LOUGUENBOURG [de Petrograd]. *Vestnik Rœntg. I. Radiol.*, janv. 1924.)

La radiothérapie des tumeurs malignes en ophtalmologie. (BIRCH-HIRSCHFELD. *Deut. med. Woch.* [Leipzig], 21 mars 1924.)

Le traitement du cancer utérin par les radiations. (Ursus V. PORTMANN. *The Amer. Journ. of obst. and gyn.*, mai 1924.) — Chirurgie, radiothérapie, radium ont leurs indications respectives dans le traitement du cancer utérin. Le cancer du corps semble pour le moment plus spéciale-

ment réservé à la chirurgie. L'auteur ne préconise même pas l'irradiation postopératoire dans ce cas.

Pour le cancer du col, l'auteur estime que l'association du radium et de la radiothérapie, en se complétant l'un l'autre, donne jusqu'à présent des résultats que l'auteur juge supérieurs à ceux que peut donner la chirurgie, surtout lorsqu'il y a envahissement du ligament large.

Cf. — La radiothérapie des tumeurs malignes en gynécologie. (H. NAUJOKS. *Deut. med. Woch.* [Leipsig], 21 mars 1924.)

La radiothérapie surrénale dans l'hypertension artérielle. (Paul COTTENOT. *Journ. méd. franç.*, mars 1924.) — Zimmern et Cottenot, se basant sur le rôle de la prolifération des capsules surrénales et de leur hypersécrétion dans la pathogénie de l'hypertension artérielle, ont, il y a plusieurs années déjà, utilisé le pouvoir destructeur des rayons X sur les capsules surrénales dont la situation est aisément repérable et l'accès facile par la voie dorsale. Actuellement, avec les appareillages actuels donnant des rayonnements plus pénétrants qu'autrefois, on peut faire un traitement radiothérapique intensif.

Le résultat est généralement bon chez les hypertendus non athéromateux sans lésions rénales; leur tension artérielle s'abaisse rapidement.

Par contre, les athéromateux, artério-scléreux, albuminuriques, ne semblent pas bénéficier de ce traitement.

La radiothérapie dans la maladie de Heine-Medin. (Luigi TURANO [de Rome]. *La Pediatria*, 15 sept. 1924.) — La méthode de Bordier a été appliquée par l'auteur dans le service du professeur Ghilarducci sur une trentaine de nourrissons atteints de maladie de Heine-Medin. La région de la moelle épinière correspondant aux muscles paralysés est irradiée largement avec la dose maxima compatible avec l'intégrité de la peau (rayonnement pénétrant et filtré). Il importe d'irradier rapidement avant que les lésions nerveuses ne soient définitives et irréparables.

Cf. — Le traitement de la paralysie infantile doit être organisé méthodiquement. (NOBÉCOURT et DUHEM. *Presse méd.*, 5 mars 1924.)

La Rœntgenthérapie préventive postopératoire du cancer du sein. (A. BÉCLÈRE. *Journ. de radiol.*, sept. 1924.) — Si l'on en croit les statistiques et les travaux allemands, l'irradiation postopératoire préventive dans le cancer du sein, loin d'écarter les récidives, semblerait au contraire les favoriser. Mais il est à noter que la méthode utilisée par les Allemands est toujours celle des doses massives qui, ainsi que l'ont plusieurs fois démontré les travaux de l'École française, est une méthode mauvaise en ce sens qu'elle diminue (par destruction du tissu conjonctif) la résistance locale de la région irradiée en même temps qu'elle affaiblit la résistance générale de l'organisme (mal des rayons). Enfin, les recherches de Regaud prouvent que la destruction des cellules néoplasiques est conditionnée par l'activité et le rythme de leur reproduction cellulaire. Il est donc nécessaire d'utiliser des irradiations répétées à intervalles convenables correspondant au cycle de multiplication cellulaire du tissu néoplasique.

De tout ce qui précède, l'auteur conclut :

1. Dans le traitement préventif postopératoire du cancer du sein, l'irradiation unique et très intense est dangereuse; non seulement elle ne réduit pas mais elle accroît la proportion des récidives.

2. Les irradiations renouvelées à doses modérées sont au contraire sans danger et paraissent efficaces, tout au moins dans l'étendue de la région irradiée, mais sans que leur action dépasse les parois de la cage thoracique.

Cf. — Les effets dangereux des grosses doses données en peu de temps. Les petites doses ont-elles un effet pernicieux; excitent-elles la croissance d'un néoplasme? (GUNSETT. Rapport au *Congrès pour l'avanc. des sciences*, voir *Journ. de radiol.*, nov. 1924.)

Sur la question du traitement dit postopératoire du cancer du sein. (T. LARSIN et E. LYSHOLM [de Stockholm]. *Acta Radiologica*, 1924, vol. III.)

Quelques aperçus sur la chirurgie palliative du cancer suivie de radiothérapie. (JEANNENEY et MATHEY-CORNAL [de Bordeaux]. Rapport au *Congrès pour l'avanc. des sciences*, Liége 1924.)

A propos du traitement des épithéliomas cutanés par la radiothérapie; persistance des résultats. (J. BELOT. *Soc. de radiol.*, avril 1924.) — Depuis plus de dix-sept ans l'auteur a traité un très grand nombre d'épithéliomas cutanés. La méthode qu'il utilise est tantôt la radiothérapie seule, tantôt la radiothérapie après râclage chirurgical, tantôt enfin le radium. Une statistique publiée par lui au Congrès de dermatologie de Strasbourg, et potant sur 5.700 cas, accuse une guérison définitive dans 80 à 83 p. 100 des cas.

Métabolisme basal dans le goitre exophtalmique traité par la radiothérapie. (L. DELHERM. *Soc. de radiol.*, nov. 1924.) — L'auteur rapporte 15 cas de goitre exophtalmique traités par la radiothérapie et pour lesquels l'épreuve du métabolisme basal a été faite avant le traitement et régulièrement au cours de celui-ci. Cette épreuve, quand elle est franchement positive (certains sujets avaient un métabolisme snpérieur à 100 p. 100), est une indication très nette de la radiothérapie, et le retour à un métabolisme sensiblement normal implique la suspension ou la cessation du traitement (en général quand le métabolisme est abaissé à + 10 p. 100).

Dans les cas rapportés par l'auteur il a obtenu un abaissement très marqué du métabolisme dans 10 cas, assez marqué dans 4 cas, nul dans 1 cas seulement.

La concordance entre les données du métabolisme et l'évolution clinique est de règle. Il n'est donc pas de meilleur test pour suivre l'effet de la thérapeutique et pour fournir une base solide pour la diriger en intensité et en durée.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

ARTICLE 64 DE LA LOI DES PENSIONS ET SECRET PROFESSIONNEL

M. Delory, député, expose à M. le ministre du Travail, comme suite à la réponse faite à la question écrite n° 1337 (*Journal officiel* du 20 novembre 1924), que pour l'application de l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 le ministre des pensions prescrit aux médecins traitants d'envoyer aux préfectures des bulletins de visite, où le médecin doit indiquer les raisons d'ordre médical ou chirurgical qui motivent la visite, et demande si le fait pour un médecin traitant de délivrer ainsi à l'administration un bulletin indiquant les raisons médicales ou chirurgicales de son intervention auprès d'une victime de guerre ne constitue pas une violation de secret médical tombant sous le coup de l'article 378 du code pénal; et si le médecin traitant n'est pas en droit de refuser de donner ces raisons et s'il ne doit pas suffire à l'administration que ce médecin certifie que les soins par lui donnés sont nécessités par la blessure ou la maladie ayant motivé la pension.

Réponse. — L'Etat s'est obligé par les articles 1er et 64 de la loi du 31 mars 1919 à réparer les dommages infligés aux militaires par les infirmités résultant de la guerre et il a obligé ceux qui voudront user du droit à réparation : 1° à faire constater le lien qui existe entre leur blessure ou leur maladie et le service; 2° à justifier et à préciser, par des documents administratifs, la nature des blessures ou des maladies donnant droit à pension et, par suite, aux soins, après l'inscription dans les listes légales. L'Etat a donc établi un document propre à chaque invalide, qui constitue pour celui-ci la charte de son droit aux soins et qui marque l'étendue des droits en spécifiant la nature et parfois la cause des invalidités. Quels que soient les effets de la procédure instituée par l'Etat, le médecin n'a pas à en répondre au regard du secret professionnel. (*J. O.*, 8 avril 1925.)

Hygiène sociale des enfants du premier âge, par Mlle le docteur G. Labeaume, ancien interne des hôpitaux de Paris. — Un volume de 146 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

PERFORATIONS GASTRO-DUODÉNALES

DÉFINITION

Du traitement précoce, fonction d'un bon diagnostic, dépend le pronostic si amélioré aujourd'hui de cette complication redoutable entre toutes.

Les perforations peuvent être aiguës, subaiguës ou latentes.

La perforation aiguë en péritoine libre est de toutes la plus fréquente ; c'est l'un des grands cas d'urgence médico-chirurgicaux qui nécessite une intervention dans le plus court délai.

Elle est plus le fait des *ulcus duodénaux* petits et récents que des ulcus gastriques.

La perforation subaiguë en péritoine enkysté se rencontre au contraire plus souvent dans les *ulcus de la petite courbure*, dans ceux du *pylore* ou de la *face postérieure*. Des adhérences cloisonnant l'étage sus-mésocolique de l'abdomen limitent la péritonite ; c'est un *abcès sous-phrénique* qui se produit.

Quant aux **perforations latentes** ce sont des découvertes radiologiques ou opératoires. C'est le cas des classiques *ulcères calleux perforés bouchés*.

CLINIQUE

PERFORATION AIGUE. — Il s'agit d'un adulte qui, en plein travail, le plus souvent une à trois heures après son repas, est *terrassé* par une *douleur syncopale*.

A. **Phase de shock. — Signes fonctionnels.** — C'est une *douleur abdominale*, atroce, continue avec paroxysmes, *elle cloue le malade sur place*. Capitale au diagnostic est sa localisation première à l'*hypocondre droit* ou à l'*épigastre*. C'est une *douleur sus-ombilicale*. Mais d'emblée parfois elle siège plus bas. Dans presque tous les cas c'est très vite qu'elle diffuse à la *fosse iliaque droite*.

Deux ou trois VOMISSEMENTS ALIMENTAIRES peuvent se produire.

Les classiques insistaient au contraire sur l'absence de ce signe : « Le malade vomit dans son ventre. » Quoi qu'il en soit on en observe quelquefois.

Signes généraux. — On se trouve en présence d'un *sujet anxieux*, agité ou prostré,

Son facies est pâle d'une *pâleur de shocké*,

Sa *respiration* est courte, superficielle,

Son *pouls* rapide bat à 140.

La température est normale ou abaissée.

Signes physiques. — On palpe l'abdomen. C'est cet examen qui relève UN SIGNE CAPITAL qui fait d'urgence envoyer le malade à l'hôpital.

La contracture localisée de la région sus-ombilicale. — Tantôt appréciable dès la seule inspection, le ventre supérieur des grands droits se dessinant sous la peau, c'est plus souvent la main qui palpe qui la perçoit.

L'abdomen partout est souple, mais au-dessus de l'ombilic la moindre pression fait se contracter le segment supérieur du muscle. On a l'impression d'un « disque de métal enchâssé dans la paroi ».

B. **Phase de péritonite commençante**. — Trois ou quatre heures après, *à l'hôpital*.

Signes fonctionnels. — Les signes dramatiques ont disparu. Le *malade souffre* mais moins, sa douleur est plus diffuse.

Signes généraux. — *L'état de shock* a disparu.

Son facies est crispé.

Le pouls bat à 60-70, régulier, bien frappé.

La température est à 37°5.

La respiration est un peu rapide.

Mais malgré cette apparence, qui semble *écarter* TOUTE IDÉE DE DANGER, il est un signe qui ne trompe pas, un signe qui impose l'intervention immédiate, c'est LA CONTRACTURE DE LA PAROI qui s'est généralisée.

Signes physiques. — INSPECTION. — Le *ventre est rétracté*. Seules les *côtes supérieures* se soulèvent à l'inspiration. De profil : le VENTRE NE RESPIRE PAS, l'abdomen est bloqué, la *respiration abdominale*, si ample chez l'homme, *a disparu*.

Souvent les droits se dessinent en un *relief saillant*.

PALPATION. — LA CONTRACTURE est maintenant généralisée. Toute palpation profonde est impossible dans ce *ventre de bois*.

Le *maximum de la douleur* que l'on doit rechercher avec une extrême minutie est SUS-OMBILICAL à droite, à gauche, ou au centre en *pleine région épigastrique*.

Et c'est ce signe qui permet de localiser la perforation à l'étage supérieur. Mais bien souvent c'est LA PRESSION DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE qui fait se dérober le malade alors que la douleur est moindre à l'épigastre.

De tels symptômes suffisent au diagnostic.

On ne s'attarde guère à rechercher.

LES SIGNES ACCESSOIRES. — *L'hyperesthésie de la paroi* à maximum épigastrique, sus-ombilical.

La disparition de la matité hépatique sans balonnement du ventre, due au gaz épanché parfois en une bulle mobile aux mouvements.

La matité dans les flancs causée par un épanchement abondant, signe de haute valeur mais inconstant.

La douleur du Douglas au toucher rectal.

— L'indication opératoire est nette. Pour localiser la perforation on s'enquiert des :

Antécédents gastriques. — Et deux cas sont bien différents.

TANTÔT il s'agit d'un homme souffrant depuis longtemps. Des douleurs, accompagnées de vomissements ou non, survenaient après les repas

Parfois depuis quelques jours les douleurs ont subi une recrudescence, le malade a eu des vomissements répétés.

Quelquefois les signes ont été plus explicites encore. Une ou plusieurs *hématémèses* sont venues effrayer le malade souvent plus par leur apparition que par leur abondance.

Il y a là un *syndrome de préperforation* qui, si l'on est à même d'observer le malade à ce moment, constitue un véritable syndrome d'alarme, indique l'urgence de l'intervention pour parer à de plus graves accidents.

TANTÔT, et c'est là le propre des *ulcus duodénaux*, tout passé pathologique manque.

C'est brutalement que survient la perforation, premier signe révélateur de l'affection.

Douleur syncopale et soudaine, ventre de bois ne respirant plus, antécédents gastriques, tels sont les signes qui constituent la plus formelle des indications opératoires.

Mais il est des cas moins nets.

Il ne faut pas quitter le malade.

De demi-heure en demi-heure il faut *prendre la température*, surveiller le *pouls* et la respiration, palper l'abdomen.

Pour peu que la *température s'élève*, que le *pouls et la respiration* s'accélèrent, que la contracture s'étende de FAÇON PROGRESSIVE, il faut opérer ; on parfera le diagnostic à l'intervention.

C. **Phase de péritonite généralisée**. — Sinon après un temps variable, de la sixième à la vingtième heure.

Signes généraux. — Le facies *se plombe*, SE GRIPPE.

LE POULS FILIFORME devient de plus en plus rapide, cependant que

LA TEMPÉRATURE, d'abord élevée à 39-40 degrés, tombe peu à peu à la normale, et que

LA RESPIRATION devient de plus en plus superficielle.

Signes fonctionnels. — *La douleur* a diffusé à tout l'abdomen.

Les vomissements surviennent, porracés.

Il y a *anurie* ou *rétention d'urine*.

L'*arrêt des matières et des gaz* est complet.

Signes physiques. — Localement :

Le ventre se ballonne ;

La région hépatique devient sonore.

Tous signes indiquant la paralysie colique terminale.

Les flancs sont mats.

Par acquit de conscience on pourra encore tenter le drainage, mais d'ores et déjà le malade est condamné.

D. **La mort**. — La *dyspnée*, le *hoquet* annoncent la mort qui survient dans le collapsus en vingt-quatre ou quarante-huit heures.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

IIe CONGRÈS MÉDICAL FRANCO-POLONAIS. — A la suite du Ier Congrès franco-polonais de 1921 pendant lequel les Français reçurent en Pologne libérée un accueil inoubliable, il fut décidé qu'un IIe Congrès aurait lieu à Paris. Ce Congrès, qui vient de s'ouvrir, a été l'occasion d'une grandiose manifestation de l'affection séculaire de la Pologne pour la France.

Par un sentiment d'une émouvante délicatesse, nos amis ont tenu, avant toute réunion, à aller faire un pieux pèlerinage à la tombe du Soldat inconnu. Ce geste spontané a profondément touché les cœurs français.

La séance inaugurale du Congrès a eu lieu mardi matin, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Cette réunion a eu un caractère de simplicité, de cordialité et d'intimité qui a été fort goûté par les congressistes.

M. Justin Godard, ancien ministre de l'Hygiène, présidait, ayant à ses côtés M. le doyen Roger, président du Congrès, S. E. l'ambassadeur de Pologne, le professeur Mazurkiewicz, ancien recteur de l'Université de Varsovie, M. le recteur Appel, les docteurs Baczkiewicz, Polak, le professeur Hartmann, les professeurs Mazewski (de Cracovie), Klecki, Krzysztalowicz, recteur de l'Université de Varsovie, Noiszewski, Zielniski, M. Barrier, président de l'Académie de médecine, les professeurs Achard, Legueu, Vaquez, M. P. Bazy, MM. Okinczyc, Lemierre et Hufnagel, secrétaires généraux du Congrès.

L'orchestre universitaire composé d'étudiants prêtait un concours très brillant à la cérémonie.

M. le professeur Roger prit le premier la parole. Il souhaita la bienvenue aux confrères de Pologne et leur dit notre reconnaissance pour leur visite à la tombe du Soldat inconnu.

Rappelant tous les liens si anciens qui unissent nos deux pays, il fait l'éloge de l'âme polonaise qui, au milieu des pires vicissitudes, a gardé son indépendance et a su, par sa fermeté, conquérir la liberté. Puis il évoque des souvenirs du Congrès de 1921, l'accueil fait aux congressistes français à Poznan, à Varsovie, à Cracovie Accueil inoubliable dans lequel l'hospitalité polonaise se révéla aussi magnifique qu'affectueuse.

Avant d'ouvrir le Congrès, M. Roger demanda à l'assistance de se lever et de se recueillir quelques instants pour honorer la mémoire des confrères polonais et français morts pour la défense de la liberté, du droit et de la justice.

Ce fut un moment d'intense émotion.

M. Baczkiewiez, président de la Chambre supérieure des médecins polonais, prit ensuite la parole et apporta le salut du gouvernement polonais et des médecins de Pologne.

M. Klecki parla au nom du ministre de l'Instruction publique de Pologne.

M. Okinczyc, secrétaire général, salua d'une façon très émouvante les Polonais de Pologne, au nom des Polonais de France fils des anciens proscrits.

D'autres discours furent ensuite prononcés par le professeur Krzysztalowicz (de Varsovie), par notre confrère le docteur Noir, au nom de l'Union des syndicats médicaux de France, par le professeur Mazurkiewicz au nom de la Société médicale franco-polonaise.

M. Justin Godard, qui il y a quelques jours, se trouvait à Varsovie pour la signature d'un traité de travail, salue la noble nation polonaise, puis il évoque l'effort colossal fait pendant la guerre par la France pour ses blessés.

Après le discours de M. Godard, le Congrès a commencé ses travaux scientifiques. Nous en rendrons compte dans un prochain numéro.

L'après-midi fut consacrée à une nouvelle séance de travail, puis à quatre heures les congressistes se rendirent à l'Hôtel de Ville où les recevait le Président du Conseil municipal. La ville de Paris qui, en 1918, offrait aux légions polonaises leur premier étendard, ne pouvait se dispenser d'accueillir dans la maison commune les médecins de Pologne. Une splendide réception accompagnée d'un brillant concert fut offerte aux congressistes du Congrès médical franco polonais et aux membres du Congrès international de médecine militaire. Ici encore de vibrants discours furent prononcés par le Président du Conseil municipal, le préfet de la Seine, MM. les professeurs Vincent et Roger, et M. Dambrowski, député de Poznan à la Diète polonaise.

HÔPITAUX DE PARIS. — ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES ET ANCIENS INTERNES EN MÉDECINE DES HÔPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — L'Assemblée générale annuelle de l'Association amicale des internes et anciens internes des hôpitaux et hospices civils de Paris aura lieu le samedi 16 mai 1925, à 4 heures, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau).

Questions à l'ordre du jour : Constitution du Conseil de famille de l'internat; — Fondation de la Société des amis de l'internat; — Assurance professionnelle des internes en exercice.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — TOULOUSE. — Le concours d'internat en médecine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Andrieu, Estienny, Mlles Dumas, Cola, MM. Morel, Pommepuy, Nigoul.

Internes provisoires : MM. Lapasset, Burgan, Planques.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. d'Hardiviller, professeur d'histologie, est chargé, en outre, jusqu'au 26 février 1926, des fonctions de chef des travaux d'histologie.

— ANGERS. — M. David, docteur en médecine, pharmacien de 1re classe, est institué pour une période de neuf ans, suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

M. David, suppléant de la chaire d'histoire naturelle, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— RENNES. — M. le docteur Malassez est chargé, jusqu'au 31 octobre 1925, du cours de physique.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — Le concours pour sept places de médecin des asiles publics d'aliénés s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Chanès, Robin, Porcher, Carrette, Nayrac, Fromenty, Godard.

Les questions écrites ont été : « Voies optiques (sans l'histologie de la rétine). — Prophylaxie de la fièvre typhoïde dans un asile d'aliénés. — Les délires séniles. — Le budget des asiles d'aliénés.

MARINE. — M. le médecin en chef de 1re classe Dubois, du port de Toulon, a été désigné pour remplir les fonctions de médecin chef du centre de réforme de ce port, en remplacement de M. le docteur Roux-Freissineng, promu médecin général et admis dans la 2e section du cadre.

L'ŒUVRE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE PENDANT LA GUERRE. — M. Justin Godard, dans son discours à la séance d'inauguration du Congrès médical franco-polonais, a apporté quelques souvenirs intéressants sur l'œuvre médicale pendant la guerre. Citons quelques chiffres. Dans leur sécheresse ils sont éloquents :

Il y eut 20.000 médecins de réserve mobilisés, 1.700 médecins de l'active.

120.000 lits furent organisés aux armées, 506.000 lits à l'intérieur.

3.153.000 blessés furent hospitalisés parmi lesquels il y eut 93.586 grands mutilés, dont 30.000 ayant perdu un œil, 1.931 aveugles, 13.000 amputés de la cuisse, 9.000 de la jambe, 1.200 de l'épaule, 9.000 du bras, 3.200 de l'avant-bras.

Les gaz asphyxiants firent 128.000 infirmes.

Du côté médical voici quelques constatations intéressantes.

Variole : en 1870 on avait observé 200.000 cas à Paris, de 1914 à 1918 il y a eu 56 cas et 5 décès.

Choléra : néant.

Typhoïde : 1914, dernier trimestre, 45.000 cas, 8.000 décès.
1916, 12.456 cas.
1917, 1.657.
1918, 665.

SECTION DE MÉDECINE DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS DE PARIS. — C'est le samedi soir 9 mai à 20 h. 30 qu'aura lieu la représentation de la grande revue Médicale : « *On dit....... sec* » deux actes de MM. C. Beveraggi et R. Girard que présente la Section de médecine de l'A. G. des étudiants à la Salle Adyar 4, Square Rapp.

Tous les médecins et étudiants en médecine ne manqueront pas de venir nombreux à ce spectacle qui évoquera devant eux les faiblesses, les malices et aussi les charmes de la Grande Famille Médicale. Prix des places : 15 et 10 francs. Pour les membres de l'A. 6 francs.

Il est prudent de louer ses places à la Section de médecine de l'A. de 14 h. 30 à 18 h. 30 tous les jours, 13, rue, de la Bûcherie.

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE (11-12-13-14 JUILLET). — Liste des conférences :

M. Bordet, professeur à l'Université libre et directeur de l'Institut Pasteur de Bruxelles : *La lyse microbienne.*

M. Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid : *Biologie de la radiothérapie gynécologique.*

M. Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine de Rome : *La pathogénie des soi-disant infections intestinales.*

M. Dartigues, président de la Société de médecine de Paris et de l'U. M. F. I. A. : *Direction actuelle et destinée de la chirurgie.*

M. J.-L. Faure, professeur à la Faculté de médecine de Paris : *Traitement du cancer du col de l'utérus.*

M. Jacob, médecin-inspecteur général, chef supérieur du service de santé des armées du Rhin : *Le service de santé en Allemagne occupée.*

M. Levaditi, chef de service à l'Institut Pasteur : *Considérations générales sur la bismuthothérapie de la syphilis. Nouvelles recherches sur le mode d'action et de résorption du bismuth.*

M. Regaud, directeur de l'Institut du radium de l'Université de Paris : *La part de la chirurgie, de la curiethérapie et de la rontgenthérapie dans le traitement du cancer du col de l'utérus.*

M. Renon, ancien membre du Conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France : *Du syndicalisme vis-à-vis des collectivités. Ce qu'il est, ce qu'il devrait être.*

M. Roger, doyen de la Faculté de Médecine de Paris : *Les fonctions internes du poumon.*

HÔTEL-DIEU. — Le docteur P. Sainton a commencé une série de conférences d'Endocrinologie clinique le lundi 20 avril et les continuera les lundis suivants à 11 heures (amphithéâtre Dupuytren).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — M. le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, commencera une série de cinq conférences de gastro-entérologie pratique le mardi 9 juin, à 10 h. 1/2, salle Aran, et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. Sujet des conférences : « L'hyperchlorhydrie, ses modalités, ses complications et son traitement. »

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beauvisage, ancien sénateur du Rhône; Jousset de Bellesme (de Paris); de M. le médecin-major Monéry, conservateur du musée du Val-de-Grâce, et de M. Levy-Weissmann, interne des hôpitaux de Paris.

NOTES DE PRATIQUE

GOUTTE CHRONIQUE

Indépendamment du régime et des soins d'hygiène, prendre matin et soir, un cachet de 0g25 de Théosalvose lithinée. Cesser 10 jours par mois, durant lesquels la Théosalvose sera remplacée par la résine de gaïac en cachets de 0g50 (3 fois par jour après les repas).

Quatre fois par an, cure laxative à domicile : une cuillerée à café de sulfate de soude à prendre à jeun, pendant trois semaines à un mois.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES CLINIQUES DE LA SYPHILIS ARTICULAIRE DE L'ADULTE [1]

Par GILBERT-DREYFUS et PIERRE BOURGEOIS,

Internes des hôpitaux de Paris.

NOTA. — *Les épreuves de la première partie de cet article n'ayant pu être corrigées en temps voulu, il s'est glissé dans le texte un assez grand nombre d'erreurs.*

Les unes sont des fautes typographiques (indolosité *pour* insidiosité), *que le lecteur aura pu rétablir de lui-même.*

Les autres sont des omissions : *c'est ainsi qu'à propos des* HYDARTHROSES *nous signalions l'opinion de Louste sur la polynucléose du liquide de ponction; elle serait l'indice d'une lésion osseuse de voisinage restée en pleine activité.* (*Hydarthrose* symptomatique.)

Dans le chapitre des OSTÉOARTHRITES SYPHILITIQUES, *au paragraphe* formes cliniques (*III*), *il faut lire :*

Enfin, d'après le siège des lésions, nous citerons la *coxalgie* et le *mal de Pott* syphilitiques qu'un examen systématique permet de déceler chez des sujets traités parfois pour tuberculose articulaire. Ici les lésions sont souvent mal précisées au point de vue anatomique; elles se confondent vraisemblablement, dans bien des cas, avec les rhumatismes localisés. Il faut signaler aussi les formes avec fracture spontanée et pseudarthrose consécutive au cours des arthrites sternoclaviculaires.

II

LE RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE

Sous le terme à dessein un peu vague de rhumatisme chronique, nous étudierons toute une série de manifestations articulaires chroniques, généralisées ou localisées, à tendance déformante ou ankylosante.

Contrairement aux formes précédentes, depuis longtemps individualisées, les divers aspects cliniques du rhumatisme chronique syphilitique ne sont connus que depuis peu. Les traités classiques ne le mentionnent pas. C'est qu'*il est difficile à première vue d'en soupçonner l'origine*. Souvent rien ne le distingue du rhumatisme banal lié à une intoxication ou à une infection atténuée ou chronique (Flandin). Généralement il relève d'une syphilis *ancienne* si *peu virulente* que le malade n'en a pas souffert, n'a jamais présenté de lésions apparentes et que le médecin est bien embarrassé pour découvrir un signe de certitude de l'infection.

« Néanmoins, son apparition chez des sujets *indemnes de toute autre tare*, la coexistence possible de signes d'imprégnation de l'organisme par le tréponème, lésions acquises en activité ou stigmates héréditaires, enfin et surtout l'*action du traitement* mercuriel, arsénical ou bismuthique sont des preuves suffisantes du rôle joué par le spirochète dans la genèse des accidents observés (Vagnon). »

I. Formes généralisées. — *A.* RHUMATISME DÉFORMANT SYPHILITIQUE. — Parmi les formes généralisées il faut citer en première ligne le rhumatisme chronique déformant syphilitique. Il est constitué par un ensemble de troubles évoluant de façon progressive, prolongée, torpide, vers les déformations qui entraînent une gêne considérable dans le fonctionnement des jointures et amènent peu à peu les malades à l'impotence absolue.

A l'heure actuelle, l'existence du rhumatisme chronique déformant syphilitique n'est plus guère discutée.

Cependant l'origine syphilitique est difficile à mettre en évidence.

On est en présence d'un rhumatisme noueux (*polyarthrite déformante généralisée*) *d'aspect banal* avec sa marche chronique, tenace, entrecoupée de poussées subaiguës et sa topographie ascendante et symétrique. Le début s'annonce en général par des *crises articulaires douloureuses*. Diffuses dans certains cas elles se localisent en général d'emblée au segment qui sera le premier déformé. Parfois ce sont des douleurs brutales « excessives » (Fournier) arrachant des cris dès le moindre contact, contraignant le malade à l'immobilité. Ordinairement elles ne revêtent pas une telle intensité et prennent le caractère de fourmillements, d'engourdissements, de paresthésies, de crampes.

Elles procèdent volontiers *par accès successifs* qui se répètent à intervalles plus ou moins éloignés s'accompagnant parfois de petites poussées d'hydarthrose, exceptionnellement de fièvre. Ces phénomènes prodromiques siègent en général au niveau des orteils ou des doigts.

A cette phase d'*arthralgies* succède la phase d'*arthrite* avec gonflement léger, peu inflammatoire, mais douloureux à la pression.

Bientôt le gonflement se résorbe et les déformations se constituent.

Ainsi les *extrémités distales se trouvent-elles les premières déformées* et notamment les *petites articulations des deux mains et des deux pieds*. Dans la suite les grandes articulations vont être atteintes successivement au bout d'un certain temps d'évolution.

A la période d'état c'est l'aspect caractéristique de la *maladie de Charcot*.

Les doigts sont immobilisés selon le type de flexion caractérisé par l'extension de la phalangette, la flexion de la phalangine, l'extension de la phalange sur la tête des métacarpiens et la flexion du carpe sur l'avant-bras. Plus rarement c'est le type d'extension ou le type rectiligne. Le pouce dont la première phalange est fléchie conserve une mobilité relative.

Enfin et surtout les doigts sont, dans leur ensemble, déjetés « en coup de vent » vers le bord cubital de la main. Les poignets sont déformés et hypertrophiés, particulièrement sur la face dorsale. Le coude est fléchi, l'avant-bras en pronation. L'épaule est collée au thorax.

Aux membres inférieurs les lésions sont du même type, mais souvent moindres. Le gros orteil est porté en haut et en dehors en hallux valgus, chevauchant les autres orteils eux-mêmes déformés : le pied prend l'aspect de pied bot varus équin, valgus ou de pied plat. La tibio-tarsienne est ankylosée, l'extrémité supérieure du tibia se porte en arrière, le condyle du fémur fait saillie en avant, la rotule et la tête du péroné en dehors, le genou et la hanche se fléchissent, la marche est entravée.

Peu à peu les troubles fonctionnels s'aggravent, les mouvements spontanés sont pénibles, incomplets, douloureux.

A l'examen on constate que les mouvements provoqués sont impossibles au delà d'une certaine

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 31, p. 501.

limite. En voulant dépasser leur amplitude on réveille une vive douleur. Le palper des têtes articulaires lui-même est pénible, on les perçoit nettement subluxées entre les muscles atrophiés, les tendons et les ligaments rétractés. En outre les réflexes peuvent être exagérés.

En même temps les crises douloureuses se répètent, chacune d'elles laissant les lésions plus avancées, les sujets plus affaiblis. Finalement, après dix, vingt ans et plus d'une évolution interminable, le malade est réduit à l'état de véritable infirme : l'ankylose complète s'est installée, le confinant au lit, rendant illusoire toute tentative de mobilisation. La colonne vertébrale a pris part au processus, la tête est soudée au tronc, le menton au contact du sternum, la mastication et la nutrition sont entravées par l'atteinte des temporo-maxillaires; les masses musculaires, l'éminence thénar, les interosseux ont littéralement fondu; les troubles trophiques ont apparu, la peau est sèche, dure et squameuse, les phanères altérés, la sensibilité émoussée; la déchéance physique atteint son maximum d'intensité; c'est en un mot le tableau d'une cachexie rhumatismale extrême avec son retentissement sur les divers appareils (cœur, poumons, reins), ses complications et son pronostic.

Pour établir un bilan exact des lésions un *examen radiographique* s'impose. Généralement les extrémités osseuses n'apparaissent pas augmentées de volume, mais les *épiphyses décalcifiées* donnent une image floue à contours grisâtres, irréguliers. Plus tardivement les *cartilages ont disparu*, les *espaces interosseux sont très réduits* ou même supprimés par la fusion des têtes osseuses que soude quelquefois un *manchon fibreux*.

Un tel tableau n'a rien de spécifique et peut être dans l'ensemble réalisé par des facteurs étiologiques multiples. La syphilis tend à y occuper une place chaque jour plus importante. Souques émet des réserves à son sujet, Dufour et ses élèves insistent au contraire sur l'origine syphilitique fréquente du rhumatisme déformant. Pour eux un certain nombre de caractères plaident en faveur de la syphilis : l'*âge* relativement jeune du sujet chez lequel débute l'affection (c'est cependant aux abords de la ménopause que peut s'installer chez la femme le rhumatisme syphilitique), le *caractère plus vif, plus nettement articulaire de la douleur*, l'intensité des *arthralgies*, l'existence de *névralgies*, d'*atrophie musculaire*, de poussées d'*hydarthrose*, la progression *moins régulièrement symétrique* et envahissante des lésions et l'*atteinte profonde et précoce des grosses articulations* : genou, coude, épaule.

Radiographiquement il y aurait *destruction moins rapide des bandes de cartilage articulaire et pas de tendance à l'augmentation de volume des extrémités osseuses*, donc : ostéite plus *atrophiante* qu'hyperostosante, et *rareté des ankyloses vraies*.

Mais ces caractères ne sont nullement pathognomoniques; on les retrouve dans d'autres formes de rhumatisme et particulièrement dans la poly-arthrite déformante tuberculeuse au cours de laquelle l'infiltration bacillaire détermine une raréfaction irrégulière du tissu osseux.

Par ailleurs, ces signes de présomption sont des plus inconstants : *en matière de rhumatisme il n'est guère de lésions que la syphilis ne puisse créer.* L'hyperostose des épiphyses, la présence d'ostéophytes ont même été constatées (M.-P. Weil).

Mais la nature syphilitique du rhumatisme est extrêmement délicate à établir. Il s'agit, en effet, d'une manifestation *tardive* de la syphilis acquise ou plus souvent héréditaire liée à une infection atténuée, froide, telle qu'on peut l'observer chez les *syphilitiques contagionnés par la conception.* Les antécédents arthritiques, les troubles de la sécrétion interne provoquent un état de réceptivité spéciale et *apparaissent parfois mieux en évidence que les symptômes de la série syphilitique.*

Là encore, et plus qu'ailleurs peut-être, le *traitement d'épreuve* constitue la pierre de touche du diagnostic.

Mais en présence d'une affection aussi profondément ancrée dans l'organisme et malgré quelques résultats thérapeutiques surprenants, il n'est pas toujours aisé d'en affirmer les bénéfices. L'action du traitement *sur les manifestations douloureuses* est nette, cependant que les déformations sont peu modifiées.

En résumé, il semble impossible d'arriver à des conclusions certaines.

B. Autres rhumatismes chroniques syphilitiques. — Du rhumatisme poly-articulaire, chronique, déformant typique, il convient de rapprocher :

Le *rhumatisme fibreux* que caractérise l'absence de troubles à proprement parler ostéo-articulaires.

Le *rhumatisme ankylosant* où, succédant à un processus très légèrement inflammatoire, l'ankylose s'installe précocement accompagnée de vives douleurs et de contractures musculaires (Gastou et Chantassin).

On a signalé, enfin, d'innombrables formes cliniques encore mal individualisées.

Formes pathogéniques. — Ce sont les rhumatismes d'origine *nerveuse*, d'origine *artéritique* et surtout d'origine *endocrinienne* : on a décrit des formes de rhumatisme associé à des troubles de la sécrétion thyro-parathyroïdienne (Finck), à la pigmentation, à l'insuffisance ovarienne (M.-P. Weil).

Formes topographiques. — Récemment on a insisté sur des formes de rhumatisme atteignant électivement les *extrémités distales*, ou au contraire frappant de *grosses articulations symétriques*, on peut voir des rhumatismes à disposition nettement *hémiplégique*, d'autres atteignant des *groupes d'articulations synergiques.*

Ce sont là des formes partielles qui nous amènent à l'étude des formes localisées du rhumatisme syphilitique.

II. **Formes localisées.** — Il paraît établi à l'heure actuelle que le rhumatisme syphilitique peut frapper n'importe quelle articulation et y engendrer les lésions les plus diverses. Mais plus encore que les précédentes les formes localisées *échappent entièrement à tout essai de systématisation.*

1. *Au niveau de grosses articulations* on observe assez fréquemment des arthrites sèches (*rhumatisme monoarticulaire déformant*). Il existe des formes frustes qui ne s'accompagnent ni de douleurs, ni de gêne fonctionnelle marquée. Un seul signe attire l'attention des malades : l'apparition de *craquements articulaires* parfois très intenses et perceptibles même à distance lors de l'exécution de mouvements spontanés ou provoqués. Souvent, dans ce cas, on se contente du diagnostic d'arthritisme.

Ailleurs, la symptomatologie est plus marquée; l'affection semble avoir la *hanche* pour siège d'élec-

tion, elle y réalise une modalité de *morbus coxae senilis* (Adam), de *coxarthrie* (Léri) qui peut être bilatérale, prédominant d'un côté.

Tantôt elle succède à une poussée rhumatismale aiguë ou subaiguë avec gonflement léger qui s'amende en quelques semaines; tantôt, au contraire, son début se fait selon un mode absolument insidieux.

Pendant plusieurs années tout se réduit à de vagues manifestations douloureuses sur lesquelles se greffent des *épisodes paroxystiques*. Parallèlement se développe une gêne fonctionnelle croissante à prédominance matinale.

Peu à peu le malade doit abandonner les longues courses, puis toute marche est impossible, bientôt la station debout elle-même devient intolérable.

Ce n'est que tardivement, qu'en raison de cette incapacité progressive de l'article, le malade vient consulter. On est frappé d'emblée par l'*atrophie des masses musculaires* : c'est cette amyotrophie qui conditionne la limitation des mouvements spontanés. Quant aux mouvements provoqués ils sont possibles, mais douloureux et de moindre amplitude, et contrastent avec un certain degré de laxité ligamentaire.

Quand l'arthrite revêt une *forme hypertrophiante*, il existe un œdème des tissus péri-articulaires, accompagné d'épanchement et de gros troubles fonctionnels aggravés par la présence possible de corps étrangers articulaires.

Dans les *formes atrophiques* on ne note pas de déformations extérieures.

Dans l'ensemble, le diagnostic clinique de coxarthrie repose sur trois points essentiels (Léri) :

1° La douleur *localisée à la région rétrotrochantérienne* et au pourtour de la hanche, qu'on réveille par la percussion du trochanter, immédiate ou à distance.

2° L'*atrophie fessière* avec abaissement du pli fessier et absence de troubles réflexes.

3° La *limitation de l'extension et de l'abduction* lorsque le membre est fléchi, de la *rotation externe* lorsqu'il est étendu.

Le *cliché radiographique* montre la déformation (écrasement ou aplatissement) des extrémités articulaires ostéoporosées, la constitution de volumineux *ostéophytes* intra ou juxta-articulaires, isolés, puis confluents en couronne, l'atteinte des cartilages, l'ossification partielle des ligaments et du bourrelet cotyloïdien, l'épaississement possible du périoste, enfin le développement anormal du bec trochantérien.

Sous l'influence d'un traitement énergique on a pu voir des lésions intenses se modifier avec une *étonnante rapidité* et la guérison complète survenir. Mais plus généralement on assiste à l'*aggravation progressive* de l'affection dont l'évolution se fait de façon interminable vers l'impotence absolue et l'ankylose articulaire.

L'*arthrite sèche du genou* se rapproche dans ses grandes lignes de celle de la hanche.

Elle se complique volontiers de *blocage* articulaire. Ce phénomène est imputable à la présence de corps étrangers qui flottent plus ou moins librement à l'intérieur de la synoviale et dont le coincement commande un arrêt brusque et douloureux en demi-flexion.

Aux lésions articulaires s'associe parfois un certain degré de *péri-arthrite* et notamment au cours du rhumatisme scapulo-huméral.

Par ailleurs il existe des formes *fibreuses* localisées, à tendance ankylosante et qu'accompagnent souvent des douleurs extrêmement vives s'irradiant le long du trajet des nerfs.

2. Les *petites articulations* peuvent être aussi atteintes électivement par le processus rhumatismal. On a signalé un cas d'*ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique* avec doigts déformés en baguette de tambour, ongles élargis, incurvés en verre de montre, dont l'origine syphilitique a été mise en lumière par l'action curatrice du traitement.

3. Une place à part doit être faite aux *manifestations vertébrales*. Il semble que l'on soit en droit de décrire des formes primitivement localisées à la colonne mais que la pénurie de documents ne permet guère de les préciser.

Le *rhumatisme vertébral ostéophytique* et la *spondylose chronique ankylosante* avec leurs néoformations en crochets et leurs festons latéraux de ligamentite ossifiante peuvent être généralisés ou segmentaires.

Des douleurs spontanées, accentuées par les mouvements, une limitation de la mobilité et particulièrement de la torsion, des craquements perçus par le malade et retrouvés à la palpation, des troubles oculopupillaires, une raideur progressive amenant peu à peu la flexion de la tête; tel est le tableau du *rhumatisme cervical*.

Dans une thèse récente sur les *spondylites syphilitiques*, Quignard signale comme élément de diagnostic avec le mal de Pott le *caractère nocturne des douleurs*, leur *résistance à l'immobilisation*, *l'absence d'adénopathies et d'abcès par congestion*. Il signale que, non traitée, une spondylose peut se compliquer de lésions nerveuses par *compression* médullaire ou *méningite* syphilitique; exceptionnellement de mort subite par luxation atloïdo-axoïdienne.

Le *rhumatisme dorsal* est une rareté.

Le *rhumatisme dorso-lombaire* s'accompagne de troubles *trophiques* et *sensitivo-moteurs* dans le domaine du sciatique.

Le *rhumatisme lombo-sacré* ou *lombarthrie* a été particulièrement étudié par Léri qui insiste sur l'aspect *canelé* du canal vertébral (vertèbres en diabolo).

Il existe aussi quelques observations assez probantes de *spondylose rhizomélique* d'origine syphilitique : le début se fait par des douleurs dans les membres inférieurs et la région sacro-coccygienne qui s'ankylose. Après une accalmie suivie d'une reprise des mêmes phénomènes au niveau de la région cervico-dorsale, les hanches, puis les épaules s'immobilisent. Le malade prend alors une attitude particulière, ployé en Z, sa marche est considérablement gênée. L'examen radiologique montre l'ossification des ligaments et l'absence d'ostéophytes.

Toutes ces manifestations localisées du rhumatisme syphilitique apparaissent liées à une syphilis très ancienne, acquise ou héréditaire. Elles sont en général, mais non de façon absolue, l'apanage de sujets âgés. Leur étiologie peut être très difficile à établir, l'action du traitement restant souvent d'une interprétation délicate.

III. **Arthropathies déformantes.** — Les arthropathies déformantes (Fournier et Méricamp) étudiées aussi sous le nom d'arthropathies ostéophytiques constituent un aspect encore mal connu et mal

classé des manifestations articulaires de la spécificité. Pour la plupart des auteurs elles appartiennent en propre à l'hérédo-syphilis et en particulier à l'*hérédo-syphilis tardive*. Mais de nombreuses formes les reliant d'une part aux ostéochondrites, d'autre part au rhumatisme déformant mono-articulaire, il ne paraît pas impossible de les voir réalisées par la syphilis tertiaire acquise (Schuller).

Elles frappent avec prédilection le *coude*, moitié moins souvent le genou, beaucoup plus rarement le poignet ou les doigts.

Leur mode de début est difficile à préciser. Une simple lourdeur, des picotements, des fourmillements articulaires en sont les prodromes effacés et longtemps inaperçus, cependant qu'à bas bruit s'installent les grosses déformations anatomiques.

C'est un travail d'*hyperostose épiphysaire* irrégulier aboutissant à la production d'ostéophytes para et intra-articulaires. Par leur nombre ils constituent une efflorescence capricieuse, exubérante, bourgeonnant à l'aventure, déformant l'article de la façon la plus variable.

Ce n'est parfois qu'après plusieurs années d'évolution anatomique que l'affection se révèle cliniquement par des troubles fonctionnels: douleurs vagues, difficulté des mouvements par limitation mécanique, tendance à l'attitude vicieuse. La symptomatologie est nette; vérifiant les données fournies par l'inspection, la palpation montre les saillies épiphysaires anormales, irrégulières, ramifiées en petits ostéophytes indolents à la pression. L'articulation elle-même est longtemps indemne. Tardivement apparaissent des craquements liés à l'atteinte des éléments articulaires.

Peu à peu l'atrophie musculaire se constitue, les rétractions de la synoviale, des cartilages, des ligaments, entraînent une déformation qui, à son maximum, peut simuler une *luxation*. D'autres fois une *ankylose* plus ou moins complète se fait en attitude vicieuse. Tardivement l'affection aboutit à une véritable difformité, entraînant chez l'adolescent, l'arrêt de développement du membre atteint.

Son pronostic, on le conçoit, est toujours très réservé.

CONCLUSIONS

Il se dégage de l'étude des manifestations articulaires de la syphilis la notion d'une grande complexité.

Si certaines formes, entrées depuis longtemps dans le domaine classique semblent d'un diagnostic évident, d'autres restent mal précisées et l'on se heurte pour établir leur étiologie à d'extrêmes difficultés.

L'examen local de l'articulation malade ne fournit aucun signe pathognomonique. La *radiographie* elle-même peut montrer les altérations les plus diverses : ostéo-arthrite proliférante avec épaississement du périoste et ostéophytes; ostéo-arthrite raréfiante évoluant ultérieurement vers la sclérose et l'ostéite condensante; ostéo-arthrite destructive (Gastou).

Ce sont :

l'étude des antécédents spécifiques et la recherche des stigmates de syphilis,
les réactions biologiques,
l'épreuve du traitement,

qui permettront de soupçonner ou d'établir la nature des accidents articulaires.

1° Il faut chercher à dépister la syphilis par un **examen clinique complet** et par une enquête précise sur le passé du malade, l'état de ses parents, de ses frères et sœurs, de ses enfants (*importance des avortements*, de la polymortalité infantile). On s'attachera à découvrir les symptômes de la série secondaire et surtout les manifestations tardives acquises ou héréditaires. Lésions *nerveuses :* céphalée, méningite fruste, tabes incipiens ou syphilis cérébrale. Lésions *cardio-vasculaires :* aortite et ses corollaires : hypertension, sclérose artérielles. Lésions *cutanées :* syphilides, gommes, vitiligo. Lésions *oculo-pupillaires :* iritis, kératite, atrophie choroïdienne. Lésions *endocriniennes :* insuffisance uni ou pluriglandulaire. Troubles *trophiques* osseux et dentaires, déformations du nez, du front, des oreilles, tibias en lames de sabre, dents d'Hutchinson, tubercules de Carabelli.

Cependant les manifestations articulaires de la syphilis, ou tout au moins les manifestations tardives à évolution chronique sont souvent le fait de syphilis très anciennes, à virulence atténuée et n'ayant donné souvent aucun symptôme avant l'apparition des arthropathies. L'examen clinique le plus minutieux, n'arrive pas à découvrir de signes nets de spécificité.

2° Les **épreuves de laboratoire** (réaction de Bordet-Wassermann et réactions similaires) sont d'un grand secours, mais n'ont pas de valeur absolue; leur absence n'infirme pas une origine syphilitique possible, de même leur positivité n'établit pas de façon certaine la nature des manifestations.

Il faut attribuer une signification plus grande en cas d'épanchement articulaire à la réaction de Wassermann pratiquée dans le liquide de ponction et dont la positivité peut exister sans autre modification humorale. Quant à l'étude de la formule cytologique du liquide elle ne fournit pas de renseignements décisifs.

3° Dans bien des cas on se contentera de signes de probabilité pour établir un **traitement d'épreuve**. Mais, nous l'avons vu, le traitement ne saurait faire disparaître de façon complète et définitive les lésions trop anciennes et notamment celles du rhumatisme chronique.

Ici, comme au cours des aortites, il calme les douleurs, et arrête l'affection dans son évolution, mais rarement il détermine une rétrocession marquée des désordres articulaires.

D'autre part, il semble possible d'améliorer des lésions articulaires banales par des injections de produits antisyphilitiques, dont l'action est si complexe et si diverse.

Le traitement d'épreuve lui-même n'est donc pas un critérium absolu. Il peut être parfois impossible d'affirmer avec certitude la nature de certaines arthropathies.

BIBLIOGRAPHIE.

AUCLERT. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, *Th. de Paris*, 1908.

APERT, BRAC et ROUSSEAU. Rhumatisme ankylosant poly-articulaire et sclérodermie, *Soc. de dermat. et de syphil.*, juillet 1908.

AUDET. *Bull. med. de Québec*, janv. 1924.

BROCA (Aug.). Aspects cliniques de la syphilis articulaire. Origine traumatique possible, *Presse méd.*, 2 nov. 1921; — Arthropathies syphilo-traumatiques du genou, *Soc. de méd. légale*, oct. 1921.

BERING. Uber Gelenkerkrankungen bei erworbener Syphilis, *Deut. med. Woch.*, 1912.
BURTOS. *Semena med.*, 8 nov. 1923.
BARRÉ. Troubles médullaires et arthrite vertébrale chronique, *Soc. méd. du Bas-Rhin*, 20 mars 1923.
BONNET (L.-M.). Pseudo-rhumatisme syphilitique précoce simulant un rhumatisme blennorragique, *Lyon méd.*, 1921.
BROUARDEL, GIROUX et LORY. Un cas d'arthropathie syphilitique chronique avec vitiligo, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1er déc. 1922.
BLUM (P.). Arthralgies au cours de la syphilis, *Bull. méd.*, 1923, n° 31.
BALZER, GALIOT et CHANTASSIN. Ostéo-arthrite syphilitique du coude, *Soc. de dermat.*, 1914.
BISSERIÉ. Deux observations d'ostéo-arthrite syphilitique. *Th. de Montpellier*, 1923.
BOURRET et CHABAL. Manifestations oculaires dans un cas de syphilis héréditaire, *Marseille méd.*, 1919.
CARNOT et BLAMOUTIER. Rhumatisme chronique déformant chez un syphilitique, amélioration très nette par le traitement arsenical, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 juin 1923.
CHENET. Notes sur l'ostéite et les ostéo-arthrites dans l'hérédo-syphilis tardive, *Th. de Paris*, 1918.
CHRÉTIEN. *Revue de méd.*, 1893.
CLUTTON Symetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis, *The Lancet*, 27 feb. 1886.
CANTONNET. Le quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson, *Paris méd.*, 6 sept. 1919.
CASTEX. Un nouveau stigmate de syphilis héréditaire tardive, *Prensa med. argentina*, 20 janv. 1919.
CASTEX et DENIS. Syphilis articulaire tardive. Manifestations articulaires, *Prensa med. argentina*, 10 juin 1918.
CHESNEY, Jarold E. KEMP and William H. RESNIK. Syphilitic arthritis with eosinophilia recovery of pallium from the synovial fluid, *John Hopkins hosp. Bull.*, august 1924.
CLÉMENT. De l'importance des signes articulaires de la syphilis articulaire tardive; leur adjonction à la triade d'Hutchinson, *Th. de Lyon*, 1922.
DUFFIN. Cases of syph. rhumatism, *El. Soc. of London*, 1869.
DUFOUR. Etiologie syphilitique du rhumatisme poly-articulaire chronique déformant, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 mars 1915; — Sur la fréquence de la syphilis chez les malades, *Ibid.*, 29 fév. 1924.
DUFOUR et DUCHON. Deux nouveaux cas de rhumatisme chronique déformant poly-articulaire syphilitique, *Ibid.*, 2 nov. 1923.
DUFOUR, DUCHON et DURAND. Rhumatisme chronique déformant poly-articulaire syphilitique très amélioré par le traitement bismuthé, *Ibid.*, 25 mai 1923.
DUFOUR et RAVINA. Etiologie syphilitique du rhumatisme poly-articulaire chronique déformant, *Ibid.*, 1921.
DEGRANDMAISON et BOIDIN. Hydarthrose syphilitique volumineuse et précoce du genou gauche, *Arch. gén. de méd.*, janv. 1902.
DEFONTAINE. Arthropathies de la syphilis héréditaire, *Th. de Paris*, 1883.
DANJOU. Contribution à l'étude des arthropathies déformantes dans la syphilis héréditaire, *Th. de Paris*, 1887.
DOHEN. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques chez l'enfant, *Th. de Paris*, 1919-1920.
DUHOT. Sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 30 nov. 1923.
DUPUY DE LA BADONNIÈRE. Kératite et hydarthrose hérédo-syphilitique, *Th. de Lyon*, 1921-1922.
DAUZAT. Etude sur l'arthrite syphilitique, *Th. de Paris*, 1875.
DUREUIL. Contribution à l'étude des pseudo-tumeurs blanches syphilitiques tertiaires, *Th. de Paris*, 1881.
EURIÈRES, BLOUQUIER DE CLARET et PAGES. Syndrome strié d'origine syphilitique et rhumatisme chronique déformant, *Soc. des sc. méd. de Montpellier*, 9 mars 1923.
FOUQUET. Traité de la syphilis articulaire, *Th. de Paris*, 1904-1905; — Hérédo-syphilis tardive. Hydarthroses bilatérales et symétriques multiples. Guérison par le traitement spécifique, *Soc. de dermat. et de syphil.*, avril 1913.
FOURNIER (Ed.). Du rhumatisme chronique déformant comme manifestation possible d'hérédo-syphilis, *Soc. de dermat. et de syphil.*, 1901; — In *Traité de médecine et de thérapeutique* Sergent, Babonneix et Ribadeau-Dumas; — *Hérédo-syphilis de l'adulte*, Masson.
FATOU. Manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis, *Bull. méd.*, 28 juin 1924.
FLANDIN. Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 déc. 1923.
FINK. Rhumatisme chronique déformant par insuffisance thyroparathyroïdienne d'origine spécifique, *Bull. méd.*, Paris 1921.
GASPAIS. Mal de Pott sous-occipital syphilitique, *Th. de Paris*, 1912-1913.
GÉRIN-ROSE. *Union méd.*, 1869.
GANGOLPHE. Localisations articulaires de la syphilis tertiaire, *Congrès de chir.*, 1885.
GRESSENT. Des manifestations tardives de la syphilis héréditaire, *Th. de Paris*, 1874.
GALEZOWSKI. *Soc. de dermat, et de syphil.*, 1901.
GASTOU. La syphilis ostéo-articulaire, *Paris méd.*, 3 mars 1913, n° 9.
GASTOU et CHANTASSIN. Poly-arthrite progressive déformante, ankylosante, généralisée, probablement d'origine syphilitique héréditaire, *Soc. de dermat. et de syphil.*, 4 déc. 1913.
GILBERT, BENARD et FATOU. Un cas de poly-arthrite hérédo-syphilitique tardive, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 14 déc. 1923.
GAILLARD. Le pseudo-rhumatisme syphilitique, *Ibid.*, 1906.
GOUGEROT. Forme articulaire pseudo-rhumatismale des crises nitritoïdes viscérales, *Paris méd.*, 1923.
GUILLAIN et HAMEL. Ostéopathie syphilitique avec Argyll, *Revue de neurol.*, 1905.
GEISMAR (Mme S.). Le rhumatisme chronique déformant syphilitique, *Th. de Paris*, 1922.
GRIFFON et DEHERAIN. Pseudo-rhumatisme syphilitique, hydarthrose volumineuse, étude cytologique et expérimentale de l'épanchement, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 janv. 1906.
GRIFFON et ABRAMI. Hydarthrose syphilitique secondaire, *Tribune méd.*, 1906.
GONARIANTZ. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, *Th. de Lyon*, 1914.
GAUCHER. Arthropathies et syphilis héréditaire, *Journ. de méd. interne*, Paris 1906.
HAGUENEAU et BERNARD. Rhumatisme chronique déformant et syphilis, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 19 janv. 1923.
HARVIER et DECOURT. Rhumatisme chronique déformant chez deux femmes hérédo-syphilitiques, *Ibid.*, 30 nov. 1923.
HARVIER et BARIÉTY. *Paris méd.*, 23 fév. 1925.
HUZAR. *Wiener klin. Woch.*, 1914.
IMBERT. Des arthropathies syphilitiques, *Gaz. des hôpit.*, 18 fév. 1899.
JEANSELME. *Soc. de dermat.*, avril 1913.
JACQUEAU. *Soc. franç. d'ophtalm.*, 5 mai 1908.
KIRMISSON et JACOBSON. *Revue d'orthopédie*, 1897.
LANCERAUX. Mémoire à la *Société de chirurgie*, sept. 1863.
LOEPER, BERGERON et VAHRAM. Syphilis et rhumatisme. Sa médication, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 juillet 1916.
LESNÉ et LANGLE. *Syphilis articulaire*, in Roger, Widal, Teissier.
LEBAR et JOURDANET. Arthrite purulente du doigt avec chancre, *Soc. de dermat. et de syphil.*, 1913.
LÉCHELLE. Ostéo-arthropathie syphilitique tibio-tarsienne, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922.
LEVIN. Synovite de l'articulation du genou comme manifestation tardive de la syphilis acquise, *Arch. gén. de méd.*, 1909.
LEREDDE. Le diagnostic de la syphilis et le traitement d'épreuve : essai de critique constructive, *Bull. de thérap.*, Paris 1918-1919.
LACAPÈRE et LAURENT. Syphilis articulaire chez les indigènes au Maroc, *Paris méd.*, 20 sept. 1919.
LOUSTE. Les arthropathies syphilitiques, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 juillet 1914.
MELCHIOR ROBERT. *Nouveau Traité des maladies vénériennes*, 1861.
MAUCLAIRE. In Le Dentu et Delbet.
MILIAN. In *Traité* Gilbert et Thoinot; — A propos du rhumatisme chronique déformant, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 26 janv. 1923.

MERLIER. Les arthropathies hérédo-syphilitiques et la triade d'Hutchinson, *Th. de Paris*, 1918.
MERICAMP. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, *Th. de Paris*, 1882.
MOURIQUAND. Rhumatisme chronique déformant, in *Traité* Sergent.
MOURIQUAND et MICHEL. Idées et conceptions actuelles sur le rhumatisme chronique. Les formes étiologiques et thérapeutiques, *Journ. de méd.*, nov. 1922.
MIGINIAC et CADENAT (de Toulouse). Contribution à l'étude de l'ostéo-arthropathie hérédo-syphilitique tardive de l'épaule, *Revue d'orthopédie*, mars 1922.
MERKLEN et JOURDANET. *Réunion méd. de la IVe armée*, 1916.
MORESTIN. Syphilis articulaire, *Arch. gén. de méd.*, 1901.
MÉTAYER. Les manifestations articulaires de la syphilis héréditaire tardive, *Th. de Paris*, 1903-1904.
MÉNARD et MOZER. Recherche clinique de la syphilis dans les affections synoviales et ostéo-articulaires, *Journ. de méd.*, Paris, juillet 1923.
MOZER. Tableau clinique de la réaction de Wassermann dans les syphilis ostéo-articulaires, *Th. de Paris*, 1907.
NICOLAS, GATÉ et PILLON. *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, oct. 1922.
PINEAU. Arthropathies syphilo-thérapeutiques. Rhumatisme syphilo-arsénical. Etude clinique et pathogénique, *Th. de Paris*, 1923.
POEHLMANN. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1924.
PAILLARD. Syphilis et rhumatisme, *Journ. méd. franç.*, avril 1922.
PILLON. Les formes cliniques de la syphilis articulaire et leur diagnostic avec les arthropathies tuberculeuses, *Th. de Lyon*, 1914.
PLATEAU. Etude sur les épanchements articulaires syphilitiques, *Th. de Paris*, 1877.
PLAUTIER. Rhumatisme chronique et syphilis, *Bull. de la Soc. méd.-chir. de la Drôme et de l'Ardèche*, mars 1905.
QUIGNARD. Contribution à l'étude de la spondylite syphilitique, *Th. de Paris*, 1924.
RICHET (Alfred). Mémoire sur les tumeurs blanches, *Acad. de méd.*, 1853.
ROUGIER. Etude des épanchements articulaires dans l'hérédo-syphilis tardive, *Th. de Paris*, 1924.
RANGUEDAT. Arthropathies et syphilis héréditaire, *Th. de Paris*, 1883.
RUBIN. Ueber Polyarthrites in zweiten inkubation stad. der S., *Arch. f. Derm. und S.*, 1913.
ROBERTS (P. W.). Syphilitic joint disease simulating tuberculosis, *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 9 february 1918, p. 372; — L'hérédo-syphilis facteur d'affections articulaires, *Amer. Journ. of surg.*, mai 1923, vol. XXXVII, n° 5.
SANCET. Arthropathies de la syphilis héréditaire, *Th. de Bordeaux*, 1904.
SCHLESINGER. Pseudo-rhumatisme articulaire fébrile syphilitique, *Klin. Woch.*, 1923.
STEIN. *Med. Record*, sept. 1915.
SICARD. Syphilis vertébrale, in *Chirurgie orthopédique et réparatrice*, Masson.
SAINT-PIERRE. Hérédo-syphilis et manifestations articulaires. *Th. de Lyon*, 1900.
SCHULLER. *Gaz. hebd.*, 1882.
STEINBERG. Du pseudo-rhumatisme syphilitique, *Th. de Paris*, 1898.
TAYLOR. *Amer. Journ. of Derm. and Syph.*, 1871.
TIXIER. In *Neuf agrégés. Pathologie chirurgicale*, Masson.
TRIDON et MIGINIAC. Deux nouvelles observations d'arthrite hérédo-syphilitique de l'épaule, *Revue orthopédique*, 1922.
VOINIER. Contribution à l'étude des ostéo-arthropathies de la syphilis héréditaire, *Th. de Nancy*, 1910.
VERNEUIL. *Gaz. hebd.*, 1873.
VOIFFIER. Du rhumatisme syphilitique, *Th. de Paris*, 1875.
VAGNON. Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique, *Th. de Lyon*, 1924.
VOISIN. Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques, *Th. de Paris*, 1875.
WEIL (Mathieu-Pierre). Hydarthrose syphilitique, *La Médecine*, 1924.
WEIL (Mathieu-Pierre) et BOURGEOIS (Pierre). Contribution à l'étude de la syphilis articulaire de l'adulte, *Presse méd.*, 1925.
WYSOCKI. Über Gelenkerkrankungen bei Lues acquisita, *Arch. f. Derm. und Syph.*, 1911.

ACTUALITÉS

DE LA VACCINOTHÉRAPIE DES AFFECTIONS BUCCALES

Il est fait grand bruit, depuis quelque temps, autour du traitement des inflammations buccales par la vaccinothérapie. Il nous est paru important de mettre au point cette question pour nos confrères de médecine générale qui peuvent être interrogés à ce sujet par leurs malades.

Cette méthode envisage principalement la pyorrhée alvéolaire, que l'on confond habituellement avec la maladie de Fauchard, dont elle n'est qu'un des symptômes; par ailleurs, l'étiologie exacte de cette affection n'est pas encore définie.

On peut donc, dès l'abord, être fixé sur l'efficacité de cette thérapeutique; elle ne s'applique pas, en effet, à la cause même de l'affection, mais à des troubles subséquents qui ne sont que des épiphénomènes.

Si, d'aventure, on obtenait, par un traitement local, la disparition d'une gomme syphilitique, il ne viendrait à personne l'idée que le malade est guéri de son affection générale. C'est cependant le raisonnement qui est fait à propos de la maladie de Fauchard.

Il est à peine besoin d'ajouter que la pratique confirme en tous points ces déductions théoriques. Le traitement vaccinal agit sur le symptôme local, le fait disparaître, mais pour un temps seulement, et il se reproduit avec une rapidité qui n'est pas moins grande qu'à la suite des traitements classiques. Bien mieux, cette action sédative est subordonnée à certains de ces derniers traitements : détartrage, etc. Il semble donc bien qu'il n'y ait là qu'un traitement de plus qui s'ajoute à la liste déjà longue de ceux que l'on a coutume d'utiliser. Il y a lieu toutefois de remarquer que ces derniers sont sans action sur l'état général, tandis que le vaccin peut présenter quelques inconvénients.

Cependant il est des accidents buccaux locaux, d'origine exogène, fort différents par conséquent de ceux que nous venons d'envisager : on pouvait prévoir qu'un stock-vaccin pourrait donner contre eux quelques résultats positifs : ostéites consécutives par exemple à des extractions, polyarthrites inflammatoires, abcès paradentaires aigus ou chroniques. Mais là les résultats ne sont pas obtenus par injection de vaccin, mais en utilisant ce dernier en pansements microbiens.

Ces considérations et ces résultats pratiques marquent bien, sans qu'il soit besoin d'insister, l'état actuel de la question de la vaccinothérapie en stomatologie.

Il convient peut-être de se demander alors, comment a pu s'établir et prospérer une méthode de traitement qui ne correspond point au but qu'elle se propose et que ceux qui l'ont préconisée avaient indiquée, mais par contre donne quelques résultats dans des cas qu'ils n'avaient pas envisagés.

Comme chacun sait, il y a deux catégories de praticiens qui s'occupent de ces questions buccales : les stomatologistes qui sont docteurs en médecine

et les chirurgiens-dentistes qui sortent simplement des écoles dentaires. Or, il se trouve que, dans l'ensemble, les premiers se sont toujours refusé à appliquer les méthodes en question qui ont, par contre, eu le plus grand succès chez les seconds. Cette constatation ne peut surprendre : les docteurs en médecine ont des notions de pathologie générale qui leur permettent de raisonner une thérapeutique. Mais quand on ne peut le faire, on est tout naturellement amené à utiliser les méthodes de traitement en proportion directe du bruit qui est fait autour d'elles. Ceci n'est peut-être pas très grave quand il s'agit d'obturer une dent avec telle ou telle marque de ciment ou d'amalgame. Mais il n'en est pas de même pour l'utilisation d'agents thérapeutiques comme les vaccins. Il est évident qu'il serait préférable qu'ils ne fussent mis qu'entre les mains de praticiens instruits.

La conclusion en est qu'avec les méthodes de traitement modernes, il faudrait supprimer cet anachronisme qui consiste à maintenir, dans cette seule spécialité, un diplôme qui ne correspond plus à la situation actuelle. L'obligation, pour l'exercer du doctorat en médecine aurait double avantage : et de multiplier les chercheurs instruits, ce qui ne manquerait pas d'apporter quelque lumière dans des problèmes encore bien obscurs; et d'éviter des engouements pour des procédés de traitement qu'un peu de réflexion, basée sur des données médicales précises, permettrait d'apprécier à leur valeur exacte.

A. HERPIN.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 14 AVRIL 1925)

Mécanisme de la production d'hydrogène aux dépens du glucose par le bacille coli. — MM. E. AUBEL et J. SALABARTAN.

Sur la constitution chimique du cristallin normal et pathologique. — MM. H. LABBÉ et F. LAVAGNA.

Sur le rôle étiologique de « streptobacillus moniliformis » (nov. spec.) dans l'érythème polymorphe aigu septicémique. — MM. LEVADITI, S. NICOLAU et P. POINCLOUX.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 17 MARS 1925)

Sur le centre d'hygiène infantile (Fondation Paul Parquet). — MM. NOBÉCOURT et MAILLET exposent le fonctionnement de cette maison de convalescence et de régime pour enfants du premier âge. Les enfants y sont reçus de l'âge de quelques jours à trois ans. Les enfants au sein sont reçus avec leur mère. Ne sont pas reçus les enfants atteints de maladie contagieuse ou incurables. Ils séjournent dans un lazaret avant d'être admis en salle. De février 1924, date de l'ouverture, au 1er janvier 1925, le centre a reçu 285 enfants, et il ne s'est produit que 18 décès.

Discussion. — M. APERT signale la mortalité très élevée actuellement au pavillon de la rougeole aux Enfants-malades (51 p. 100). Elle tient à l'état lamentable dans lequel les nourrissons sont amenés des crèches de la ville et des baraques Jourdan. — MM. NOBÉCOURT, Jean HALLÉ, Jules RENAULT dénoncent l'état lamentable au point de vue de l'hygiène des baraques Jourdan. — M. MARFAN. Les statistiques de mortalité dans la rougeole comme dans la tuberculose ne doivent pas être globales, mais établies par années d'âge, et pour la première année par mois. Plus l'enfant est petit, plus la mortalité est élevée. — M. J. RENAULT. Cependant sur une statistique de quatorze ans de rougeoleux à Saint-Louis, la mortalité dans le cours de la première année (32 p. 100), était la même (31 p. 100) que celle de la deuxième année, alors que de deux à cinq ans elle n'était que de 8 p. 100, et de 1 p. 100 après cinq ans.

Le traitement de l'asthme infantile par les rayons ultraviolets. (*Présentation de malade.*) — MM. Léon TIXIER et René MATHIEU remarquent que les méthodes thérapeutiques modernes de l'asthme infantile : la désensibilisation pour les substances anaphylactisantes, l'adrénaline, l'extrait d'hypophyse n'ont pas toujours donné des résultats. Ayant remarqué l'action nette des rayons ultraviolets sur la tétanie, les auteurs ont eu l'idée que l'asthme qui comporte un élément spasmophile serait influencé. Les résultats ont dépassé leurs espérances. Dans quatre cas traités, dès la première séance les accès ont disparu et les malades paraissent guéris, dix autres sont en traitement.

Discussion. — M. NOBÉCOURT. Il y a des asthmes d'origine variée. Certains sont d'origine digestive et guérissent par un régime des féculents, alors que sur d'autres le régime est sans action. — M. DORLENCOURT cite un cas analogue à ceux de M. Tixier. Dans un cas d'asthme familial très grave, l'enfant présentant une déformation du thorax en carène on eut l'idée de le soumettre aux rayons ultraviolets, il n'a plus présenté de crises depuis le début du traitement, et la bronchite chronique a disparu. — M. MARFAN rappelle que dans beaucoup de cas le vieux traitement par l'iodure de potassium à petite dose quinze jours par mois donne de bons résultats. — M. GUINON a employé avec un succès constant la médication de Bouchard : alcalins à haute dose, avec très faible dose d'iodure.

Description et localisation de la pleurésie médiastine (avec projections). — MM. DUHEM et SÉGUIN reviennent sur la description et la localisation des *pleurésies médiastines* au point de vue d'une intervention chirurgicale possible qui n'a pas encore été pratiquée.

La pleurésie médiastine se localise non pas seulement au médiastin mais à la région diaphragmatique comme le montrent toutes les radiographies qui ont été prises dans leur service.

Très étranglé au niveau du pédicule vasculaire l'épanchement se manifeste par une ombre assez tenue dans la région sus-hilaire, de forme triangulaire barrant la veine cave supérieure et se terminant dans la région sous-claviculaire interne. Dans la région sous-hilaire, l'ombre triangulaire est bien plus étendue, plus sombre et s'étend toujours assez loin sur le dôme diaphragmatique jusqu'au point de le recouvrir complètement. C'est dans cette région que les auteurs se demandent s'il ne serait pas possible d'intervenir utilement pour évacuer ces pleurésies, sans risquer de toucher aux organes de la région dangereuse du médiastin.

Discussion, — M. APERT. Dans un cas de pleurésie médiastinale ouverte dans les bronches a fait faire par M. Ombrédanne une phrénicectomie.

M. J. HALLÉ rappelle la gravité de la ponction dans ces cas, il a eu personnellement dans un cas désespéré, un cas de mort, au moment de la ponction qui n'a ramené que du sang.

Luxation congénitale de la hanche invétérée et douloureuse. Réduction et réfection d'un toit osseux au cotyle. Guérison. — M. LANCE présente une fillette de quinze ans atteinte de luxation congénitale de la hanche irréductible par oblitération de la cavité cotyloïdienne et absence de tout toit à la cavité. Le raccourcissement était de 5 centimètres, la boiterie très marquée, l'enfant ne pouvait faire de marche dépassant quelques centaines de mètres sans souffrir. Réduction en face du cotyle, plâtre en abduction à 90 degrés, puis quinze jours après, dans le plâtre, insertion juste au-dessus de la tête fémorale, dans un fossé creusé dans l'os iliaque de trois greffons ostéo-périostiques pris au tibia. Immobilisation pendant six semaines.

Actuellement, un an après l'opération, la tête fémorale est maintenue en face du cotyle par un énorme butoir osseux,

raccourcissement 2 centimètres, absence de signe de Trendelenburg, pas de fatigue à la marche.

L'auteur a pratiqué six fois cette intervention pour des cas analogues avec d'excellents résultats. Chez les quatre derniers malades la réduction et l'opération osseuse ont été faites dans la même séance.

Anomalie de la région rétro-acromiale. — MM. Ribadeau-Dumas et Debray présentent un nourrisson qui offre dans la région rétro-acromiale des fossettes profondes et symétriques. La même anomalie se retrouve chez la grand'-mère.

Sur un cas de maladie cœliaque ou infantilisme intestinal. — M. Roudinesco. Il s'agit d'un enfant de neuf ans observé dans le service de M. le professeur Marfan à l'hospice des Enfants assistés depuis février 1921 et qui présente les signes d'une affection rare en France, décrite pour la première fois par Gee (1888) sous le nom de maladie cœliaque ensuite par Herter (1908) sous le nom d'infantilisme intestinal et par Heubner (1909) qui l'a appelée aussi : insuffisance digestive grave.

Ce petit malade présentait à son entrée dans le service les signes suivants : diarrhée chronique avec selles décolorées très fétides et riches en graisses, arrêt de croissance tel qu'il pesait alors âgé de cinq ans 8k200 et mesurait 84 centimètres, très gros ventre tympanique (sans aucun signe de rachitisme,) état cachectique avec amaigrissement extrême. Les selles qui ne contenaient ni sang ni pus conservaient au point de vue bactériologique le type de la flore intestinale du nourrisson avec prédominance du bacillus subtilis. La radioscopie montre qu'il ne s'agit pas d'un megacôlon. La cutiréaction à la tuberculine qui était négative au début est devenue positive six mois après.

La réaction de Wassermann a été positive. Le petit malade ne marche pas et ne peut se tenir sur ses jambes tout seul.

Son intelligence est aussi retardée que sa croissance. Actuellement âgé de neuf ans il ne parle pas et prononce à peine quelques syllabes.

Le malade que nous présentons diffère des autres cas publiés sous le nom de maladie cœliaque par l'arrêt du développement intellectuel aussi marqué que l'arrêt de la croissance physique, par la réaction de Wassermann positive et par les effets du traitement spécifique qui l'a beaucoup amélioré.

Discussion. — M. Marfan. Il s'agit là d'une affection décrite à l'étranger et qui semble très rare en France puisque c'est le premier cas que j'observe. Elle se manifeste après la première année par un tympanisme considérable, avec de la diarrhée chronique. Ici en plus il y a la débilité intellectuelle et le Wassermann positif.

Adénopathies chroniques médiastinales non tuberculeuses de l'enfant. — MM. Guinon et Levesque rapportent quatre observations d'enfants qui après une maladie aiguë, en particulier la coqueluche, ont présenté une succession de bronchites aiguës ou de congestion pulmonaire. Chez eux la radiographie a montré un aspect radiographique toujours le même : image triangulaire sombre à base inférieure, située dans le tiers inférieur de la ligne juxta-médiastinale, de ce triangle partent des bandes fibreuses irradiant dans le poumon. Ces malades on présenté des cutiréactions négatives. Il s'agit donc d'adénopathies post-infectieuses non tuberculeuses avec sclérose péri-bronchique.

Discussion. — M. Duhem pense qu'il s'agit ici de congestion pulmonaire de la corne inférieure du hile et non d'adénopathies. Celles-ci sont fréquentes après la rougeole mais disparaissent rapidement. — M. Comby pense aussi qu'il s'agit de congestions pulmonaires péribronchique pouvant aboutir, en particulier après la coqueluche, à la dilatation des bronches. — M. Nobécourt pense qu'on voit aussi des adénopathies médiastinales non tuberculeuses après la rougeole et la coqueluche. — M. Génévrier remarque qu'il y a ici deux

lésions distinctes : de la sclérose péribronchique lésion permanente, et des adénopathies aiguës qui sont transitoires et donnent peu de signes radiographiques. — M. RIBADEAU-DUMAS n'a pas trouvé aux autopsies la sclérose péribronchique que révèle la radiographie; on trouve dans ces cas des condensations pulmonaires, de la congestion chronique donnant lieu à ces ombres. — M. GUINON. L'on a vu beaucoup trop d'adénopathies trachéo-bronchiques tuberculeuses. Il en existe d'infectieuses consécutives aux maladies aiguës, mais leur présence n'est pas le plus souvent décelable à la radiographie. — M. MARFAN ne croit pas que ces ombres soient dues à des ganglions. Ceux-ci existent cependant. Il rappelle avoir trouvé à l'autopsie des ganglions syphilitiques comprimant la trachée.

M. LEVESQUE constate que presque tout le monde est d'accord sur l'interprétation à donner à l'aspect radiographique qu'il a décrit, il s'agit de phénomènes congestifs de la base du poumon consécutifs à des maladies aiguës. Les autopsies montrent l'énorme fréquence d'adénopathies aiguës dans la coqueluche et la rougeole, elles peuvent persister comme séquelles, sans qu'il s'agisse d'adénopathies tuberculeuses.

Séance extraordinaire. — La Société de pédiatrie décide de se réunir les lundi et mardi 18 et 19 mai à 4 h. 1/2, d'inviter à la séance ses membres étrangers et de province, et de mettre à l'étude pour cette séance la question de l'*asthme infantile*.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

DENTISTE. CESSION DU CABINET. VENTE DU MOBILIER

Nous avons déjà eu l'occasion d'indiquer que la vente pure et simple d'une clientèle médicale est nulle; car un médecin ne peut transmettre une clientèle qui est chose tout à fait personnelle et dépendante de la valeur du médecin et de la confiance qui lui est témoignée. Mais il est admis qu'un médecin peut valablement s'engager vis-à-vis d'un autre médecin à ne plus exercer dans certaines localités ou dans un certain rayon; et même qu'il est en droit de recevoir une certaine somme à charge par lui de présenter son successeur à sa clientèle.

Tous ces principes s'appliquent aussi bien au médecin qu'au dentiste dont la clientèle dépend de son habileté opératoire. Mais le dentiste peut vendre les instruments, le mobilier, le matériel, le droit au bail; il peut s'engager contractuellement à s'abstenir de toute concurrence à l'égard de son successeur.

Quel sera le sort d'un contrat qui contient en même temps cession d'éléments qui ne peuvent être vendus, comme la clientèle, et cession d'éléments qui peuvent être vendus, comme les instruments et le mobilier? La Cour de Paris, dans un arrêt du 27 février 1924, a examiné la question et décidé qu'il y avait lieu d'annuler le contrat en tant qu'il portait sur les premiers éléments, mais qu'il y avait lieu de lui faire produire effet en tant qu'il s'applique à la vente de choses mobilières.

« Considérant, dit la Cour, que s'il est loisible à un dentiste, comme à un médecin, de s'engager à ne plus exercer son art dans le lieu où un autre médecin ou dentiste vient s'établir et à présenter ce dernier à sa clientèle et à l'autoriser à se dire son successeur, il s'agit là d'un droit exclusivement personnel et non transmissible; que la veuve d'un de ces praticiens ne peut disposer de la clientèle de son défunt mari ni de son titre, pas plus qu'elle ne peut contracter utilement l'obligation de ne pas exercer dans la localité.

. . . .

Mais considérant que le contrat du 14 août 1913 intitulé « vente de meubles » portait en réalité sur un mobilier professionnel d'une certaine importance qui est resté en la possession des époux W... et dont par conséquent ils ne pourraient être dispensés d'effectuer le paiement puisqu'ils s'enrichiraient aux dépens d'autrui. »

La Cour a, en conséquence, fixé, en s'appuyant sur les éléments d'appréciation qui lui étaient fournis, la valeur du mobilier et décidé que la somme représentant celle-ci devait être payée.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La Matière vivante (1), par J. KUNSTLER, professeur à la Faculté des Sciences de Bordeaux et F. PRÉVOST, agrégé des sciences naturelles.

Il y avait longtemps que n'avait paru, en France, un livre comme celui de MM. Kunstler et Prévost, qui touche aux problèmes fondamentaux de la biologie générale, car il s'agit ici de l'étude directe de la matière vivante, de sa structure, de son organisation, de ses transformations. C'est ce qui amène les auteurs à examiner les théories qui ont aujourd'hui cours relativement à ces questions et à en faire une critique justifiée. A cet exposé général est consacrée la première partie de l'ouvrage, qui met au point, de la manière la plus claire, et avec toute la précision voulue, l'idée qu'on se fait de la constitution, des propriétés et des origines de ce qu'on est convenu d'appeler, de façon abstraite, la matière vivante. La seconde partie, partie technique, précise les faits d'observation et leur donne leur véritable signification. La conclusion des auteurs diffère de celle qu'on était accoutumé de trouver dans les ouvrages du même genre. Pour eux, la matière vivante est organisée, hétérogène, et c'est cette organisation qui détermine la nature spéciale des échanges chimiques. Par suite, il n'y a pas, à proprement parler, de matière vivante, mais seulement des êtres vivants, dont la structure commande, dans chaque cas, les propriétés; ils constituent des entités morphologiques définies, et, entre eux et les corps inorganiques, il ne saurait y avoir ni passage ni intermédiaire. Un corps est vivant ou il ne l'est pas. Il est curieux de constater combien tend à se généraliser, en France, cette réaction contre les conceptions muanistes et monistiques des Allemands.

Le livre de MM. Kunstler et Prévost est d'un très vif intérêt pour les biologistes et même les médecins; il dissipe certaines illusions, apprend beaucoup de choses. Clairement écrit, bien illustré, utilement documenté, original en beaucoup de points, il marque une étape dans les études de micromorphologie et fait le plus grand honneur à ses auteurs et à la Science française.

J. L.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 27 AVRIL AU 2 MAI 1925)

THÈSES

Lundi 27 avril. — Jury : MM. Ménétrier, président; Roger, Hartmann et Cadenat. — M. DAVIGO. La péritonite syphilitique. — M. QUERCY. Le diagnostic radiographique du mal de Pott chez l'enfant. — M. LENOURY (L.). Le caducée au cours des âges.

Jeudi 30 avril. — Jury : MM. Teissier, président; J.-L. Faure, Bernard et Jeannin. — M. PÉRIVIER. De l'immunisation spontanée occulte contre la diphtérie. — Mlle TCHIRITCH. Etude des suites éloignées des urétéro-cystonéostomies. — M. TRISTANI. L'appareil R. A. P. (son emploi, etc.). — M. LACASSIE. Etude clinique de quelques troubles névropathiques. — M. MONESTIER (G.). Signes radiologiques du syndrome de Klippel et Feil à propos de deux cas de malformation.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Brindeau, Moussu, Dechambre et Robin. — M. LISSOT. L'évolution de la race bovine normande. — M. OFFREAU. Etude des formes atypiques de la fièvre vitulaire.

(1) in-8 illustré. — Paris 1924. Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

A adjuger en l'étude de Me BACHELEZ, notaire à Paris, rue Turbigo, no 3, le mercredi 29 avril 1925, à 14 heures et demie,

OFFICINE DE PHARMACIE

exploitée à Paris (2e arrt), **rue St-Denis, 160**, comprenant : 1o Le nom commercial, la clientèle, l'achalandage y attachés ; 2o Les produits spécialisés ou non déposés antérieurement au 1er mai 1922, soit au nom de M. Toupet, soit au nom de M. Charpentier, et exploités dans l'officine ; 3o Toutes les spécialités pharmaceutiques ou autres exploitées par M. Toupet, y comprises celles exploitées par son prédécesseur M. Charpentier ; 4o Le droit au bail des lieux où s'exploite ledit fonds ; 5o Et généralement tous éléments incorporels en dépendant.

Mise à prix *(pouvant être baissée)* : 30.000 fr.
Consignation pour enchérir : 5.000 fr.
Matériel et marchandises à dire d'experts.
Loyers d'avance à rembourser.
S'adresser à MM. Surdel et Igniard, avocats-conseils à Paris, 26, rue Etienne-Marcel, et Me BACHELEZ, notaire, dépositaire du cahier des charges.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie pratique générale, par le docteur V. BALL, professeur d'anatomie pathologique à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon, avec préface de M. J. PAVIOT, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Lyon. Un volume in-8, 193 figures et 2 planches en couleurs. — Prix : 35 fr. — Paris, Vigot frères.

N° 34. — MARDI 28 & JEUDI 30 AVRIL 1925. 98e ANNÉE. MARDI 28 & JEUDI 30 AVRIL 1925. — N° 34.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES. — Le IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires a pris fin samedi par un banquet à Luna-Park. Ce fut une magnifique apothéose pour la fin de ce Congrès si réussi en tous points.

Près de 1.500 convives remplissaient le grand hall de Luna-Park. On remarquait particulièrement les délégations étrangères en grand uniforme fraternellement mêlées aux tenues horizon et kaki ou aux habits noirs des médecins français.

Le banquet était présidé par M. le professeur Vincent, médecin inspecteur général, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, président du Congrès. A ses côtés avaient pris place MM. Tuffier, Walther, les médecins inspecteurs généraux Toubert, Rouget, Lasnet, les médecins inspecteurs Dopter, Fournial, les chefs des délégations étrangères, et au premier rang le général delle Valle, chef du Service de santé italien, le lieutenant général Vilmaers, de l'armée belge. On remarquait aussi la présence de nombreuses dames.

Après le banquet, pendant lequel se fit entendre la musique de la Garde républicaine, les toasts commencèrent. Si l'immensité de la salle ne permit pas à tous les auditeurs d'entendre les orateurs comme ils l'auraient désiré, ils purent néanmoins se rendre compte de l'impression profonde que les congressistes étrangers emportent de ce Congrès qui a montré d'une façon éclatante l'effort sans précédent réalisé pendant et depuis la guerre par la médecine militaire française.

Nous commencerons dans notre prochain numéro la publication des travaux du Congrès.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 23 avril. — MM. Léchelle, 20; Bith, 19,18; Haguenau, 17,09.

Séance du 25 avril. — MM. Hutinel, 18,45; Ravina, 18,09; de Gennes, 16; Alajouanine, 18,63.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique* — Séance du 22 avril. — MM. Bloch (Jacques), 16; Fey et Quénu, 15.

Séance du 24 avril. — MM. Pascalis et Oberlin, 15; Maurer, 17.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Sauvez, Vaysse, Jarre, Bouvet, Nogué, Harvier, Alglave.

— CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est composé de MM. Bouchacourt, Pestel, Bourguignon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen de l'agrégation des Facultés de médecine (session de janvier 1925).

PREMIÈRE DIVISION. — MORPHOLOGIE. — *Section A.* — *Anatomie.* — Académie d'Alger : M. Ribet, 33 points.

Académie de Lyon : M. Gabrielle, 38 points.

Section B. — *Histologie.* — Académie de Paris : M. Millot, 35 points.

Section C. — *Histoire naturelle, médicale et parasitologie.* — Académie de Paris : MM. Larousse et Lavier, 38 points.

DEUXIÈME DIVISION. — PHYSIOLOGIE. — *Section A.* — *Physiologie.* — Académie d'Aix : M. Périot, 32 points.

Académie de Bordeaux : MM. Fabre et Petiteau, 34 points.

Académie de Toulouse : MM. Bouisset, 33 points; Delas, 36 points.

Section B. — *Chimie.* — Académie de Montpellier : M. Cristol, 33 points.

Section C. — *Physique.* — Académie de Paris : M. Malassez, 32 points.

CINQUIÈME DIVISION. — PHARMACIE. — *Section A.* — *Histoire naturelle pharmaceutique.* — Académie de Bordeaux : M. Dourment, 33 points.

N. B. — Les résultats de la troisième division (médecine) et de la quatrième division (chirurgie et obstétrique) seront publiés ultérieurement. (*J. O.*, 26 avril 1925.)

— PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — Liste des candidats : MM. Iselin, Lemonnier, Meillère, Leibovici, Ménégaux, Ameline, Fèvre, Redon, Ibos, Gautier, Garnier, Lubin, Cuvigny, Cahen, Banzet, Blondin, Sauvage, Galtier, Huard, Mounier, Seillé, Coudert, Merle d'Aubigné, de Vadder, Le Chaux.

— LYON. — M. Mouriquand, professeur de pathologie générale (chaire d'Etat) à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé professeur de clinique médicale infantile (chaire d'Université), à ladite Faculté, en remplacement de M. Weill, décédé.

— TOULOUSE — M. le professeur Abelous a été réélu doyen de la Faculté.

ASSISTANCE MÉDICALE GRATUITE. — Il est institué une Commission chargée de dresser et de tenir à jour, à titre d'indication pour les conseils généraux, la liste des spécialités pharmaceutiques qui semblent devoir figurer dans les nomenclatures de médicaments admis pour le service de l'assistance médicale gratuite.

Sont nommés membres de cette Commission :

MM. Radais, doyen de la Faculté de pharmacie de Paris; les docteurs Jules Renault, Bellencontre et Rinuy, le professeur Sartory, les docteurs Billon, Paul Boudin, Henri Martin et Bailly; M. Jean Faure, président de la Chambre syndicale des produits pharmaceutiques; les docteurs Lesage et Chevallereau.

LIGUE FRANCO-ANGLO-AMÉRICAINE CONTRE LE CANCER. — L'assemblée générale annuelle s'est tenue le mardi 28 avril 1925, à 17 heures, à la Faculté de médecine.

Après la lecture des rapports, approbation des comptes et questions diverses et l'élection du Conseil, une conférence du plus haut intérêt a été faite par le docteur Meige, professeur d'anatomie à l'Ecole nationale des Beaux-Arts, sur Le cancer dans l'histoire et dans l'art.

SOCIÉTÉ D'ANTHROPOLOGIE. — *Prix à décerner.* — La Société d'anthropologie de Paris nous prie de faire savoir qu'elle doit attribuer : en 1925, le prix Bertillon (500 fr.) « au meilleur travail envoyé sur une matière concernant l'anthropologie et notamment la démographie », en 1926 les prix Godard, Broca, Fauvelle.

Le prix Godard (500 fr.) sera donné à un mémoire sur un sujet se rattachant à l'anthropologie, le prix Broca (1.500 fr.) à un travail d'anatomie humaine, d'anatomie comparée ou de physiologie se rattachant à l'anthropologie, le prix Fauvelle (2.000 fr.) à un sujet d'anatomie ou de physiologie du système nerveux.

En 1927, la Société d'anthropologie de Paris décernera, pour la première fois, le prix Joséphine Juglar, d'une valeur de 8.000 fr. environ, au meilleur ouvrage d'anthropologie publié en langue française dans les cinq dernières années.

Pour tous renseignements complémentaires, s'adresser au secrétariat de la Société d'anthropologie, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LEÇON INAUGURALE DE LA CHAIRE DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — M. le professeur Ombrédanne fera sa leçon inaugurale le vendredi 8 mai, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

— LEÇON INAUGURALE DU COURS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — M. le professeur Roussy fera sa leçon inaugurale le lundi 4 mai, à 18 heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN (professeur M. Fernand WIDAL). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique; rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies thyphoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon).

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 4 mai et seront terminés le 26 mai.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis de 15 à 17 heures.

LES VACANCES DU MÉDECIN. — La Société des Eaux d'Evian nous prie d'aviser nos lecteurs qu'elle a décidé de réserver à nouveau cette année Messieurs les Médecins et à leur famille des conditions tout amicales au *Splendide hôtel d'Evian* du 1er mai au 10 juin, et à l'*Ermitage* d'Evian du 15 mai au 15 juin. Mêmes conditions dans ces deux hôtels après le 15 septembre.

Tous les habitués d'Evian connaissent le confort et l'agrément tant du *Splendide*, établissement de tout premier ordre, que de l'*Ermitage*, admirablement organisé pour cures de repos, air et soleil, et l'observance de tous régimes.

Bien vouloir écrire le plus tôt possible à l'Administrateur Délégué de la Société des Eaux d'Evian, 21, rue de Londres, Paris.

CONSIDÉRATIONS SUR LES RÉFLEXES DU NERF TRIJUMEAU SUR LE CŒUR

Par Joseph RUSSETZKI (de Kazan).

(Travail de la Clinique des maladies nerveuses de l'Institut d'Etat de Kazan. — Chef : Prof. A. W. Faworski.)

Les travaux de Dagnini et Aschner d'une part et ceux de P. Bonnier d'autre part, ont accru l'intérêt pour l'étude de l'action du nerf trijumeau sur l'appareil cardiaque. Le réflexe oculo-cardiaque, les secteurs nasobulbaires sont des étapes marquant la progression des recherches. Nous avons examiné en clinique près de cent malades en appliquant une méthode appropriée à l'étude du nerf trijumeau.

On a choisi trois points : points d'émergence du réflexe sus-orbitaire, réflexe sous-orbitaire et réflexe mentonnier du nerf trijumeau et on leur a appliqué une électrode à courant sinusoïdal, l'autre étant sur le dos. On a reçu sur ces points des effets différents du côté du cœur. Ce réflexe nous l'avons nommé le *réflexe trigéminovagal.*

Les résultats que nous avons obtenus sont plus détaillés et plus instructifs que ceux du réflexe de Dagnini-Aschner. Ordinairement il se produit un abaissement de tension artérielle, un ralentissement du pouls de 5 à 15 fois à la minute (réflexe positif) qui est parfois très accentué jusqu'à 30-35 fois à la minute (réflexe positif accusé). Dans d'autres cas on n'a pas eu de résultats (réflexe négatif) et même on a eu des résultats inverses, accélération du pouls (inversion du réflexe). Enfin on a eu un type mixte du réflexe présentant une combinaison des réflexes indiqués en points divers. Il existe une asymétrie entre les points du nerf trijumeau. Le côté droit donne pour la plupart des chiffres plus caractéristiques, les points du même côté ne donnent pas les mêmes résultats.

On peut croire que les maladies nerveuses ont leurs points caractéristiques du nerf trijumeau donnant le plus grand effet pendant le passage du courant. Tumeurs du cerveau, neurasthénie et épilepsie ont ainsi le point sus-orbital, maladie de Basedow, le point mentonnier, etc.

En comparant les chiffres obtenus chez un malade, en notant les variations du pouls dépendant du passage du courant nous avons pu déterminer le type ou les types prédominants du réflexe pour telle ou telle maladie. Le type prédominant du réflexe trigémino-vagal pour le tabes est négatif, on rencontre parfois le type inverse. La sclérose en plaques et la lues cérébrospinale présentent tous les quatre types du réflexe. L'hémiplégie cérébrale donne le type positif, quelquefois nous avons noté le type négatif. La paralysie pseudobulbaire est du réflexe positif ou mixte, mais avec prédominance des résultats positifs. Les polynévrites (à type moteur) présentent souvent le type négatif. La névralgie et la névrite du nerf trijumeau donnèrent au commencement de la maladie quelques exemples du réflexe positif accusé. Les polyomyélites et les myopathies ont le réflexe positif normal. L'épilepsie présente pour la plupart des cas le réflexe positif et ce n'est que rarement qu'elle présente le type négatif ou positif accusé. La neurasthénie et l'hystérie ont le type positif et assez souvent le type inverse. Dans les cas examinés de maladie de Basedow nous avons vu le type inverse au commencement de la maladie et le type positif et rarement négatif dans des formes accusées. Dans un cas de maladie de Basedow avec hyperplasie prédominante du lobe gauche on a eu de ce côté le type inverse du réflexe et de l'autre côté, le réflexe positif. Dans des cas d'angionévrose nous avons eu quelquefois le réflexe positif accusé. On peut enfin noter l'apparition des phénomènes végétatifs (vasomoteurs, sécrétion) observés dans une moitié des cas examinés. Les faits exposés présentent aussi un intérêt pratique pour l'électrothérapie rationnelle ayant pour but d'influencer l'action du cœur.

CONSIDÉRATIONS SUR L'ACTION DE LA PILOCARPINE

DANS DIVERSES AFFECTIONS DU SYSTÈME NERVEUX

Par Joseph RUSSETZKI (de Kazan).

Nous avons examiné l'action de la pilocarpine dans diverses affections organiques et fonctionnelles du système nerveux et chez des sujets sains. La dose de la pilocarpine a été de 0,005-0,006 et de 0,01 pour examen secondaire. On a examiné les fonctions suivantes : sudation, salivation, sécrétion lacrymale, l'état des vasomoteurs, du pouls, de la tension artérielle, de la respiration, de l'iris, de la musculature striée et des sensations subjectives. Nous pouvons donner les conclusions suivantes :

1° La réaction vasomotrice est une réaction primaire et la plus durable de toutes les réactions après la pilocarpine. La tachycardie, l'hyperémie cutanée et l'hypotension artérielle ne coïncident pas dans leur apparition, leur maximum et le passage à l'état normal. Le maximum de la tachycardie et de l'hyperémie cutanée est à 5-15 minutes après l'injection de pilocarpine tandis que le maximum de l'hypotension artérielle est à 25-30 minutes et ce dernier maximum ne provoque pas de tachycardie consécutive.

2° La pilocarpine exerce son action non seulement sur des appareils terminaux du système « parasympathique » (salive, larmes), mais d'une manière analogue sur des appareils du système « sympathique » (sueur, appareil accélérateur du cœur). Quant au dernier on peut remarquer que la tachycardie est le premier effet après l'injection et que le nerf vague n'est pas inhibé par la pilocarpine, ce que prouve le réflexe de Dagnini-Aschner restant toujours positif et parfois même positif accusé.

En examinant de près les effets de la pilocarpine on n'a pas observé d'antagonisme des deux parties du système végétatif. La réaction très prononcée d'un appareil végétatif coïncide avec des réactions toutes différentes d'autres appareils terminaux appartenant à celle-là même ou à l'autre partie du système végétatif. Nous avons observé plusieurs exemples de ce genre. C'est pour cela que la réaction générale de la pilocarpine sur le système végétatif peut être bien nommée la *réaction « mosaïque »*.

3° Les lésions sous-corticales font apparaître le phénomène de « désinhibition » (inhibition de l'inhibition) de la part de la sudation (partiellement des vasomoteurs). Ce phénomène diminue de force pour des lésions nerveuses situées plus bas vers le pont de Varole et disparaît pleinement dans des lésions médullaies.

4° Certaines maladies nerveuses présentent des réactions à pilocarpine du côté des appareils végéta-

tifs bien caractéristiques. L'hémiplégie présente toujours sur le côté paralysé une augmentation de sudation et sur le côté sain une diminution de sudation et d'une manière générale diminution de salivation. Pour l'encéphalite épidémique on remarque une augmentation de salivation et de sécrétion lacrymale, une réaction vasomotrice très prononcée, une diminution de sudation. Pour le tabes dorsal : une diminution et une retardation de sudation, une salivation très faible. Pour la lésion de la queue de cheval : une diminution de sudation au-dessous du niveau de la lésion. Pour l'atrophie musculaire progressive : une diminution de sudation, des réactions myotiques et vasomotrices très prononcées, une augmentation de salivation et de sécrétion lacrymale, une aggravation de l'état général. Pour la neurasthénie : une sudation ordinaire, des réactions vasomotrices et salivaires prononcées.

5° On a observé l'existence d'une sommation d'effet sur les vasomoteurs de l'excitation mécanique (provocation du dermographisme) et de l'excitation chimique (pilocarpine). Pendant l'état de « sommation » la réaction vasomotrice dépasse de beaucoup la réaction ordinaire (pour 3 ou 4 fois) par sa force et par sa stabilité. La période de sommation après pilocarpine présente une diminution graduelle de force potentielle de réaction vasomotrice jusqu'à la vingt-cinquième minute, avec diminution brusque après.

6° Les notions de sympathicotonie et de vagotonie ne sont nullement plausibles pour l'explication des faits observés. Il faut bien mettre en évidence que la tonisation de chaque appareil végétatif doit être étudiée tout séparément. Toutes les réactions des appareils végétatifs peuvent être expliquées par : *a.* des lésions du système végétatif du niveau différent; *b.* des variations de l'action coordinatrice des centres végétatifs; *c.* des variations de la fonction des appareils végétatifs terminaux sous l'action des agents physico-chimiques de l'organisme. Probablement on aura de même recours à l'étude des types corticaux et sous-corticaux (Loewy) qui donnera plus de précision à plusieurs faits observés journellement.

CONSIDÉRATIONS

SUR

LA PATHOGÉNIE DE LA CRISE D'ASTHME

ET SON TRAITEMENT PAR LA BELLADONE TOTALE

Par le docteur NIGOUL-FOUSSAL,
Médecin de l'Hôpital Bellan.

Sous l'impulsion de Widal et de ses élèves, les idées de Bouchard qui dominaient depuis quarante ans la médecine contemporaine, subissent de redoutables assauts.

Le ralentissement de la nutrition n'est plus admis comme un dogme. Plusieurs affections lui échappent, par exemple, la migraine et l'asthme bronchique. L'anaphylaxie les revendique, et, bien que les phénomènes anaphylactiques soient encore en certains points discutables, il est des cas où les constatations cliniques, en accord avec l'expérimentation, ne laissent aucun doute sur leur valeur pathogénique. Mais, gardons-nous de généraliser. Assurément, la crise d'asthme, véritable accès d'hypervagotonie, comme l'ont décrit Lian, Ségard, Sonne, est souvent liée à une sensibilisation de l'individu par telle substance organique ou végétale, et, si la difficulté consiste à connaître cette substance, il est possible, dès qu'elle est trouvée, de guérir le malade en le désensibilisant.

Le clinicien cependant, ne constate pas partout le rôle étiologique de l'anaphylaxie, et, il faut bien reconnaître que l'hypervagotonie a souvent des causes plus banales.

Une irritation des filets sensitifs de la pituitaire, une épine tuberculeuse pulmonaire ou pleurale peuvent être le point de départ d'un réflexe provocateur de crises dyspnéiques, et le traitement de la cause suffit alors à modifier, sinon à faire disparaître le symptôme.

Il ne faut pas oublier, quand il s'agit de crises d'asthme, cette notion enseignée par Landouzy, que, derrière « l'asthme crai » se cache très souvent la tuberculose.

Nous avons vu récemment une malade âgée de cinquante-huit ans, de souche neuro-arthritique, et qui était depuis plusieurs mois, sujette à des crises nocturnes de dyspnée asthmatique, sans lésion cardiaque ou rénale. Cette malade traitée pour un asthme anaphylactique, était soumise à tous les procédés possibles de désensibilisation et d'auto-vaccination. Les résultats furent déplorables : amaigrissement progressif, fièvre de plus en plus élevée, état nerveux avec insomnie habituelle, accès de toux plus fatigants que jamais. De telles constatations ne pouvaient être en faveur d'une origine anaphylactique pure, puisque le traitement désensibilisant était aussi mal supporté. Un examen attentif des poumons nous permit, en effet, de percevoir une légère lésion de corticopleurite scléreuse. Cette malade était une tuberculeuse ancienne, du type fibreux, ayant parfaitement cicatrisé sa lésion; cette épine scléreuse était le point de départ du réflexe hypervagotonique, sans qu'il soit besoin de recourir à un choc anaphylactique général. La Bellafoline utilisée à raison de trois fois XV gouttes par jour, et la mise en œuvre du traitement hygiéno-diététique firent progressivement disparaître tous les symptômes et cette malade, depuis lors, a cessé d'être une asthmatique.

Ainsi, la crise d'asthme est fonction d'hypervagotonie, d'hyperexcitabilité pneumogastrique (Sonne), mais cette hypervagotonie n'est pas univoque, il ne faut pas toujours voir en elle une manifestation anaphylactique; elle est plus souvent encore, le résultat d'un réflexe organique, olfactif, digestif ou tuberculeux, agissant sur un terrain hypervagotonique et de telle sorte que l'*hyperexcitabilité du pneumogastrique n'est pas contrebalancée par le sympathique antagoniste* (Langeron).

Nous ne saurions trop insister, sur l'étiologie bacillaire si fréquente, mais qui, de nature torpide, n'attire pas l'attention. « En éclosant chez un neuro-arthritique, dit Landouzy, la bacillose aboutit à l'appareil dyspnéique convulsif qui fait entrer certains arthritiques tuberculeux dans la catégorie des asthmatiques. Les tuberculeux de ce genre ne crachent pas, d'où l'impossibilité de contrôler le diagnostic par l'examen des crachats. » De nombreux auteurs admettent aussi le rôle de l'épine locale irritative, par exemple : Pierry, Moncorgé, Besançon et I. de Jong.

Avant donc, de faire un diagnostic d'asthme anaphylactique, recherchons attentivement la tubercu-

lose et pour cela, n'oublions pas l'examen radioscopique. Lorsque le doute persiste, ne dédaignons pas de nous adresser à la réaction de Besredka. Un résultat nettement positif représente, un fait intéressant et dont on fera bien de tenir compte.

Quelle que soit la cause provocatrice du réflexe dyspnéique, une notion reste acquise : *la crise d'asthme est fonction d'hypervagotonie*, et son traitement doit consister dans l'utilisation d'une thérapeutique inhibitrice de l'irritabilité du pneumogastrique. Malgré l'engouement de ces dernières années pour l'adrénaline et la pituitrine, utilisées isolément ou simultanément contre l'accès d'asthme, tous les médecins ayant un peu l'habitude de cette thérapeutique, ont eu à enregistrer pas mal d'insuccès. Parfois aussi, cette médication est mal supportée, comme nous l'avons constaté nous-même.

Le traitement pathogénique de la crise d'asthme est la belladone, parce que la belladone est le véritable modérateur de l'hyperexcitabilité du pneumogastrique. Montrant que la crise de dyspnée spasmodique est le fait d'une accentuation paroxystique de l'hyperactivité du vague, Lian regrette que la belladonne, cette vieille médication de l'asthme, n'ait plus la place d'honneur qu'elle mérite dans le traitement. De même, pour Joannin, la belladone est à l'asthme ce que la digitale est à l'asystolie; le tout est de l'administrer à doses convenables, c'est-à-dire efficaces.

Pourquoi donc la belladone malgré son action sédative spécifique sur l'hypervagotonie, a-t-elle été abandonnée par un grand nombre de médecins dans le traitement de la crise d'asthme?

C'est uniquement en raison de l'inconstance thérapeutique des préparations galéniques.

Les deux principes actifs de la belladone sont essentiellement l'hyoscyamine et l'atropine. Or, la teneur des feuilles en ces principes actifs varie de 0,14 à 1,32 p. 100 (Joannin). De là, une grande variabilité d'action et une réelle incertitude dans les résultats cliniques.

L'utilisation récente de la belladone totale a remis en question le traitement de l'hypervagotonie, et, de la crise d'asthme. Nous savons, en effet, que cette préparation représente tous les alcaloïdes de la plante, à l'état pur, rigoureusement dosés et solubles, et que ce qui domine dans sa constitution, c'est comme dans la belladone, l'hyoscyamine lévogyre et non pas l'atropine; et, il est démontré que la belladone totale employée à la même dose que l'atropine, possède une activité clinique deux fois plus forte.

D'après les recherches expérimentales de Rothlin « une certaine dose de belladone totale inhibe momentanément l'excitabilité du vague pour tel degré précis d'irritation, tandis que la même dose d'atropine, dans les mêmes conditions, reste absolument sans effet. Par contre, une dose double d'atropine agit comme une dose simple de belladone totale. »

Ce sont là des faits nouveaux et qui nous expliquent comment la science moderne renouvelle la pratique de Trousseau et de Germain Sée pour qui la médication anti-asthmatique, était représentée par la belladone.

Nos recherches personnelles confirment les données pharmacodynamiques que nous venons d'exposer, et il nous a été possible dans la grande majorité des cas observés par nous, d'arrêter promptement la crise d'asthme, quelle que soit son étiologie, par l'utilisation rationnelle de la belladone totale. Comme le dit Joannin, c'est ici une question de dose et il faut attaquer le syndrome hypervagotonique par une posologie adéquate à l'intensité du spasme. En général, une injection sous-cutanée ou intramusculaire d'une demi-ampoule suffit dans les cas de faible intensité, mais il faut injecter une ampoule dans les crises dyspnéiques graves. Löffler a injecté dans plusieurs cas de crise d'asthme, deux ampoules de Bellafoline (au total 1 milligramme) avec des résultats favorables, sans inconvénients.

Certains médecins préfèrent, dès que l'accès commence, injecter une demi-ampoule et la renouveler un quart d'heure après s'il y a lieu. C'est une question de susceptibilité individuelle à laquelle il est toujours bon de penser.

Pour éviter le retour des accès dyspnéiques, il est utile de faire prendre pendant plusieurs jours aux malades, à sept heures du soir et au coucher, vers dix heures, XV gouttes de l'antispasmodique. Souvent, ce traitement suffit à éloigner les crises, cependant, une troisième dose de XV gouttes pourrait être indiquée dans la nuit, si une certaine agitation du malade se produisait. Ce traitement prophylactique ne sera pas négligé en dehors des crises et pour maintenir les bons résultats sédatifs obtenus.

Nous n'oublierons pas, bien entendu, le traitement causal indispensable (anaphylaxie, affections nasales, dyspeptiques, et surtout tuberculeuses), et, dès que la saison d'été est revenue, nous conseillons un séjour au Mont-Dore. En général, les malades en reviennent fort améliorés.

BIBLIOGRAPHIE

BEZANÇON et I. DE JONG. Asthme et tuberculose, *Paris méd.*, 1921, n° 1; — Asthme et sclérose pulmonaire, *Presse méd.*, 8 déc. 1921.

JOANNIN. *Les Remèdes galéniques*, 1924; Dausse, édit.

LANGERON. Pathogénie et traitement de l'accès d'asthme, Revue critique, *Clinique et Laboratoire*, 20 fév. 1925.

LIAN. Asthme et belladone, *Presse méd.*, 17 déc. 1921.

LOEFFLER. Sur une préparation de belladone à posologie exacte, *Sond. aus der Schweiz. med. Woch.*, 1924, n° 29.

MONCORGÉ. *L'Asthme*, 4e édition, 1912 et 1924; Vigot, édit.

PAGNIEZ. Asthme anaphylactique, *Presse méd.*, 24 janv. 1920 et 21 juillet 1923.

PIÉRY. Asthme tuberculeux, *Revue franç. de méd. et de chir.*, 1906, p. 246.

ROTHLIN. Contribution expérimentale à la médication par la belladone, *Sond. aus der Schweiz. med. Woch.*, 1924, n° 48.

SONNE. A propos de la pathogénie de l'asthme, *Acta Scandinavica med.*, déc. 1923.

IIe CONGRÈS MÉDICAL FRANCO-POLONAIS

(Paris, 20-25 avril 1925.)

Après la séance d'ouverture dont nous avons rendu compte (1), les travaux scientifiques ont commencé dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Ces travaux ont consisté en communications trop nombreuses pour que nous puissions les résumer comme il conviendrait en raison de leur intérêt.

Mardi 21 avril. — M. MAZURKIEWICZ : L'abiotrophie dans la démence précoce.

M. GLUZINSKI : Le diagnostic de l'hépatite tertiaire syphilitique.

M. SZYMANOWICZ : *a.* Le développement des terminaisons nerveuses dans la peau de l'homme; *b.* Une nouvelle variété des corpuscules de Merkel chez les oiseaux, avec démonstrations microscopiques.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 33, p. 529.

M. Jaroszynski : Psychothérapie par émotion.

M. Kopczynski : Par quels moyens on combat dans les écoles polonaises le surmenage intellectuel.

M. Mikulowski : Sur les difficultés du diagnostic de la tuberculose des enfants.

M. Przyborowski : Défense de la profession médicale.

M. Anigstein : Recherches sur l'encéphalite des souris spontanément infectées.

M. Dabrowski : Sur la nouvelle théorie de la fonction rénale.

M. Eiger : Les ganglions et les cellules nerveuses sous-endocardiques. Leur rôle dans l'automatisme du cœur.

Mercredi 22 avril. — MM. Beckmann et Przesmycki : Sur la sensibilité individuelle dans la dysenterie.

M. Mogilnicki : Le diagnostic et le traitement de la méningite épidémique chez les nourrissons.

M. Feigin : Sur les variations brusques des bactéries sous l'influence du bactériophage d'Hérelle.

M. Gorecki : Sur le mécanisme de la fonction des épanchements pleuraux.

M. Karwacki : Les globules blancs dans la fièvre récurrente.

M. Loth : Sur le caractère morphologique spécifique chez l'homme.

M. Parnas : Recherche sur l'ammoniaque du sang.

— Le même jour, à la *Société de chirurgie*, qui recevait les congressistes, M. le professeur Krynski a fait une communication sur l'*étude des tumeurs des glandes endocrines*, et M. Cieszynski a exposé sa *technique extrabuccale des injections sur le nerf mandibulaire*.

— La séance de travail de l'*Académie de médecine*, qui eut lieu *jeudi*, a été particulièrement intéressante.

Devant une salle comble, en présence de S. E. l'ambassadeur de Pologne, M. le président Barrier pria M. le professeur Mazurkiewicz, président de la Société médicale de Varsovie, de prendre place au bureau, puis, dans les termes les plus heureux, il salua les confrères de Pologne.

Mme Curie-Sklodowska fit une communication très remarquable *sur la préparation des divers radio-éléments jusqu'à présent peu ou point utilisés en médecine.* Il s'agit de quarante nouveaux éléments prenant place à la suite du radium et du mésothorium et qui ouvrent aux chercheurs de nouveaux horizons.

M. Babinski parla ensuite sur le *syndrome cérébelleux* et fit une étude clinique et anatomique à propos d'un très ancien malade de son service. Sa communication, nouvelle contribution très importante à la pathologie nerveuse, fut faite avec la clarté et la précision qui caractérisent tous ses travaux. Elle fut accompagnée d'admirables films et de projections de coupes histologiques.

En terminant, M. Babinski, s'adressant en polonais à ses compatriotes, prononça une allocution émue terminée par les cris de : « Vive la France ! » et : « Vive la Pologne ! ».

Puis M. Pawinski fit une *esquisse historique et critique du progrès de la médecine dans le domaine de la physiologie et de la pathologie du cœur et des vaisseaux.*

M. Wroczynski exposa quelle est l'*organisation du service de la santé publique en Pologne.*

M. Baczkiewicz, président de la Chambre supérieure des médecins de Varsovie, montra l'*organisation du corps médical en Pologne.*

Enfin, M. le professeur Achard, secrétaire général de l'Académie de médecine, avant la fin de la séance, prononça une allocution fort goûtée.

Vendredi 24 avril. — A l'hôpital Cochin, dans le service de M. le professeur Widal, M. de Groer fit une conférence sur une forme peu connue du diabète sans glycosurie. A la même heure, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Jeanselme, M. Krzysztalowicz exposa la base étiologique d'une classification en dermatologie, et à l'hôpital de Vaugirard, dans le service de M. le professeur Pierre Duval, M. Cieszynski fit connaître une technique exacte intrabuccale permettant de radiographier les dents et une technique exacte extrabuccale pour radiographier les maxillaires.

Samedi 25 avril, dernier jour du Congrès, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine furent communiqués les travaux suivants :

M. Jaza Debicki : La radiothérapie de la tuberculose laryngée.

M. Noiszewski : Mécanisme hydraulique de l'accommodation.

M. Milanowski : Les lésions oculaires dans les néphrites, avec démonstrations microscopiques.

M. Sierakowski : Sur la micro-méthode et son application pour le diagnostic de différentes affections.

Des leçons furent également faites au cours d'anatomie de M. le professeur Rouvière par M. le professeur Loth sur les variations morphologiques de l'homme, et au cours de physiologie de M. le professeur agrégé Binet par M. le professeur Parnas sur l'hémoglobine et ses fonctions physiologiques.

Ce court exposé montre combien fut laborieux le séjour de nos confrères polonais qui furent en outre reçus au Collège de France, à l'Institut Pasteur, au Val-de-Grâce, à la Société de biologie, à la Société de dermatologie, sans parler des visites dans les services hospitaliers.

Les réceptions ne furent pas moins nombreuses et brillantes.

Outre la réception à l'Hôtel de Ville que nous avons mentionnée le premier jour, les congressistes assistèrent à des matinées d'une rare élégance chez Mme la duchesse de Doudeauville, née Radziwill, chez Mme la baronne Henri de Rothschild, chez Mme la princesse Poniatowska, enfin S. E. l'ambassadeur de Pologne et Mme de Chlapowska reçurent les congressistes au Cercle interallié qui devint ce jour-là terre polonaise.

Nous devrions mentionner encore les visites de Versailles et du champ d'aviation du Bourget, et les banquets du Palais d'Orsay et de l'Hôtel Continental, ce dernier offert par la Société médicale franco-polonaise qui a tenu à recevoir sous la présidence de S. E. l'ambassadeur de Pologne les membres français du Congrès.

Ce fut une splendide manifestation de l'hospitalité polonaise.

Dans ces banquets de nombreux toasts furent prononcés traduisant avec chaleur l'ancienne et indéfectible affection de nos deux pays.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier le secrétaire général délégué M. Hufnagel pour l'inépuisable obligeance avec laquelle il a bien voulu faciliter la tache de la presse.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 23 avril 1925)

Cette séance a été consacrée à la réception de la Société médicale franco-polonaise. Nos lecteurs en trouveront le compte rendu dans l'article consacré au IIe Congrès médical franco-polonais.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(Séance du 2 avril 1925)

Précis de diagnostic neurologique, présenté par M. Lévy-Valensi.

Sur un nouveau cas de vertèbre d'ivoire. — MM. Crouzon, Blondel, et Kenzinger. Il s'agit d'un sujet âgé de quarante-quatre ans, qui est atteint d'affection pulmonaire torpide depuis près de deux ans, et chez qui l'on ne trouvait aucun bacille de Koch. Une radiographie a montré une vertèbre d'ivoire : la 2e dorsale. Devant tous ces symptômes, et d'après les publications récentes, on songeait à une néoplasie vertébrale secondaire à un néoplasme pulmonaire primitif. Mais, ultérieurement, l'inoculation au cobaye montra la présence de lésions tuberculeuses. Doit-on incriminer un mal de Pott, ou un cancer pulmonaire s'est-il superposé à la bacillose ? En tout

cas, la surcalcification de la vertèbre d'ivoire n'a donné lieu, jusqu'à présent, à aucun signe clinique.

M. Cl. Vincent pense que la vertèbre d'ivoire peut s'observer non seulement dans le cancer vertébral, mais aussi dans la sénilité, et peut-être dans la tuberculose.

Un cas de névralgie faciale rebelle à l'alcoolisation du nerf, à la section de la racine postérieure du trijumeau et à la résection du sympathique cervical. — M. Souques présente un malade qui souffre de névralgie faciale depuis de longues années, et chez lequel on pratiqua successivement, dans l'intervalle de quatre ans, l'alcoolisation du nerf périphérique, la section de la racine postérieure du trijumeau et la résection du sympathique cervical avec dénudation de la carotide primitive. Chaque intervention fut suivie d'une recrudescence de la douleur.

L'examen prolongé de ce malade montra que la douleur se distinguait de la véritable névralgie de la face par son caractère permanent, et qu'il y avait une discordance frappante entre les vives souffrances accusées par le malade et l'expression tranquille de sa physionomie. Il s'agissait chez lui de pseudo-névralgie faciale. Il importe de connaître ces faits, c'est-à-dire le caractère continu de la douleur et l'état mental, de manière à ne pas conseiller dans ces cas une intervention chirurgicale qui, en dehors des risques qu'elle fait courir, irait à un échec certain et pourrait être le point de départ d'idées de revendication.

M. Barré se demande si la persistance des douleurs n'est pas due à la conservation de la gaine sympathique périartérielle vertébrale. M. Foix a vu, dans un cas analogue étiqueté « névralgisme », « sympathalgie », qui avait résisté à tous les traitements, l'autopsie expliquer les douleurs en montrant l'existence d'une syringomyélie qui intéressait la racine descendante du trijumeau. M. Cl. Vincent rappelle à ce propos que les chirurgiens américains ont parfois obtenu, grâce à l'arrachement de la racine du trijumeau, des résultats que la simple section n'avait pas donnés.

La sympathicectomie cervicale dans la rigidité parkinsonienne. — MM. Cl. Vincent et Th. de Martel, se fondant sur les expériences qui mettent en valeur le rôle du sympathique dans le tonus musculaire, ont tenté de combattre la rigidité parkinsonienne par la résection unilatérale, mais absolument complète (y compris le ganglion cervical supérieur et le ganglion inférieur) du sympathique cervical. Il s'agissait d'un homme jeune, chez lequel la rigidité était suffisante pour gêner la déglutition et l'occlusion palpébrale. L'opération a été parfaitement supportée, mais elle n'a eu aucune influence sur la contracture. Celle-ci est même actuellement un peu plus marquée du côté opéré. L'opération a entraîné d'autre part, de ce côté, un syndrome de Claude Bernard-Horner typique et une chute du moignon de l'épaule.

M. Sicard a fait pratiquer, chez un parkinsonien, la sympathicectomie péricarotidienne et la résection du sympathique cervical; chez un autre, la sympathicectomie péricarotidienne simple. La rigidité n'a pas été modifiée, mais, dans un cas, les douleurs ont diminué.

M. Foix rappelle que, chez l'animal, l'hypotonicité consécutive à la résection du sympathique cervical est très passagère.

M. Laignel-Lavastine fait remarquer que l'hyperexcitabilité vagale est de règle chez le parkinsonien, et non l'hyperexcitabilité sympathique.

Syncinésie homolatérale. — M. Cl. Vincent a observé un malade hémiparésié et hémianesthésique gauche, chez lequel les mouvements du membre supérieur gauche se communiquent au membre inférieur gauche et inversement.

M. Foix a vu des cas du même ordre; il s'agissait également de syndromes thalamiques.

Syndrome cérebello-vestibulaire d'origine encéphalitique ou sclérose en plaques? — MM. Courtois-Suffit, Schæffer et G. Garnier. Il s'agit d'une femme dont l'affection a débuté par de la céphalée, une narcolepsie transitoire, et chez qui sont survenus des vertiges, des troubles de l'équilibre et un nystagmus continuel. L'examen montre une astasie-abasie cérébelleuse marquée, mais très peu de dysmétrie et d'asynergie; pas de signe pyramidal, des réflexes tendineux vifs aux membres inférieurs, une abolition des réflexes abdominaux, quelques troubles respiratoires. La ponction lombaire montre une légère réaction méningée avec tendance à l'hyperglycorrachie. Le Bordet-Wassermann est négatif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien; le benjoin très faiblement positif. S'agit-il d'un syndrome cérebello-vestibulaire d'origine encéphalitique ou d'une sclérose en plaques au début, comme le laisseraient supposer certains signes, notamment l'abolition des réflexes abdominaux? Les auteurs pensent que l'examen clinique ne permet pas de trancher la question.

M. Babinski a vu un cas analogue, qui a guéri.

M. Barré estime que les troubles de l'équilibre sont vestibulaires bien plutôt que cérebelleux.

Un cas de myoclonies rythmiques vélo-pharyngo-laryngées, (nystagmus du voile). Participation de l'hémiface gauche, de l'œil gauche (nystagmus rotatoire) et du diaphragme. Troubles cérébelleux prédominant à gauche. — Mlle Gabrielle Lévy. — Il s'agit d'une femme de soixante-douze ans, qui, à la suite de deux ictus, présente des myoclonies rythmiques, localisées au voile, à l'hémipharynx et à l'hémilarynx gauches, à l'hémiface gauche, au diaphragme, du nystagmus de l'œil gauche, des signes cérébelleux prédominant à gauche, et des signes pyramidaux. L'auteur discute la localisation des lésions, et de la motricité involontaire rythmique en général.

Cordotomie postérieure. — M. de Martel a pratiqué, dans un cas d'esthiomène vulvaire très douloureux, une cordotomie de la partie postérieure du cordon antéro-latéral au niveau de D^5. Bien que la section ait été unilatérale, la malade a été très soulagée. L'opération n'a provoqué aucun choc. Elle n'a donné lieu à aucun signe pyramidal.

M. de Martel fait remarquer, à ce propos, que les opérations sur une moelle saine, surtout en dehors de la région cervicale, sont peu graves et peu choquantes. Il croit que l'écoulement de liquide céphalo-rachidien n'a par lui-même aucun inconvénient.

M. Sicard n'a pas vu non plus d'accident chez les 14 malades qu'il a fait opérer de cordotomie par M. Robineau. Même les cordotomies bilatérales ne sont pas choquantes. M. Sicard essaye actuellement une cordotomie portant sur le faisceau cérébelleux direct dans les cas de grande spasticité.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 MARS 1925)

Sur le prétendu contenu lipoïdique de l'appareil de Golgi. — MM. Parat et P. Bergeot. Les méthodes de détection des lipoïdes montrent que l'appareil de Golgi est formé de vacuoles ne contenant pas trace de lipoïdes et qu'il mérite bien le nom de vacuome que lui ont donné Parat et Painlevé.

MM. G. Delamare et Achitouv ont mesuré les **indices de courbures de 100 tours de spire chez** *S. recurrentis*, variété *venezuelensis* et chez *S. icterohemorragiæ*. L'indice moyen du premier spirochète est de 0,32; l'indice moyen du second de 0,79.

Les colorations vitales au rouge neutre comme indices de la concentration ionique des organes vivants. — MM. Carnot, Glénard et Mme Gruzewska, au cours de recherches sur le P^H et les réserves alcalines des organes vivants, ont cherché à déceler colorimétriquement leurs changements de concentration ionique au cours de leur fonctionnement par l'injection intraveineuse de rouge neutre qui vire de couleur du jaune au rouge pour un $P^H 7$.

Ils ont vu que, chez un animal normal, au repos, certains organes présentent, dix minutes après l'injection, une coloration rouge, rose ou jaune, caractéristique de leurs réactions ioniques : par exemple les glandes salivaires, l'intestin grêle et surtout l'estomac et la région iléo-cæcale ont une coloration nettement rose qui indique leur acidité ionique, tandis que le gros intestin ne se colore pas.

Le pancréas au repos est nettement rose, tandis que le foie

est jaune en raison de ses réserves alcalines que les auteurs étudient spécialement.

Les centres nerveux ont leur substance grise colorée intensément en rouge, ce qui indique leur acidité ionique, tandis que la substance blanche reste incolore.

Après avoir défini les colorations vitales prises par les différents tissus au repos, les auteurs en ont étudié les modifications au cours de leur fonctionnement : par exemple si l'estomac sécrète après repas d'épreuve, sa sécrétion acide est rouge ainsi que le mucus qui l'absorbe, tandis qu'inversement sa muqueuse devient jaune donc alcaline.

Par contre, si le pancréas sécrète après injection de sécrétine, les cellules pancréatiques sont roses avec des grains de sécrétion jaunes et le suc recueilli par fistule est alcalin.

Il semble résulter de ces expériences préliminaires pour l'estomac et pour le pancréas, qui ont respectivement des sécrétions acide et alcaline, que la réaction ionique de la cellule glandulaire est inverse de celle de la sécrétion.

M. PORTIER. Quelle était la réaction du foie?

M. P. CARNOT. Le foie était jaune.

M. PORTIER, dans une étude faite récemment avec un de ses élèves, a vu que la réaction du tissu hépatique était fortement acide.

A propos des gestations multiples dans l'espèce humaine. — M. H. VIGNES. Etude statistique sur la durée des gestations gémellaires (vingt jours de moins en moyenne qu'au cas d'enfant unique) et sur le poids des produits (le poids du jumeau moyen s'écarte d'autant plus du poids de l'enfant unique que la gestation est plus avancée).

Coloration des mitochondries du rein par le bleu de méthylène. — M. AVEL. La méthode de Turchini ne colore pas les mitochondries du rein.

Elections. — M. Guy LAROCHE est nommé membre titulaire.

— Autres communications :

Calcul de l'uretère chez un dauphin. — M. LEGENDRE.

Dent de sagesse. — M. RETTERER.

Gonflement des colloïdes dans les non-électrolytes. — M. LAPICQUE (pour Mlle EMERIQUE).

— Société de biologie de Lyon (séance du 16 mars 1925) :

Résultats des séro-réactions (syphilis et tuberculose) chez les jeunes soldats sains. — MM. Paul COURMONT et MONZIOLS. 1° La réaction de Bordet-Wassermann a été négative 30 fois sur 30.

2° La déviation du complément (tuberculose) n'a été positive qu'une fois (3 p. 100) en l'absence de tout signe de tuberculose. Ces faits négatifs donnent une grande valeur aux résultats positifs de cette réaction dans les cas de suspicion de tuberculose.

3° L'agglutination souvent positive (47 p. 100 de réactions fortes) indique les imprégnations légères antérieures des adultes.

Comparaison des séro-réactions tuberculeuses d'agglutination et de déviation du complément chez 100 jeunes soldats suspects de tuberculose. — MM. Paul COURMONT et R. MONZIOLS. 1° Le Bordet-Wassermann s'est toujours montré négatif dans ces 100 cas; il n'y avait pas de suspicion de syphilis.

2° Valeur de la déviation du complément (tuberculose). Cette réaction a concordé avec la clinique dans 69 cas sur 97 (soit 71 p. 100); 44 fois pour éliminer la tuberculose; 27 fois pour la confirmer.

Elle n'a pas concordé avec la clinique dans 26 cas (soit 27 p. 100).

En somme, dans 20 cas sur 97, l'emploi de la seule réaction de déviation du complément eût semblé être une cause d'erreur; encore l'avenir pourra-t-il infirmer cette conclusion pour certains cas.

La déviation du complément ne peut donc, à elle seule, donner une indication définitive dans un cas de suspicion de tuberculose; mais elle présente une très grande valeur à l'appui des signes cliniques (71 p. 100 de concordance).

3° La réaction agglutinante ne donne naturellement pas les mêmes résultats que la réaction de déviation du complément; elle n'est pas toujours positive ou négative dans les mêmes cas.

Lorsque ces deux réactions donnent des réponses concordantes : si elles sont positives, elles confirment mutuellement le diagnostic de tuberculose; si elles sont négatives toutes deux elles indiquent l'absence complète de tuberculose ou bien une forme très grave.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1925)

Occlusion intestinale par tumeur iléo-cæcale. — M. V. PAUCHET, résume son expérience du traitement de cette variété d'occlusion.

Il est inutile de faire une entérostomie, sauf si le ventre est tendu et le sujet en état précaire; en cas d'occlusion chronique ou sub-aiguë, il faut d'emblée, faire la résection, puis fixer les deux extrémités intestinales à la peau, après les avoir jumelées et extériorisées par une baguette de verre. Un tube de Paul est mis dans l'iléon. Quelques jours plus tard, entérotomie. Un mois plus tard, fermeture de l'anus. Ce procédé à l'avantage d'être facile, et plus bénin que n'importe quelle méthode.

Drainage péritonéal à la Mikulicz. — M. THÉVENARD. Après une réaction légitime contre l'abus du drainage et du Mikulicz en particulier, on a eu le tort de proscrire totalement ce dernier. Le Mikulicz, procédé d'exception a des indications formelles. La principale est la large dilacération du tissu cellulaire sous-péritonéal. M, Thévenard établit un rapprochement entre l'amputation « plane » et le Mikulicz « laparotomie ouverte ».

M. DARTIGUES rappelle que ce mode de drainage qu'applique à nouveau M. J.-L. Faure et à juste titre, est un drainage merveilleux qui permet de sauver presque toutes les malades. Depuis trente ans que Dartigues l'applique, il n'a pas perdu de malades, chez lesquelles il l'a appliqué.

M. Dartigues veut qu'on rende justice à Pozzi qui a introduit le Mikulicz en France, il y a trente-cinq ans.

M. PEUGNIEZ estime que si le « Mikulicz » est un pis-aller, c'est tout de même un pis aller indispensable et auquel bien des malades doivent leur guérison.

M. V. PAUCHET le déclare un « parachute » chirurgical excellent et préconise l'emploi de mèches grasses, malgré le reproche qu'on peut leur faire d'assurer moins efficacement l'hémostase.

MM. PETIT DE LA VILLÉON et DELAUNAY rendent justice à un procédé dont l'efficacité, dans un certain nombre de cas, est incontestable.

Curiethérapie des cancers opérables du col utérin. — M. RUBENS-DUVAL montre par les résultats d'une longue expérience, les grands services que l'on peut attendre du radium dans le cancer utérin.

Lipomes rétro-péritonéaux. — M. BRODIER à propos de la communication de M. Lanos rappelle des cas personnels et croit que souvent il s'agit d'une découverte opératoire fortuite.

Corps étrangers de l'œsophage et des bronches. — M. GUISEZ rapporte douze observations de corps étrangers œsophagiens et trois de corps étrangers bronchiques extraits dans ces derniers mois. Ces corps bronchiques ou œsophagiens concernant des enfants avaient été parfois tolérés pendant de longs mois. L'auteur insiste sur l'importance de l'examen radiologique. Sur 98 corps étrangers, l'auteur n'a eu aucun échec d'extraction et qu'un seul décès chez un enfant opéré en pleine broncho-pneumonie double.

Marsupialisation des grands kystes inextirpables suppurés. — M. DARTIGUES a obtenu la rétrocession de tous les accidents et une très longue survie par cette méthode qui peut rendre de grands services dans les kystes inextirpables.

L'orthopédie dans la paralysie spasmodique. — M. RŒDERER. Que peut-on demander à l'orthopédie dans le traitement de la maladie de Little. L'auteur ne croit pas que les résultats dus aux interventions de Van Gehuelter et de Forster puissent encore justifier ces interventions. L'orthopédie par des plâtrages successifs et graduels, pendant six mois en moyenne, peut arriver à une correction de l'extension des pieds et de l'adduction des cuisses, qui permet le port d'appareils de celluloïd rigides, puis articulés. Mais l'orthopédie ne demeure qu'un accessoire, qu'un complément. C'est la rééducation, la cinésie, la gymnastique, qui sont à la base du traitement. Celui-ci est d'ailleurs dominé par la bonne volonté de l'enfant, ses ressources intellectuelles, et les résultats sont fonction, encore, de l'intelligence de la mère, rééducatrice désignée, et de la ténacité des parents.

Tumeur pileuse de l'estomac. — M. LAVENANT apporte l'observation et les pièces d'une tumeur pileuse de l'estomac extraite par M. Vézard (de Domfront). Il s'agissait d'une enfant qui depuis longtemps avalait des cheveux et de la ficelle.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 20 FÉVRIER 1925)

Pied bot et spina bifida occulta. — M. ETIENNE.

Hémorragie intestinale grave consécutive à une hernie étranglée. — MM. MOURGUE-MOLINES et FAYOT rapportent l'observation d'un homme de soixante-sept ans, porteur d'une hernie inguinale étranglée qu'il avait vainement essayé de faire rentrer par des manœuvres violentes constituant un véritable taxis. A l'intervention : liquide sacculaire sanglant très abondant, anse saine, mésentère infiltré et présentant des suffusions sanguines. A la fin de l'opération, écoulement par l'anus de sang rouge en telle quantité que le pouls disparaît et que la mort par hémorragie paraît imminente. Cependant l'évolution est favorable, la perte sanguine ayant été unique et les suites normales.

Les auteurs attirent l'attention sur la rareté des entérorragies herniaires précoces. Depuis 1905, date du mémoire de Sauvé, ils n'ont trouvé dans la littérature que 7 observations analogues. Ils insistent sur la précocité et l'abondance de l'hémorragie qu'ils attribuent au taxis ; l'éclatement capillaire de Schintzler a pu également entrer en ligne de compte. La rachi-anesthésie, par le relâchement du sphincter de l'anus, a dû faciliter l'écoulement rapide du sang au dehors.

Plaie pénétrante de l'hypochondre droit par l'instrument tranchant. Transfixion du lobe droit du foie, déchirure du méso-côlon ascendant. Hémorragie intrapéritonéale; gros hématome rétro-péritonéal. — MM. GUIBAL et BONNET.

Le gardénal dans le traitement des états anxieux. — MM. PAGES, NUSSBAUM, Mlle FOURNIER.

Transformation fibroïde des myomes de l'utérus, — MM. GRYNFELTT et GUIBERT.

(SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1925)

Paralysie post-sérothérapique antitétanique. — M. RIMBAUD a observé chez un malade ayant reçu dix jours auparavant une injection préventive de sérum antitétanique les accidents nerveux suivants, survenus en même temps qu'une éruption urticarienne au point d'injection : douleurs apparues brusquement au niveau de l'épaule et du bras gauche; impotence complète de ce bras; le lendemain les douleurs s'étendent à l'épaule et au bras du côté opposé, mais rétrocèdent en vingt-quatre heures. A gauche, au contraire, tandis que les douleurs s'atténuent sans disparaître complètement, l'atrophie musculaire apparaît peu à peu : elle est localisée ainsi que la paralysie aux muscles de l'épaule ; l'examen électrique montre une réaction de dégénérescence pour le sous-épineux, le grand rond et le deltoïde; les muscles du bras sont peu intéressés. Les réflexes bicipital et tricipital sont conservés. Il n'y a pas de trouble de la sensibilité.

L'auteur rappelle les cas analogues récemment publiés. Il se rallie à la conception pathogénique de Sicard et admet à l'origine des accidents une poussée œdémateuse profonde due au choc sérique réalisant une compression des racines et des nerfs périphériques au niveau du trou de conjugaison.

Les hémorragies d'après intervention sur la région ano-rectale. — M. VINON (d'Albi).

Contribution à l'héliothérapie des brûlures. — M. OECONOMOS se basant sur une expérience portant sur plus de 500 malades estime que l'héliothérapie constitue le traitement de choix des brûlures, plaies infectées et atones.

A propos de diagnostic de mal de Pott. Deux cas d'épiphysite vertébrale douloureuse des adolescents. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et BREMOND rapportent deux observations dans lesquelles le premier examen clinique révélait des signes de mal de Pott au début : douleur vertébrale spontanée et à la pression, raideur du rachis. L'évolution surveillée pendant deux ans chez un malade, dix mois chez l'autre, montre l'atténuation progressive de ces symptômes, et l'absence de tout signe nouveau; des examens radiologiques répétés ne montrent aucune lésion de tuberculose vertébrale.

Mais, si les radiographies du second malade (dix-sept ans) sont absolument muettes, celles du premier (douze ans) révèlent une ossification anormalement précoce, en lentille, des points épiphysaires vertébraux. Les auteurs soupçonnent dans les deux cas une infection atténuée, cause d'épiphysite douloureuse, et responsable dans le premier cas d'une excitation de l'ossification en cours.

Deux cas d'appendicite gangréneuse. — M. ETIENNE.

(SÉANCE DU 6 MARS 1925)

Fièvre typhoïde et principe bactériophage. — MM. LISBONNE et P. BOULET ont obtenu un principe bactériophage lysant en série le microbe d'infection, en partant de selles typhiques prélevées en pleine période d'état, et dans des cas mortels,

Ces résultats, semblables à ceux de Wagemans, de Ciuca et Manolin. s'opposent à ceux de d'Hérelle et de Handuroy. Pour ces derniers auteurs, l'état du malade enregistrerait fidèlement les péripéties de la lutte engagée dans l'organisme entre le bactériophage et le bacille envahisseur. Pour MM. Lisbonne et P. Boulet au contraire, on ne peut établir un rapport entre l'évolution de l'infection typhique et la présence d'un principe lysant en série le bacille infectant.

Péritonite par perforation de l'intestin grêle. Opération vingt-neuf heures après. Suture. Guérison. — M. SURJUS (de Perpignan).

Sténose médio-gastrique avec radiographies. Gastro-gastrotomie bout à bout. Guérison. — M. SURJUS (de Perpignan).

Malformation rare unilatérale du pédicule rénal. Essai de pathogénie. — MM. AUGE et BONNET. Le rein présenté par les auteurs est allongé, aplati, tordu sur son axe et ressemblant à un rein sigmoïde, Hile regardant en avant; au bassinet et à l'uretère, rien de spécial. Les anomalies vasculaires sont intéressantes : on trouve en effet :

a. Une rénale longue, d'origine et de fonction normales, mais de calibre très réduit.

b. Trois artères inférieures, infra-hilaires, originaires toutes trois de l'iliaque primitive.

Deux observations de fracture de la cavité cotyloïde. — M. LAPEYRE et BONNET.

(SÉANCE DU 13 MARS 1925)

Injection intra-artérielle de lipiodol dans un cas de gangrène du pied. — MM. FORGUE, MOURGUES-MOLINES et VIDAL.

Deux cas de neurofibromateuse avec dystrophies osseuses considérables. — MM. Vedel et Puech.

L'antitoxine diphtérique purifiée. — M. Lisbonne.

Rein en fer à cheval. — MM. Estor, Sicard et Bonnet.

Luxation tibio-tarsienne ouverte. Réduction maintenue par fil de bronze. Guérison. — M. Surjus (de Perpignan).

LIVRES NOUVEAUX

La Greffe de revitalisation humaine. Sa portée, ses résultats, son avenir (1), par Dartigues.

Voici l'ouvrage le plus complet qui ait paru en France sur la question des greffes testiculaires. L'auteur a étudié le sujet sous toutes ses faces et il nous en présente une vaste synthèse qui envisage à la fois le côté technique chirurgical pur, le côté biologique et physiologique et même la portée philosophique.

Dartigues présente dans cet ouvrage la question sous un aspect très méthodique et très logique. Après un exposé sur le rôle des glandes endocrines en général et l'influence des glandes endocrines sexuelles en particulier, l'auteur nous montre ensuite les résultats tirés de l'observation et de l'expérience cliniques, les résultats tirés de l'expérimentation animale, servant de base à l'application de la greffe à l'homme, et la légitimant.

Il passe en revue les différentes méthodes employées jusqu'à ce jour, décrit celle de Voronoff qu'il a contribué à perfectionner au point de vue opératoire. Ensuite, dans des chapitres très précis, il passe en revue les indications de la greffe qu'il appelle anthropoïdo-anthropique, du singe anthropoïde à l'homme; il expose enfin les résultats d'ordre général et d'ordre génital.

Il montre encore que les greffes testiculaires, à l'encontre de ce que nous pensons en France, sont l'objet d'études et de nombreuses recherches faites à l'étranger.

Mais Dartigues ne se contente pas de faire une étude scientifique pure; il envisage la question sous le rapport très hautement philosophique, parlant des greffes au point de vue général médical, montrant ce que doit être l'homme dans ses aspirations intellectuelles, comme dans ses tendances, de perfection morphologique.

Il a consacré tout un chapitre à ce qu'il appelle la « présénilité ». Il croit que la vieillesse peut être retardée, grâce à ce qu'il appelle l'endocrinologie chirurgicale qui s'annonce comme la forme probablement la plus efficace de l'opothérapie vivante.

Ce livre écrit avec une grande clarté et le style vivant bien connu de l'auteur est d'une lecture des plus faciles, soutenue qu'elle est d'ailleurs par d'abondantes et riches illustrations. Des tableaux synoptiques en fin de chaque chapitre résument admirablement chaque partie traitée.

Tous les médecins auront intérêt à lire ce livre où est envisagée pour la première fois la greffe testiculaire dans son ensemble. Ils pourront se faire une idée exacte de ce qu'est cette méthode alors que la plupart du temps ils sont embarrassés, faute d'information et d'iconographie ayant concrétisé le sujet dans leur esprit, de répondre aux questions qui leur sont inévitablement posées.

Dartigues, par sa précision scientifique, a fait une œuvre utile qui sera très appréciée par tous les praticiens.

L. G.

(1) In-8 de 340 pages, 140 figures. — Prix : 30 francs. — Paris, G. Doin.

QUESTION D'INTERNAT

PERFORATIONS GASTRO-DUODÉNALES [1]

FORMES CLINIQUES

Telle est donc l'allure schématique d'une perforation gastro-duodénale.

Nombreux en sont les aspects cliniques. Il faut particulièrement insister sur :

1. **Les formes simulant l'appendicite** avec douleur initiale basse et maximum douloureux dans la fosse iliaque droite.

2. **Les formes où le shock est à peine marqué.** — D'emblée le malade est en pleine péritonite généralisée. Formes plus spéciales aux vieillards, aux cachectiques et simulant l'**occlusion**.

3. **Les perforations en plusieurs temps** où, dans les semaines précédentes, on retrouve une *crise à peu près semblable*. Il peut d'ailleurs s'agir de perforation d'*ulcères multiples*.

4. **Enfin, exceptionnellement**, peuvent s'observer des cas où la *péritonite s'enkyste*.

Le malade est vu trop tard. Il est en pleine péritonite diffuse, inopérable. Progressivement les signes s'amendent et l'on a l'étonnement de voir la péritonite se localiser.

LES PÉRITONITES ENKYSTÉES sont rares aujourd'hui depuis qu'on connaît mieux les indications opératoires dans l'ulcus ancien.

Doit être opéré tout ulcère dont :

Les douleurs ne cèdent plus au traitement médical.

Les hémorragies se répètent peu abondantes, donnant lieu à un melæna continu, symptômes indiquant la possibilité d'un ULCUS CALLEUX, ce que démontre la RADIOGRAPHIE.

Ainsi évitera-t-on les *abcès sous-phréniques* qui d'ailleurs, aussi souvent qu'à une *perforation subaiguë*, ressortissent à une *périgastrite qui suppure*.

Début. — 1° Rarement est net leur début marqué par d'atroces *douleurs en ceinture*.

2° Plus souvent l'*état général s'altère* peu à peu ; le malade prend l'aspect d'un suppurant.

État. — 1° Tantôt il s'agit d'ABCÈS SOUS-HÉPATIQUES. Franchement abdominaux, le diagnostic en est le plus souvent facile.

Une palpation lente, prudente, triomphe de la contracture et montre l'existence sous le foie d'un *empâtement diffus douloureux* de façon élective en un point, celui où *bombe la collection*, celui *où il faudra inciser*.

Parfois même les symptômes sont plus évidents encore.

Une voussure soulève et déjette le rebord costal, bilobe l'abdomen. Cette *tuméfaction*, mate en bas, sonore en haut, sur le malade assis, devient tympanique s'il se couche, mate en totalité s'il est placé en genu pectorale. Ces signes sont caractéristiques d'un *abcès gazeux*, que le gaz provienne de l'estomac ou qu'il se produise sous l'action des anaérobies.

2° Tantôt il s'agit d'ABCÈS INTERHÉPATO-DIAPHRAGMATIQUES. Ce sont les vrais abcès sous-phréniques très souvent méconnus. Leur symptomatologie pleurale égare le diagnostic.

Signes fonctionnels. — Le malade est traité pour une affection de la base du thorax.

Il souffre d'*un point de côté*, il *tousse*. La *dyspnée* est plus ou moins vive. Parfois du *hoquet*, une *névralgie phrénique* s'ajoutent à ces signes.

Signes physiques. — Localement on trouve des *signes de pleurésie* ou des *signes de pyopneumothorax* suivant le contenu de l'abcès.

Mais ces signes *sont perçus très bas « dans le ventre »* et c'est là un caractère qui doit forcer l'attention.

La collection est-elle *sus ou sous-phrénique ?* Telle est la question à résoudre.

a. LE REFOULEMENT EN HAUT de la pointe du cœur, lorsqu'il existe, est un bon signe.

b. LA PONCTION ne s'emploie plus guère.

Les classiques *signes de Pfühl* et de *Furbringer* sont rendus tout théoriques par la parésie du diaphragme.

Seul le *signe de Scheuerlein*, s'il existe une PLEURÉSIE SURAJOUTÉE, pleurésie séreuse, peut avoir une valeur d'orientation.

c. LA RADIOSCOPIE apporte les signes décisifs montrant d'un côté :

La surélévation d'une coupole diaphragmatique et son *immobilité*.

L'*intégrité du sinus costo-diaphragmatique*.

Sous le diaphragme existe une ombre à *limite supérieure convexe*, surmontée en cas d'abcès gazeux d'un croissant clair *donnant l'impression d'un second estomac*.

d. LES ANTÉCÉDENTS GASTRIQUES achèvent de fixer le diagnostic :

3° Enfin, exceptionnellement, il s'agira :

D'*abcès de l'arrière-cavité*, découvertes de laparotomie.

D'*abcès rétro-péritonéaux* à allure de phlegmon périnéphrétique.

Évolution. — Ces suppurations enkystées doivent être incisées au plus vite, sans quoi l'on assiste à des *migrations de pus* qui constituent rarement un mode de guérison.

C'est une *vomique fétide* qui se produit avec ou sans intermédiaire d'une pleurésie diaphragmatique, et la mort survient du fait d'une broncho-pneumonie, d'une gangrène pulmonaire.

L'ouverture peut se faire dans le *côlon* ou encore à *la peau* produisant une *fistule gastro-cutanée*. Il faut distinguer pour le pronostic les *fistules hautes* et continentes et les *fistules basses* entraînant l'auto-digestion du trajet.

Mais on ne doit jamais attendre pour opérer un *abcès sous-phrénique*. La mort, au milieu de phénomènes de septicopyohémie, est l'aboutissant presque fatal de l'évolution spontanée de tels abcès évacués ou non.

LES PERFORATIONS LATENTES n'ont pas d'histoire clinique.

C'est tantôt une *découverte de radiographie*, et la niche de Haudeck indique l'ulcère perforé bouché, tantôt une *découverte d'autopsie* chez un enfant qui a succombé à une hématémèse foudroyante.

Il faut enfin ajouter aux perforations gastro-duodénales celles des ulcères peptiques.

Ceux-ci se voient après *gastro-entérostomie*, surtout semble-t-il si l'on a fait une *exclusion du pylore*.

Ce sont des *ulcus jéjunaux* ou *jéjuno-gastriques* siégeant à la bouche anastomotique.

Le plus souvent latents, ils sont perforants d'emblée, produisant une *péritonite généralisée*.

Plus rarement, ils donnent lieu à une *fistule gastro-jéjuno-colique*.

DIAGNOSTIC

Nous discuterons seulement les PERFORATIONS AIGUËS.

D. POSITIF. — *Douleur soudaine atroce*, contracture, *disparition de la respiration abdominale*, tels sont les trois signes qui doivent faire intervenir d'urgence.

Les chances de guérison sont au maximum avant la sixième heure.

DIFFÉRENTIEL. — *A.* **Les syndromes douloureux de l'abdomen.** — 1. *L'ulcus est connu.* — Est-ce une crise de *douleurs plus intense* que d'habitude ?

2. *L'ulcus est ignoré.* — Est-ce une colique hépatique, ou NÉPHRÉTIQUE, une *colique de plomb*, une *crise* GASTRIQUE DU TABES, un *empoisonnement*.

Ce sont des *erreurs graves*, car l'on n'intervient pas : le ventre dans ces affections peut être *contracturé*, mais cette contracture *ne se généralise pas*. La respiration abdominale est conservée.

Dans des cas beaucoup plus rares on a pu croire à une perforation alors qu'il s'agissait de *pneumonie*, de *pleurésie diaphragmatique*, de *péricardite sèche*. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 32, p. 527.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
RENÉ VINCENT

N° 35. — SAMEDI 2 MAI 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 2 MAI 1925. — N° 35.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9** fr. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . **40** fr. — UNION POSTALE. . . . . . . **50** fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 28 avril. — MM. Léon-Kindberg, 17; Carrié, 16; Nicaud, 19; Binet, 20.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique* — Séance du 27 avril. — MM. Braine, 24; Michon, 25; Petit-Dutaillis, 27.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Sauvez, Jarre, Nogué, qui acceptent; Vaysse, Izard, Harvier, Alglave, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Bouchacourt, Pestel, Bourguignon.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — *Concours de l'internat.* — Un concours pour deux places d'internes titulaires s'ouvrira le lundi 29 juin, à 2 h. 1/2, dans la salle de la bibliothèque.

Les internes sont logés, chauffés, éclairés et reçoivent une somme annuelle de 1.800 francs à laquelle peut s'ajouter un prix de 200 francs pour les candidats ayant obtenu les deux tiers du maximum des points du concours.

Ils sont nommés pour deux ans.

Pour tous renseignements et pour s'inscrire, s'adresser au directeur des hospices d'Orléans.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Un concours pour l'emploi de chef de travaux pratiques d'anatomie pathologique à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, s'ouvrira au siège de ladite Ecole le 5 novembre 1925.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

ASSOCIATION GÉNÉRALE DES MÉDECINS DE FRANCE. — L'Assemblée générale de l'A. G. a eu lieu dimanche dans le grand amphithéâtre de la Faculté sous la présidence de M. Bellencontre.

L'élection pour les places vacantes au Conseil général a donné les résultats suivants : ont été élus à l'unanimité des 96 votants : pour cinq ans, MM. Constans (Tarn-et-Garonne), Decourt (Meaux), Delpierre (Oise), Doisy, Fiessinger et Philippeau (Société centrale); pour trois ans, M. Pochon (Société centrale); pour deux ans, M. Vignes (Société centrale); pour un an, M. Choyau (Vendée).

A l'unanimité également fut adopté le rapport de M. Levassort, sur les pensions viagères demandées à l'Assemblée générale pour cette année, puis il fut procédé à l'élection de la Commission chargée d'examiner les demandes de pensions viagères en 1925 dont tous les membres virent leurs pouvoirs renouvelés.

Signalons enfin le vœu adopté par l'Assemblée :

« L'Assemblée générale des médecins de France, réunie à Paris, le 26 avril 1925, émet le vœu que le décret du 10 septembre 1924 soit rapporté et que l'enseignement de l'anatomie continue d'être réparti sur deux années d'études. »

Le soir, au Palais d'Orsay, sous la présidence de M. le docteur Chauveau, sénateur, président du groupe médical parlementaire et rapporteur de la loi des Assurances sociales, a eu lieu un banquet auquel assistaient M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; M. le docteur Delpierre, sénateur de l'Oise; M. le docteur Decourt, président de l'Union des syndicats médicaux de France; M. Bloch, président de la Section de médecine de l'Association générale des étudiants et de nombreuses personnalités médicales.

Des discours fort applaudis furent prononcés par MM. les docteurs Bellencontre, Delpierre, Decourt, Roger et Chauveau.

L'ASSOCIATION PROFESSIONNELLE DES JOURNALISTES MÉDICAUX FRANÇAIS vient de tenir à la Faculté de médecine de Paris une assemblée générale extraordinaire au cours de laquelle elle a créé une caisse mutuelle de retraites destinée à donner des allocations annuelles renouvelables de droit à ses membres âgés de cinquante ans après quinze ans de versement. Le Conseil d'administration de cette caisse mutuelle se compose de MM. Darras, président; Molinéry, vice-président; Léon Mabille, secrétaire; Paul Manceau, secrétaire adjoint; Garrigues, trésorier; Doizy, Ozenne et Rabier, administrateurs.

Notre ami le docteur Cabanès, directeur de la *Chronique médicale*, dont nous étions heureux d'annoncer la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur il y a quelques

jours, figure parmi les bienfaiteurs de cette caisse mutuelle à laquelle il songeait déjà quand il fonda l'Association des journalistes médicaux.

INSTITUT DE CRIMINOLOGIE (section de police scientifique). — Des cours ont lieu tous les jours, à l'Institut médicolégal, place Mazas, de 17 à 19 heures, du 27 avril au 30 mai. S'inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. — CONFÉRENCES PRATIQUES SUR LE DIAGNOSTIC RADIOLOGIQUE ET ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE. — Le docteur Courcoux fera à partir du 4 mai 1925, avec la collaboration du docteur Gilson, une série de huit conférences pratiques sur le diagnostic radiologique et anatomo-pathologique de la tuberculose pulmonaire.

Ces leçons auront lieu à 11 heures, à l'Amphithéâtre Potain, et seront faites à l'aide de projections de films radiographiques et de pièces anatomo-pathologiques. Après un court exposé théorique les auditeurs seront exercés individuellement à la lecture des films et des pièces anatomiques.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU COURS DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Le professeur Félix Terrien a fait lundi soir sa leçon inaugurale dans le grand amphithéâtre de la Faculté. C'était l'assemblée des grands jours : le doyen entouré de nombreux professeurs, MM. de Lapersonne, Chauffard, Bar, Quénu, Nobécourt, Guillain, P. Duval, Achard, Marcel Labbé, Léon Bernard, Sergent et Carnot; MM. Ombrédanne et Roussy qui vont faire leurs débuts dans quelques jours; MM. Auvray, Babonneix, Brulé, Coyon, Gougerot, Labey, Lereboullet, Léri, Pagniez, Albert Mouchet, Velter, Villaret, etc.

Parmi les dames on remarquait Mme Panas, veuve de l'illustre ophtalmologiste de l'Hôtel-Dieu.

Très ému par l'accueil chaleureux de l'auditoire, mais très maître de lui, Félix Terrien commence sa leçon avec sa simplicité et sa modestie habituelle, il remercie d'abord le doyen et les professeurs de la Faculté de l'avoir choisi pour remplacer son maître vénéré M. de Lapersonne, honneur qu'il n'aurait jamais osé rêver quand il fit ses débuts à l'Hôtel-Dieu dans le service de Panas.

Se reportant à l'époque où il commençait ses études médicales sans songer encore à l'ophtalmologie, il rappelle le souvenir de ses premiers maîtres : Cuffer le bon clinicien, Dieulafoy au prestigieux talent, Pierre Budin l'apôtre de la puériculture, Léon Labbé et Lucas-Championnière, ces deux illustres chirurgiens qui furent pour lui des maîtres bienveillants; Farabeuf, Gaucher, M. Quénu, enfin, à qui il exprime avec émotion son admiration et son respectueux attachement.

Puis, se reportant à des souvenirs plus anciens, il dit sa reconnaissance pour son père, témoin de ses premiers labeurs, pour son frère aîné, Eugène Terrien, qui fut pour lui un guide sûr et attentif pendant ses études médicales.

Tout nouveau professeur ne manque pas de faire l'historique de la chaire qu'il est appelé à occuper. Félix Terrien n'a pas manqué à cette tradition qui lui permettait d'exprimer sa gratitude à ses deux maîtres en ophtalmologie, Panas et M. de Lapersonne.

Panas, qui depuis 1869 faisait à l'Hôtel-Dieu la consultation d'ophtalmologie du Bureau central, fut le véritable créateur de l'enseignement de l'ophtalmologie.

D'abord chirurgien habile et audacieux, il se fit remarquer par ses travaux sur l'orbite et les fosses nasales, puis se consacra à l'ophtalmologie et inaugura avec éclat la chaire de l'Hôtel-Dieu.

Se tournant vers Mme Panas, Félix Terrien lui dit la vénération qu'il garde pour la mémoire de ce maître inoubliable.

Lorsque M. de Lapersonne succéda à Panas, Terrien devint son élève, et c'est dans les termes les plus émus qu'il exprime à ce maître sa respectueuse reconnaissance lui demandant de conserver à l'Hôtel-Dieu son cabinet afin de pouvoir continuer à ses élèves ses si précieux conseils.

M. F. Terrien expose alors comment il comprend l'*enseignement de l'ophtalmologie*. Il insiste sur l'importance de cette branche des sciences médicales au point de vue de la séméiologie, puis il étudie tous les modes d'examen oculaire depuis l'ophtalmoscope jusqu'à la radiographie.

Décrivant ensuite l'*évolution de la chirurgie orbito-oculaire dans ces vingt dernières années*, il montre que l'ophtalmologiste doit être un chirurgien adroit, minutieux et propre. Parmi les progrès réalisés en chirurgie oculaire depuis l'opération de la cataracte, il note particulièrement l'analgésie régionale et tronculaire, la suture précoce, la suture cornéenne, l'opération du glaucome d'après le procédé de Lagrange, méthode fistulisante qui a sauvé tant d'yeux. Il insiste sur l'importance croissante des *rapports de l'ophtalmologie avec la médecine* et particulièrement avec la *neurologie*.

Enfin, il établit un *programme d'enseignement*. L'enseignement doit être à deux degrés :

1° Il s'adressera aux élèves non spécialisés et leur apprendra ce que doit savoir tout praticien. Il faut prévoir pour cela un minimum de dix à douze leçons;

2° Il comprendra un cours complémentaire pour ophtalmologiste avec des exercices de laboratoire, des cours de neurologie oculaire, des cours d'anatomie, d'histologie et de physiologie. Des conférences supplémentaires seront faites toutes les fois que cela paraîtra nécessaire ou intéressant.

En terminant, le professeur Terrien, s'adressant aux élèves, leur dit : « Ce que mes maîtres ont fait jadis pour moi, je veux le faire pour vous. » Pour qui connaît la vie de labeur, de volonté tenace, de droiture et de dévouement de Terrien, cette promesse sera largement tenue. Le flambeau que lui ont transmis ses maîtres est dans de bonnes mains.

F. L. S.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 4 AU 9 MAI 1925)

THÈSES

Lundi 4 mai. — Jury : MM. Hartmann, président; Gosset, Couvelaire et M. Labbé. — M. BARANGER. Tumeurs malignes de l'amygdale. — M. FRABOULET (A.). Présentation de la face dans le bassin rétréci. — Mlle MICHEL (M.). Les égagropiles du tube digestif chez l'homme. — M. CZETTEL (M.). L'orchidopexie transcrotale. — M. WILLOT. Les suppurations chez les diabétiques

Jeudi 7 mai. — Jury : MM. Marfan, président; J.-L. Faure, Lecène et Lejars. — M. LOUET. La leuco-sar. — M. BOEHLER. Etude de l'anesthésie générale par inhalation. — Mme JULY. Etude de la syphilis traumatique des os. — M. DIRIKS DYRE. Guérison spontanée de la luxation de la hanche. — M. GAUCH (H.). Etude des kystes hydatiques des côtes.

Jury : MM. Ménétrier, président; Jeanselme, Carnot et Rathery. — M. DESPAS (R.). Etude climatique du littoral breton. — M. GOURAUD (A.). Traitement de la syphilis. — M. MATTAS (J.). Purpura au cours du traitement de la syphilis. — Mlle SIMON (Y.). Essai sur l'histoire et l'évolution de la thalassothérapie. — M. LOUVEL. Considérations sur les varices des membres inférieurs et leur traitement.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Sergent, président; Robin et Coquot. — M. BOURGÈS. Considérations pratiques sur l'étiogénie de la pneumonie.

Samedi 9 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeanselme, président; Brumpt, Panisset, Vallée, Robin et Henry. — M. MALLET. Contribution au diagnostic des affections cutanées du chien. — M. DROUIN. Prophylaxie de la morve.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE & PHARMACIE MILITAIRES

RAPPORTS

PREMIÈRE QUESTION

SPÉCIALISATION TECHNIQUE COMME BASE DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE SANITAIRE. SON APPLICATION AUX DIVERS ÉCHELONS DU SERVICE DE SANTÉ.

Par MM. le professeur JEANBRAU et le médecin principal SPIRE.

L'ensemble médical des connaissances scientifiques actuelles offre aujourd'hui une étendue et une complexité telles, qu'il n'est plus aucun cerveau humain, quelle qu'en soit la puissance de travail et d'assimilation, qui puisse prétendre les posséder toutes dans le détail.

La spécialisation s'impose donc : le Service de santé militaire étant, par essence, un service technique, doit admettre la spécialisation comme elle a été admise, et au même titre, dans le milieu civil.

Restent à examiner et à discuter les conditions et les modes d'application de telle spécialisation.

En temps de paix, d'abord, le Service de santé doit posséder, tant dans la métropole qu'aux colonies ou sur les théâtres extérieurs d'opérations, des spécialistes capables de donner aux hommes sous les drapeaux les soins que réclame leur santé, de sauvegarder par la précocité et la précision du diagnostic les finances de l'État contre la présomption d'origine, de pratiquer enfin des examens qualifiés des incorporés, des militaires à aptitude physique spéciale (aviation, etc.).

En temps de guerre, la spécialisation doit s'exercer plus particulièrement sur la collectivité, et s'appliquer aux besoins particuliers du Service de santé. Ces besoins correspondent d'abord à une action de préservation de la collectivité militaire (hygiène, épidémiologie), puis à une action thérapeutique d'abord préparatoire au traitement (triage, premiers soins), ensuite au traitement lui-même, envisagé aux échelons successifs (régiment, division, etc.). Ce traitement comporte des modalités différentes, selon que la blessure ou la maladie relèvent de la chirurgie (chirurgie viscérale, osseuse, tuberculose chirurgicale, chirurgie réparatrice de la tête et du cou, stomatologie) ou de la médecine (neurologie, psychiatrie, tuberculose, dermato-vénéréologie, cardiologie, gastro-entérologie) ou enfin des spécialisations mixtes, telles que l'oto-rhino-laryngologie, l'ophtalmologie, l'urologie, la radiologie, la médecine légale, la bactériologie.

C'est ensuite l'action d'évacuation qui comporte une part d'entretien et d'approvisionnement des médicaments et objets de pansement, et une part administrative. L'action d'organisation et de direction comprend la coordination générale des fonctions sanitaires avec les nécessités militaires de la bataille et les ordres du commandement. Cette spécialisation exige des médecins à préparation militaire très poussée, capables d'établir le lien entre le commandement et les exécutants : ce sont les directeurs aux différents échelons et leurs adjoints, les médecins affectés aux états-majors, les médecins-chefs des grandes unités, les médecins-chefs des gares régulatrices.

On conçoit que des règles précises doivent présider à la répartition de ces spécialisations. Ces règles ont pour objet de fixer les nécessaires, de classer le personnel technique grâce à une documentation détaillée sur tous les officiers du Service de santé établie dès le temps de paix, et d'après la compétence, l'âge, les obligations militaires; enfin la répartition de ce personnel aux différents échelons.

La documentation sur le personnel s'obtient par une juste appréciation des titres hospitaliers ou scientifiques, et de la notoriété réelle de chacun des intéressés. Quant à la répartition, elle obéit à des principes généraux basés sur les nécessaires, d'abord, sur les compétences ensuite. C'est dire que *tout spécialiste n'est pas, du fait même de sa spécialisation, forcément et uniquement utilisé comme spécialiste.* L'armée française comporte, comme on sait, différents échelons, depuis l'extrême avant jusqu'au grand quartier général.

Voyons rapidement les aptitudes nécessaires au personnel médical affecté à chacun de ces échelons :

Au régiment, extrême avant, seront affectés des médecins, pharmaciens et dentistes, jeunes, actifs, pleins d'allant, de santé robuste, ayant des connaissances générales sans spécialisation.

A l'échelon divisionnaire, le directeur sera actif, organisateur, doué d'esprit de décision et de réalisation. Les médecins, bien que non spécialisés, seront choisis autant que possible parmi les internes en chirurgie, en raison de la nature des soins à donner aux blessés (examens et triage, soins d'extrême urgence, hémostase, pose d'appareils à fractures). Les pharmaciens seront qualifiés pour diriger le laboratoire de toxicologie (chefs de travaux ou préparateurs de chimie dans les Facultés ou Ecoles, internes des hôpitaux ou pharmaciens d'hôpitaux ayant la pratique du laboratoire.

Le chirurgien dentiste doit posséder les mêmes qualités que ceux des corps de troupe.

Au corps d'armée, le directeur, doué de connaissances militaires étendues, aura sous ses ordres un médecin-chef du groupe sanitaire de ravitaillement, actif organisateur, ayant beaucoup d'autorité et de solides qualités de commandement, des médecins en sous-ordre non spécialisés et un pharmacien apte au laboratoire de toxicologie et un chirurgien-dentiste qualifié.

L'ambulance chirurgicale légère de corps d'armée aura comme médecin-chef un chirurgien jeune, pondéré, possédant une grande expérience de la chirurgie des traumatismes et de la chirurgie viscérale, assisté d'aides compétents, d'âge autant que possible uniforme, pour éviter la dissociation rapide du personnel, dû fait de la différence des classes de mobilisation. L'équipe sera homogène, en un mot, et ses membres seront, autant que possible, connus du chef d'équipe, en vue de leur meilleure utilisation.

Radiologues et pharmaciens seront réellement qualifiés par leurs fonctions du temps de paix en vue d'une collaboration étroite avec l'œuvre chirurgicale (examens de la flore bactérienne des plaies).

L'ambulance médicale de corps d'armée sera recrutée avec un soin égal, et son médecin-chef devra être très au courant de la technique du traitement des gazés.

A l'échelon de l'armée, un directeur très averti des choses militaires a autour de lui un état-major de médecins adjoints actifs, organisateurs, à aptitudes médico-militaires, et un chirurgien et un médecin consultants, relativement jeunes et d'une haute autorité scientifique, ainsi qu'un pharmacien expert.

Le premier adjoint du directeur aura accompli un stage à l'Ecole de guerre; il en sera de même pour le médecin du quatrième bureau, spécialisé dans les questions d'état-major.

Quant aux diverses formations de réception, de triage, de traitement et d'évacuation de l'armée, elles exigent, de même que celles du corps d'armée, étudiées plus haut, une spécialisation très poussée, et les raisons qui la motivent sont d'un ordre identique.

La gare régulatrice a dans ses attributions l'exécution des évacuations par voie ferrée. C'est un acte essentiellement technique, nécessitant un médecin ayant de solides connaissances médico-militaires, de l'active ou ancien médecin militaire, actif, vigoureux, plein de décision, placé auprès du commissaire régulateur qui représente l'autorité militaire. Les adjoints de ce médecin, médecins et pharmaciens, seront sans spécialisation.

Nous arrivons enfin au terme ultime, le **Grand Quartier,** direction suprême de l'armée. « Le directeur général du Service de santé, de longtemps attaché aux questions d'organisation et de perfectionnement, sera entouré d'un état-major de spécialistes médico-militaires, rompus, dès le temps de paix, aux études tactiques, organisateurs, doués de qualités essentielles de travail, d'initiative et de décision. »

Cet échelon suprême aura en effet à connaître de tout ce qui touche aux hôpitaux d'évacuation secondaire, importantes formations de traitement qui forment la *barrière chirurgicale des armées.*

Quant à l'échelon de l'intérieur, il représente le terme ultime de traitement; c'est dire son rôle essentiellement technique. On y trouvera donc des spécialistes plus âgés ou inaptes momentanément à faire campagne, qualifiés dans les différents centres hospitaliers, et, auprès des directeurs régionaux, seront placés d'autres adjoints techniques choisis parmi les notoriétés scientifiques incontestées.

Parvenus au terme de cette énumération qui englobe en un rapide coup d'œil toutes les forces vives de cet immense organisme qu'est le Service de santé militaire, les auteurs insistent à nouveau sur la nature essentiellement technique, et, reprenant la parole du médecin inspecteur général Toubert, concluent que, sans préjuger de la nature d'une nouvelle guerre qui peut différer de celle de 1914-1918 autant que celle-ci différait des précédentes, on peut affirmer que l'organisation sanitaire sera clinique, ou elle n'existera pas. Or une organisation clinique doit être spécialisée, et c'est le sens des conclusions qui terminent ce rapport.

DEUXIÈME QUESTION

SÉLECTION DU CONTINGENT ET TUBERCULOSE

MM. les médecins colonels Rudzki et Sokolowski, de l'armée polonaise.

Les armées modernes du temps de paix sont généralement considérées comme des cadres de mobilisation de la nation armée.

La revision d'une classe n'a d'autre but que de déterminer l'aptitude totale ou partielle des conscrits au service militaire, et de les ranger, d'après cette aptitude, dans différentes catégories qui, tout en portant des noms différents, sont cependant très comparables dans chaque pays.

Or, on doit se poser d'abord la question de savoir si telle ou telle maladie ou infériorité physique entraîne toujours pour l'homme qui en est atteint le classement dans la même catégorie, autrement dit si les considérations d'ordre militaire, politique, financier même, ne sont pas de nature à influer sur ce classement.

L'examen des lois et réglementations qui régissent les deux principales armées européennes, l'armée française et l'armée allemande, montre clairement l'évolution des idées en matière de recrutement, de l'époque avoisinant par exemple la date de 1888 jusqu'à nos jours.

On constate que le pourcentage d'aptes a augmenté progressivement dans l'armée allemande en même temps que s'élevait le chiffre des effectifs, et que le pourcentage d'inaptes tombait de 26,2 p. 100 en 1876 à 6,1 p. 100 en 1910.

En France, et pour des raisons un peu différentes (natalité moindre, chiffre moins élevé de la population masculine), on constate que la conception d'aptitude physique n'a pas non plus une valeur fixe et bien définie, et varie suivant l'importance de l'effectif et du contingent dont on dispose. Est-il donc possible « en modifiant cette conception de l'aptitude physique au service, d'augmenter à volonté, pour ainsi dire, le nombre des hommes à incorporer? »

Cette question ainsi posée touche de très près aux intérêts vitaux d'une nation; la grande guerre a montré que certains pays ont consenti des sacrifices considérables, au point de compromettre leur vitalité même; le rôle du médecin est d'empêcher que l'incorporation aggrave l'état de certains sujets malingres et débiles, et constitue un danger pour les autres recrues. Ce rôle trouve son utilité pleine et entière dans la protection de l'armée contre les tuberculeux.

A ce point de son rapport, l'auteur entre dans le vif du sujet.

Il expose d'abord la fréquence de la tuberculose chez les jeunes gens à l'âge du service militaire, montrant que, des recherches anatomo-pathologiques bien connues de Nægeli, il résume que 96 p. 100 des hommes de vingt ans présentent des lésions tuberculeuses. Ce chiffre énorme est très généralement confirmé par les auteurs de tous les pays; mais il y a lieu de constater que la majorité des cas est représentée par des atteintes ganglionnaires, pleurales ou pulmonaires localisées, fibreuses, qui confèrent à l'individu une certaine allergie plus ou moins temporaire.

Quant aux formes actives, on les estime à environ 10 p. 1 000 du nombre total; c'est précisément ces tuberculeux dispersant autour d'eux les bacilles vivants que l'armée doit éliminer.

Pour cela, le crible du conseil de revision, malgré les conditions en général imparfaites dans lesquelles il fonctionne, permettra une première sélection ; il en résultera un classement des conscrits dans l'une ou l'autre des catégories d'aptitude, et la fiche d'examen portera les constatations faites ainsi que l'affection aux différentes armes.

Ceux des sujets reconnus suspects de tuberculose seront dirigés vers l'hôpital pour examen plus complet, à l'aide de tout l'outillage moderne et de toutes les méthodes d'investigation connues. Un séjour de quatre à huit jours est en moyenne suffisant pour rétablir ou réfuter le diagnostic de tuberculose; ce n'est qu'exceptionnellement que la durée d'observation dépasse une semaine, car une décision rapide est nécessaire pour éviter l'encombrement pendant cette période du recrutement.

Quoi qu'il en soit, le certificat d'examen aboutit à l'une des conclusions suivantes : aptitude au service (catégorie A); ajournement à un an (catégorie B); service auxiliaire (catégorie C); affectation au service militaire non armé (catégorie D); inaptitude complète (catégorie E). Les conscrits pourvus de la fiche d'examen de l'hôpital reparaissent devant le conseil de revision qui prononce alors les décisions définitives (incorporation, ajournement ou réforme).

Telles sont les mesures prises en Pologne pour éviter l'introduction du tuberculeux dans l'armée.

Voyons maintenant comme on procède pour éliminer les soldats tuberculeux des rangs où ils ont pu se glisser si la revision a précédé d'assez loin l'incorporation, par exemple du printemps à l'automne, intervalle suffisant pour que se développe une tuberculose pulmonaire grave et très contaminante.

Les seuls sujets de la catégorie A (tout à fait indemnes) sont d'abord seuls incorporés; le médecin du corps de troupe est tenu d'examiner toutes les recrues dans un délai de trois semaines, et dirige sur la commission médicale permanente de l'hôpital celles qui paraissent susceptibles de changer de catégorie. Le corps libre immédiatement, sans autre formalité, les jeunes gens reconnus inaptes temporairement ou définitivement, à condition que le séjour au corps ne dépassse pas trois semaines ; dans le cas contraire, c'est la réforme qui est prononcée de la manière habituelle.

La responsabilité de l'Etat n'est engagée qu'à partir du troisième mois qui suit l'incorporation.

Ces mesures sont celles du temps de paix; elles sont modifiées selon les besoins militaires pendant le temps de guerre, où la nation tout entière doit prendre part à la défense du pays.

Quant aux méthodes mises en œuvre pour l'examen des conscrits en général, elles s'inspirent de tous le procédés connus d'évaluation : mensurations diverses, rapports réciproques du poids, de la taille et du périmètre, épreuve de Pirquet, formules de Pignet et Meyet, coefficient de nutrition de Pirquet, formule de Broer et d'autres encore. Ces méthodes n'ont qu'une valeur relative que les faits et le temps passé sous les drapeaux se chargent souvent de controuver; aussi la surveillance médicale continue des soldats et des réservistes s'impose-t-elle pendant toute la durée du service, et l'aptitude pouvant se modifier au cours de la vie militaire peut-elle entraîner un classement nouveau dans telle ou telle catégorie.

Le rapporteur exprime le vœu que cette surveillance devienne effective, de façon à pouvoir tenir à jour le degré d'aptitude réel d'une classe mobilisée, et éviter de faux calculs basés sur l'effectif fictif des réserves.

Suivent les conclusions du rapport et les desiderata que motive la situation actuelle du contingent et de la population en Pologne.

MÉTHODE DE SÉLECTION DU CONTINGENT.

Par MM. Levy, médecin principal de 1re classe, professeur à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, et Jeandidier, médecin principal de 2e classe, médecin des hôpitaux, militaires.

La sélection du contingent, dans les temps modernes, où les nations armées doivent, sous peine de leur existence même, armer les bras du plus grand nombre possible de leurs fils, consiste, non plus comme jadis, à choisir un nombre restreint de sujets réunissant au maximum les conditions d'aptitude au

service, mais bien à éliminer seulement les conscrits indiscutablement inaptes au métier des armes. En un mot, il ne s'agit plus du choix des meilleurs, mais de l'élimination des incapables. Ceci est surtout vrai pour les pays à faible natalité, et pour accomplir cette tâche, difficile deux triages sucessifs sont mis en œuvre ; le conseil de revision, et la visite d'incorporation.

L'instruction sur l'aptitude physique au service militaire représente le code d'après lequel s'effectuent les deux triages précités; il va sans dire qu'elle ne constitue pas une suite de prescriptions impératives, mais bien plutôt un guide pour l'expert, dans les cas « limite » aux frontières de la maladie, tandis que les cas bien nets ne laissent place à aucun doute sur la conduite à suivre.

Or, dans l'ensemble de la pathologie, deux rubriques soulèvent à elles seules plus de difficultés d'application que tout le reste de la nomenclature nosologique : ce sont la tuberculose, d'une part, et la faiblesse de constitution, d'autre part.

Les auteurs passent en revue les multiples critères auxquels on a successivement cru pouvoir s'arrêter, en ce qui concerne la tuberculose, et dont aucun n'a résisté à l'usage : tuberculino-réactions, bacilloscopie, études des formes cliniques, torpides ou évolutives, fébriles ou apyrétiques, méthodes radiologiques, stéréocodiologiques, réactions de fixation, méthodes biologiques, etc., ont apporté à la solution du problème du diagnostic ferme de la tuberculose des clartés précieuses, sans doute, mais la prescription de l'instruction sur l'aptitude physique, formulant catégoriquement pour le tuberculeux l'inaptitude au service, laisse le plus souvent, dans la pratique, l'expert aux prises avec de sérieuses difficultés.

Il en est encore ainsi pour la faiblesse de constitution, qui, malgré l'imprécision de la dénomination, répond, pour le médecin militaire, à une entité bien caractéristique, et dont les rapports avec la tuberculose, n'en déplaise à des opinions autorisées, se révèlent dans les rangs de l'armée, en raison des conditions particulières des fatigues de la vie militaire, qui, normales et salutaires pour l'homme robuste, peuvent conduire le faible au surmenage chronique, et de là, trop souvent, à la tuberculose.

L'influence des causes secondes, longtemps écartée du premier plan, reparait ici avec toute sa valeur. Le soldat sortant de l'armée tuberculeux y est entré bacillaire, disait Kelsch il y a plus de vingt ans; il ajoutait : *Nous sommes tous plus ou moins bacillifères, ce sont les causes secondes qui nous rendent bacillisables*. De belles études modernes, celles de Debré en particulier, confirment cette assertion et, réserve faite pour quelques cas exceptionnels, personne ne croit plus guère aujourd'hui à la contagion entre adultes.

Aussi, bien que l'hygiène militaire soit loin d'être si défectueuse qu'elle favorise le développement de la tuberculose dans les conditions normales du temps de paix, il n'en reste pas moins acquis que les sujets faibles de constitution doivent être écartés du milieu militaire; mais ici encore, les critériums les plus variés n'ont pu apporter qu'un faible secours à l'expert : leur multiplicité même est l'aveu de leur insuffisance.

Rien ne vaudra le coup d'œil médical de l'expert exercé, la mise en œuvre sagace de l'exploration clinique; « les indications du ruban métrique et de la bascule doivent céder le pas à l'expérience et à la pratique, guidées par le sens médical et la rectitude du jugement » (Kelsch).

Or, on se rend compte que les difficultés ne sont pas seulement d'ordre médical; des éliminations pour « faiblesse » insuffisamment justifiées se répercutent d'une façon inadmissible sur le maintien des effectifs, et malheureusement, l'expert est impuissant à discerner d'avance, parmi les jeunes gens de constitution faible ou douteuse, ceux dont l'état de santé (le fait est constant) s'améliorera au service, et ceux, par contre, qui feront des formes évolutives de gravité variable.

Donc, la question du diagnostic de la tuberculose sera résolue par l'expert en mettant en œuvre toutes les ressources scientifiques actuellement possibles; quant à l'appréciation de la constitution, il appellera à son aide toutes ses qualités personnelles de coup d'œil, de pratique, d'expérience et de conscience médicales. Ces procédés scientifiques, ces qualités individuelles, vont pouvoir s'exercer au cours des opérations du recrutement, dont nous allons pénétrer maintenant le mécanisme.

Le conseil de revision constitue le premier des deux triages dont il a été parlé plus haut.

Il prête à des critiques justifiées et déjà anciennes auxquelles il est fort difficile de remédier, en raison des conditions matérielles légales dans lesquelles se déroulent les opérations d'expertise. Des dispositions modernes s'efforcent de rendre moins ardue la tâche de l'expert, en le mettant à même d'être renseigné sur l'état physique du conscrit examiné, grâce à des documents, médicaux ou administratifs (dossier sanitaire, certificats médicaux), établis par une commission médicale qui, avant le conseil de revision, examine séparément les gens qui en font la demande. Cette commission retient les sujets douteux pour un examen pratiqué par des experts spécialistes, civils ou militaires, agréés par le ministre de la Guerre; en fin d'expertise, le spécialiste consulté adresse au président de la commission les rapports qu'il a établis, et les décisions au sujet des conscrits intéressés sont renvoyées à la séance finale du conseil.

Ces dispositions marquent un progrès évident : examen à loisir dans le calme et le silence, huis clos pour les déclarations médicales, renvoi au spécialiste, hospitalisation pour complément d'observation, jugement sur pièces, sont des améliorations de valeur, mais qui malheureusement ne profitent qu'à un petit nombre, et qu'il serait impossible d'appliquer à la totalité des conscrits. En particulier, pour la tuberculose, la commission ne pourra se prononcer, tout comme l'aurait fait le simple expert, que sur les cas évidents; et pour les faibles de constitution, le doute demeure quant à leur avenir possible; le seul choix, après ajournements successifs, s'offre à l'arbitre entre l'élimination définitive et l'incorporation.

C'est alors qu'il convient d'étudier le mécanisme d'après lequel fonctionne cette deuxième sélection réalisée par la visite d'incorporation. Elle est dominée par la loi du 31 mars 1919, dite de la présomption, d'après les termes de laquelle toutes les maladies constatées chez un militaire ou marin, pendant la période où il a été incorporé, ou pendant les six mois qui ont suivi son retour dans ses foyers, sont présumées, sauf preuve du contraire, avoir été contractées ou s'être aggravées par suite des fatigues, dangers ou accidents de service.

L'incorporation devient donc un véritable constat médico-légal, point de départ, le cas échéant, de la preuve contraire admise par la loi.

La loi du 1er avril 1923 fixe rationnellement les conditions de temps dans lesquelles joue la présomption; elle date du jour de la visite d'incorporation qui devra avoir lieu dans les trois mois au plus tard de l'arrivée au corps.

Une méthode judicieuse doit donc guider le médecin dans la marche des opérations multiples, complexes et délicates auxquelles il doit se livrer pendant cette période, que le nombre des jeunes soldats, la pénurie de personnel subalterne, rendent encore plus pénible et dont ils aggravent les difficultés. On conçoit, en effet, qu'il est nécessaire de décrire en détail, d'enregistrer d'une façon constante et systématique toutes les infirmités, défectuosités et tares même légères, constatées à l'arrivée de la recrue, et qu'il faut tenir à jour, par la suite, tous ces renseignements soigneusement reproduits sur le livret médical de l'homme ainsi que sur le registre d'incorporation.

L'attention du médecin sera « attirée spécialement sur la recherche des signes cliniques de la tuberculose »; avec une grande minutie, la loi prescrit toutes les investigations, les examens radiologiques sous leurs formes les plus perfectionnées, la recherche persévérante du bacille, l'inoculation du cobaye, bref toutes les mesures qui permettront à l'expert, dans le plus grand nombre des cas, de formuler une opinion nettement établie.

Pour l'appréciation de la robustesse, au contraire, l'expert ne peut compter que sur son jugement et son expérience; et comme la loi ne permet plus la mise en observation que dans des limites de temps fort restreintes, tous les douteux, en principe, sont à éliminer pour sauvegarder les intérêts de l'État.

En résumé, s'il est toujours possible, à peu d'exceptions près, de diagnostiquer la tuberculose constituée, dans les délais voulus, grâce aux moyens actuels d'investigation, on voit que le problème demeure beaucoup plus difficile à résoudre en ce qui a trait à la constitution.

Comme une loi de fréquence peut seule nous fournir quelques probabilités sur l'avenir des faibles de constitution, en faisant ressortir que le plus grand nombre des cas de tuberculose se manifesteront parmi les sujets de constitution peu robuste, l'élimination de tous ces sujets, « en bonne logique, devrait être la règle ». Mais elle aboutirait à réduire, dans des proportions inacceptables, les sources du recrutement.

Quant au temps de guerre, il va de soi que les dispositions légales, pendant la paix, ne sont plus valables, et que la collectivité a pris à son compte, comme contractées ou aggravées au service, toutes les tares physiques dont étaient porteurs la plupart des récupérés des dernières levées de la guerre.

Aussi, les auteurs estiment-ils qu'on pourrait concevoir pour l'avenir un système de recrutement basé sur un principe différent de celui aujourd'hui en vigueur. Ce système, que nous pourrions appeler « d'aptitudes restreintes », tiendrait compte, non plus de la valeur physique en général qui permet au soldat d'être employé à toutes les fonctions du métier des armes, mais bien de l'aptitude physique particulière grâce à laquelle, à côté du combattant vrai, pourraient être utilisés tous les individus, l'obèse, le goutteux, le dyspeptique, le cardiaque compensé, que leur infirmité relative n'empêche pas d'occuper avec avantage à l'un quelconque des emplois spécialisés si nombreux dans une armée moderne.

Une semblable instruction ministérielle sur les emplois réservés indique, d'ores et déjà, dans le détail, quelles sont les infirmités compatibles avec les emplois les plus divers : peut-être serait-il possible, d'envisager une instruction sur l'aptitude militaire où seraient « cataloguées les défectuosités compatibles avec les différents emplois de l'armée ».

« Le nombre des éliminations serait ainsi considérablement réduit, et cette opération économique, mieux que le nom de sélection, mériterait celui de classement du contingent. »

TROISIÈME QUESTION

ÉVOLUTION & TRAITEMENT DES ARTHRITES TRAUMATIQUES & LEURS SÉQUELLES

Cet important travail comprend deux grandes subdivisions qui, après entente préalable des rapporteurs, ont été traitées de la façon suivante :

1° **Evolution et traitement des arthrites traumatiques succédant aux plaies articulaires**. (MM. Rouvillois et Maisonnet, du Val-de-Grâce.)

2° **Evolution et traitement des arthrites traumatiques succédant aux traumatismes fermés**. (MM. Derache et Voncken, de l'armée belge.)

1° Le rapport français comprend quatre chapitres principaux : historique; évolution; traitement et adaptation de ce traitement aux conditions du transport et des évacuations.

Le premier chapitre, consacré à l'histoire des arthritiques traumatiques, nous fait faire un rapide retour à l'époque pré-antiseptique, qu'illustrent les noms de Percy, Moreau, Larrey, Dupuytren, Baudens, qui durent leurs succès à leur magnifique virtuosité opératoire, mais pour qui l'amputation restait trop souvent la ressource suprême, l'*ultima ratio* contre l'affection articulaire.

La résection, vers la deuxième partie du XIXe siècle, entra dans la pratique de la chirurgie de guerre, à la suite des travaux de Baudens et des efforts que fit Percy pour la vulgariser.

Elle jouit d'une vogue considérable chez les chirurgiens allemands et américains (guerre de Sécession, guerre de 1870-1871); mais déjà les opérateurs français, suivant les sages conseils de Legouest, Gaujot, Spillmann et Sedillot, se montraient plus discrets dans leurs interventions : les insuccès trop fréquents étaient dus à l'ignorance où on se trouvait encore des causes véritables de l'infection, et ce n'est que pendant la guerre russo-turque de 1877-1878 que, l'antisepsie ayant pris naissance et étant appliquée d'une manière correcte et systématique, fut franchie cette étape décisive qui nous amène à l'ère chirurgicale moderne.

On vécut jusqu'en 1914 sur la notion de la bénignité relative des plaies produites par les projectiles de guerre de petit calibre (la balle humanitaire), et il fallut les enseignements de la grande guerre pour estimer à leur valeur les redoutables complications avec lesquelles les chirurgiens du XVIIIe siècle avaient lutté infructueusement et dont la réapparition soudaine et massive faillit ramener le règne de l'amputation primitive.

Heureusement, on fit bientôt la distinction fondamentale entre les blessures par balles et par éclats d'obus, et, pour ces derniers, l'arthrotomie primitive de Baudens, secourue cette fois par une asepsie rigoureuse, et la technique d'Ollier, apporta des résultats satisfaisants jusqu'au jour où la méthode nouvelle de l'Ecole française, de l'excision des tissus contus, avec extraction des corps étrangers et toilette de la plaie et du squelette, permit enfin, selon les cas, la fermeture de la synoviale et des plans superficiels sans drainage.

On revint aussi à une chirurgie plus conservatrice; et les plaies articulaires, mises à l'abri de l'infection, demeurèrent seulement soumises aux complications d'ordre mécanique et réactionnel qui entraînent les séquelles plus ou moins importantes régies par l'évolution biologique commune à toutes les plaies.

Cette évolution générale fait l'objet du second chapitre, consacré à la description des trois périodes qu'on peut envisager dans le cycle d'une plaie articulaire, depuis la blessure jusqu'à sa guérison plus ou moins parfaite.

C'est d'abord la période primaire, correspondant aux premières heures après le traumatisme, où la mortification des tissus et des parois de la plaie intéressant les parties molles, la capsule articulaire, la synoviale et le squelette, peut, dans des cas exceptionnels, évoluer spontanément vers la guérison avec élimination des tissus mortifiés, mais, dans la presque totalité des cas, donne lieu à des complications redoutables, variables suivant la résistance des tissus atteints et la virulence des germes infectieux.

Ces germes aérobies et anaérobies, entraînés en effet par les aspérités du projectile, vont, après les quelques heures de latence qui constituent précisément la première période aseptique, se développer dans la plaie grâce aux conditions favorables réunies pour leur multiplication. L'infection prend donc naissance dans le milieu de culture idéal et va gagner successivement en profondeur les parties molles d'abord, puis la synoviale, et enfin le squelette. L'arthrite est ainsi constituée, et l'épanchement articulaire lui-même consécutif au traumatisme va s'infecter à son tour, après avoir été le siège de phénomènes biochimiques du plus haut intérêt, bien étudiés par Leriche et Policard, Delbet et Fiessinger, Duval et Vaucher, etc.

La seconde période, de septicité, se déroule ainsi, et les auteurs étudient successivement le mécanisme intime de la pénétration des germes dans la cavité synoviale, le développement des deux formes cliniques principales d'infection : l'arthrite septique suraiguë qui n'est à proprement parler qu'une des formes de la gangrène gazeuse, et l'arthrite et ostéo-arthrite suppurée, due habituellement aux aérobies de la suppuration banale, à évolution insidieuse ou rapide, et susceptible, comme la précédente, d'amener des complications souvent mortelles.

Cette issue fatale peut être heureusement conjurée par un traitement chirurgical approprié. Infectée ou demeurée septique, la plaie articulaire peut en effet guérir anatomiquement et fonctionnellement, soit d'une façon complète, soit le plus souvent avec des séquelles plus ou moins graves dont la constitution progressive remplit la troisième période évolutive.

Au cours de cette période, les auteurs envisagent successivement : 1° les réactions pathologiques tardives des tissus articulaires vis-à-vis du traumatisme et de l'infection; 2° la formation des séquelles qui en est la conséquence (raideurs et ankyloses, articulations relâchées ou ballantes). Ces diverses réactions intéressent, bien entendu, aussi bien la synoviale que la surface articulaire elle-même et les tissus intermédiaires.

Quant aux séquelles, elles se rangent sous deux chefs : les raideurs et ankyloses, et les articulations relâchées et ballantes.

Les premières sont justiciables de la physiothérapie ou bien nécessitent une intervention chirurgicale; elles ont été classées ainsi d'après la localisation anatomique ou l'anatomie pathologique des lésions (Leriche et Policard) que l'examen clinique, aidé de la radiographie, permettra de préciser.

Les secondes constituent les véritables séquelles des plaies articulaires et se traduisent par un excès de mobilité survenant après la résection, d'où le nom de résections ballantes

que leur a donné Tavernier. Elles tiennent surtout à l'importance des dégâts osseux et musculaires, à des défauts de technique opératoire ou enfin à l'insuffisance des soins postopératoires. Elles présentent une gamme de formes cliniques allant de la simple laxité jusqu'à l'état ballant complet ; les auteurs précisent avec raison ces différentes formes pour nous permettre de comprendre le traitement qui peut être opposé à ces lésions.

Le troisième chapitre est consacré au traitement général de ces arthrites traumatiques consécutives aux plaies articulaires.

Il comporte des modalités différentes, appropriées aux trois périodes évolutives étudiées plus haut.

C'est d'abord la période primaire, le traitement prophylactique de l'infection non encore déclarée. Les indications opératoires et le choix du procédé varient, bien entendu, d'après la nature et l'importance des lésions, selon qu'elles intéressent seulement l'articulation à l'exclusion du squelette, ou bien l'articulation et l'épiphyse seule, ou enfin l'articulation, l'épiphyse et la diaphyse.

On voit que, pour traiter logiquement une blessure articulaire, l'arthrotomie simple ou avec esquillectomie intra-articulaire, la résection ou l'amputation s'offrent au choix de l'opérateur. Ces trois sortes d'interventions s'appuient naturellement sur des principes généraux, tant pour la technique opératoire que pour les soins postopératoires.

L'arthrotomie est le temps préliminaire de toute thérapeutique articulaire active : elle a pour but de permettre la toilette complète de la cavité articulaire, l'ablation des corps étrangers, l'hémostase parfaite de la surface cruentée, l'esquillectomie intraarticulaire, enfin la suture minutieuse et hermétique de la synoviale, du surtout aponévrotique et des téguments. La tactique à observer au point de vue des réactions microbiennes sera exposée ultérieurement. La méthode de Willems, de la *mobilisation active immédiate*, constitue le complément précieux de cet ensemble thérapeutique, et les résultats obtenus grâce à lui comptent parmi les plus beaux enregistrés à la suite de l'application de la chirurgie articulaire des plaies de guerre.

La *résection primitive*, exécutée en suivant le plus fidèlement possible les préceptes d'Ollier, comporte des indications que l'expérience du chirurgien et la nature de chaque cas peuvent seules préciser. Cette opération a donné, comme on sait, des résultats assez beaux pour avoir droit de cité, non seulement parmi les opérations de nécessité, mais encore parmi les procédés de choix.

Quant aux *amputations primitives*, on ne les considère que comme interventions d'urgence, destinées à sauver la vie du blessé; aussi ne sont-elles ici citées que pour mémoire, puisqu'elles ne rentrent pas dans le cadre des opérations préventives articulaires.

La seconde modalité du traitement curatif s'adresse à l'infection articulaire, et comporte, comme précédemment, des indications opératoires et le choix d'un procédé, suivant le type clinique observé; et une technique appliquée suivant des principes généraux, ainsi que des soins post-opératoires.

Ici encore, les indications seront fournies par la nature même de l'infection. L'amputation d'urgence, en cas d'arthrite septique à allure suraiguë, ne suffira pas seule, le plus souvent, à sauver le blessé; débridements larges au bistouri et au thermocautère, sérothérapie à haute dose devront être employés systématiquement.

Ne s'agit-il que d'une arthrite suppurée, des mesures moins radicales s'imposeront alors, et l'arthrotomie, la résection, permettront d'obtenir un résultat le plus souvent satisfaisant : ce sont autant de cas d'espèce dont la complexité échappe à une analyse d'ensemble, et qui inspireront au chirurgien une conduite différente, suivant par exemple qu'il s'agit du membre supérieur ou inférieur (mobilité ou solidité surtout désirable), et qu'on a affaire à un travailleur manuel ou intellectuel dont les besoins physiques sont bien distincts. Amputation, arthrotomie, résection, constituent donc un trépied curatif, aussi bien que préventif; elles procèdent ici encore des mêmes directions, s'appliquent à juguler l'infection déclarée, à ménager au maximum l'appareil articulaire, musculaire, et ligamenteux, en vue d'éviter l'impotence fonctionnelle ultérieure, les raideurs, les ankyloses, et les résections ballantes.

Ces complications représentent en effet les véritables séquelles : un traitement systématique, appliqué judicieusement à chacune d'elles, doit leur être opposé.

Tout raccourci du présent rapport aurait le défaut de trahir la pensée précise des auteurs; un rapide coup d'œil sur les indications et le choix des procédés va nous permettre d'estimer la complexité du problème.

D'abord, jamais de mobilisation tant qu'il persiste de l'inflammation dans la jointure ou son voisinage; jamais non plus s'il existe des arrachements osseux ou périostés, des saillies péri-articulaiaes qui limitent les déplacements normaux des leviers osseux. Par contre, la mobilisation restera à la base du traitement des raideurs articulaires.

Mobilisation progressive ou brusque, redressement brusque sous anesthésie, redressement par appareils plâtrés successifs, constituent la méthode assez longue et pénible, à laquelle on a donc recours pour vaincre les raideurs en position normale ou en position vicieuse. Quant aux ankyloses, complètes ou partielles, elles reconnaissent une cause telle qu'aucun procédé de mobilisation n'en saurait venir à bout : il s'agit ici en effet de lésions à prédominance intra-articulaire contre lesquelles l'intervention seule peut avoir chance de succès. Les indications de l'intervention seront tirées de l'âge, de la situation personnelle, de la profession du patient, de l'état de ses muscles, vaisseaux, nerfs, téguments, de son état général. L'appréciation du déficit fonctionnel a une grande importance, d'autant qu'elle doit varier avec les sujets (position du membre ankylosé); deux éventualités pourtant constituent une indication opératoire formelle : l'ankylose de la mâchoire et l'ankylose bilatérale de la hanche. Pour le reste, chercher la mobilité au membre supérieur, la solidité au membre inférieur, respecter en général une ankylose en bonne position, et redresser l'ankylose vicieuse en bonne position.

Ce résultat désirable sera obtenu opératoirement par la résection classique, ou bien la résection avec interposition, ou enfin la résection suivie de greffe articulaire.

La première de ces interventions est aujourd'hui parfaitement précisée quant à ses indications; les beaux travaux d'Ollier en ont fixé les possibilités, et elle ne se montre inefficace que dans certains cas, où la disposition du périoste et des surtouts ligamenteux, la forme et le volume des épiphyses ne permettent pas d'obtenir une parfaite régénération et une solidité suffisante (hanche, épaule, genou). L'arthroplastie permet alors de remédier à certains de ces inconvénients et d'obtenir une véritable pseudarthrose dont les mouvements représentent ceux de l'articulation primitive. La nature même de la lésion, le doute qui peut exister sur l'asepsie du foyer, la localisation de l'ankylose guideront alors l'opérateur dans le choix du procédé d'élection.

Le chirurgien, au cours de son intervention, aura toujours en vue deux écueils à éviter : d'une part, une résection trop large, enlevant à l'article sa solidité, d'autre part, une résection trop économique, après laquelle la jointure reste solide, mais ne retrouve pas ses mouvements.

L'arthroplastie n'a encore été que relativement peu utilisée en France; par contre, les chirurgiens américains et italiens en ont une expérience beaucoup plus étendue; les auteurs la considèrent comme un procédé d'exception, mais qui offre une ressource précieuse dans certains cas bien déterminés et entre les mains d'opérateurs ayant une grande pratique de la chirurgie ostéo-articulaire.

Les articulations ballantes comportent des indications que les auteurs vont préciser maintenant et qui varient selon qu'il s'agit du membre thoracique ou abdominal.

Les articulations flottantes actives et accommodables du membre supérieur ne relèvent qu'exceptionnellement d'un traitement opératoire; non accommodables, elles sont souvent susceptibles d'une retouche; enfin, flottantes et passives, elles imposent toujours l'acte chirurgical.

Pour le membre inférieur, où l'obligation de la solidité est dominante, les indications opératoires sont toujours beaucoup plus étendues.

Quant à l'appareillage, il a pour effet soit de maintenir en rapport normal les segments osseux auxquels la contraction musculaire communiquera des mouvements physiologiques, ou au contraire d'immobiliser solidement l'articulation dans la position la plus favorable. Les appareils ont tous le même inconvénient de favoriser l'atrophie musculaire et d'être lourds, fragiles, gênants.

On doit donc, chaque fois que c'est possible, s'adresser de préférence aux méthodes chirurgicales, rangées sous deux chefs principaux : les plasties ligamenteuses et musculaires; l'ostéosynthèse et la greffe osseuse d'autre part.

Les méthodes intéressant les parties molles sont pratiquées sous la forme des raccourcissements ligamenteux (Ollier) ou de la réfection capsulo-périostique de Vallas, et peuvent se compléter par des restaurations musculaires plus ou moins complexes, glissements, résections de cicatrices, transplantations, désinsertions, etc,

Les méthodes osseuses, l'ostéosynthèse en particulier, se réalisent par un fil métallique, l'enchevillement ou le vissage, selon le cas. La greffe sera entière, épiphysaire, restauratrice, ou bien ankylosante, destinée en principe, soit à procurer une néarthrose mobile, soit une ankylose incomplète; ses résultats sont d'autant meilleurs que les indications en sont plus précises.

Ce sont là, du reste, des procédés parfois difficiles donnant des résultats encourageants quand surtout les lésions sont peu accentuées; la combinaison des différents procédés permet d'obtenir de cette chirurgie délicate le maximum de rendement.

Le chapitre IV de ce rapport étudie l'adaptation du traitement des plaies articulaires, de leurs complications et de leurs séquelles, aux conditions particulières de la chirurgie de guerre, c'est-à-dire au transport et à l'évacuation des blessés dans les formations chirurgicales de la zone des armées et de l'intérieur.

Ce transport inéluctable du blessé de guerre comporte des inconvénients préjudiciables au traitement et qu'il importe de réduire au minimum.

Ici encore les trois périodes primaire, secondaire et tertiaire précédemment décrites posent des indications précises et bien distinctes.

La nécessité du transport du champ de bataille à la première formation chirurgicale ne se discute pas, à condition d'être aussi rapide, confortable et sûre que possible. Muni d'un appareil adapté à sa blessure, le blessé articulaire arrive à la formation où, dans la presque totalité des cas, l'intervention chirurgicale immédiate s'impose; elle sera efficace si la période aseptique n'a pas été encore dépassée, et si la synoviale a pu être hermétiquement fermée ; nous avons vu en effet que la plaie articulaire n'est pas justiciable, comme la plaie des parties molles, du procédé de la suture primitive retardée ou secondaire. Une surveillance d'une dizaine de jours, exercée par le même chirurgien, la protection de la blessure par un bon appareil d'immobilisation interdisent donc l'évacuation précoce à longue distance.

Dès l'ouverture de la période secondaire, ces mêmes desiderata, deviennent plus impérieux encore; tout transport à longue distance n'est qu'un pis-aller et peut présenter les plus dangereux inconvénients.

Quant à la période tertiaire, elle se déroule dans les formations chirurgicales de l'intérieur du territoire et peut évoluer avec les garanties nécessaires si le chirurgien traitant est bien en possession des documents cliniques de toute nature le renseignant avec précision sur la nature et l'évolution de la blessure ainsi que les différents traitements mis en œuvre jusque-là.

Ainsi se démontrent l'importance d'une véritable liaison chirurgicale entre tous les services de l'armée, la nécessité de confier le traitement des séquelles des arthrites traumatiques à des chirurgiens notoirement qualifiés, enfin le besoin de la création de centres de prothèse orthopédique et réparatrice dont telle catégorie de blessés sont appelés à tirer le plus grand profit.

2° Rapport belge. — MM. Derache et Voncken, après en avoir conféré avec leurs collègues français, se sont réservé l'étude de l'évolution et du traitement des arthrites traumatiques, consécutives aux traumatismes fermés; les arthrites qui succèdent aux plaies articulaires faisant l'objet de l'étude de MM. Rouvillois et Maisonnet. Par conséquent, le facteur infection doit être éliminé *a priori*, et seuls les phénomènes mécaniques et réactionnels qui apparaissent à la suite d'un traumatisme articulaire para-articulaire retiendront l'attention.

Les épanchements de sang extravasé, avec tuméfaction et hémarthrose, constituent d'abord un élément d'irritation capable de provoquer, par sa seule présence, une réaction locale du côté de la séreuse articulaire; la quantité du sang épanché peut avoir aussi une grande importance (genou, épaule, coude), au point de vue de l'impotence fonctionnelle.

L'entorse constitue un degré plus avancé de la lésion anatomique; à l'épanchement sanguin s'ajoute alors la déchirure ligamentaire, avec son cortège de lésions du tissu cellulaire sous-cutané, déchirures vasculaires ou lymphatiques, infiltration et ecchymoses.

La lésion des gaines tendineuses peut assombrir le pronostic, et on sait, depuis les études radiographiques et les travaux de Destot, combien sont fréquentes les lésions tissulaires dans les entorses réputées simples ainsi que les lésions à distance. Certaines articulations, celle du genou par exemple, méritent une mention, en raison de leur symptomatologie toute spéciale et de la présence des ménisques et des ligaments croisés.

La luxation, elle aussi, est une source de séquelles nombreuses, facilement explicables par les arrachements capsulaires et périostés, les fissures concomitantes au niveau des épiphyses et des cartilages diarthrodiaux qui entrent en jeu.

Quant à la fracture intra-articulaire, il serait superflu d'insister sur la gravité des dégâts qu'elle peut causer, par les altérations de forme des surfaces en contact, et qui s'ajoutent aux causes précédentes pour entraver d'une façon considérable le jeu articulaire.

Mais, en outre de ces lésions locales, on doit faire encore mention des traumatismes à distance, susceptibles de produire des épanchements dans les articulations voisines, d'amener des troubles fonctionnels par suite d'amyotrophies de rétractions tendéneuses, de l'immobilisation trop prolongée, etc. Il n'est pas enfin jusqu'aux traumatismes légers et répétés qui ne puissent provoquer des séquelles parfois hors de proportion apparente avec la cause déterminante.

Passant maintenant en revue les diverses modalités que peuvent revêtir, pour chacun des organes constitutifs de l'articulation, les phénomènes d'irritation, de réaction, de cicatrisation ou de guérison qu'on y observe, les auteurs étudient d'abord les lésions articulaires, et, en premier lieu le liquide intra-articulaire dont la présence traduit toujours la blessure et la réaction de la séreuse; puis ils montrent qu'à l'hémarthrose pure du début, succède l'hydarthrose résultant de la sécrétion irritative de la séreuse : le sang épanché se coagule; le sérum issu de la coagulation se résorbe rapidement, et l'exsudation synoviale abondante qui suit cette résorption peut, dans certains cas, se coaguler *in vitro*. Les fonctions évacuatrices ramènent un liquide de moins en moins hématique jusqu'à guérison par asséchement, ou passage à la chronicité. C'est l'hydarthrose pure, caractérisée par ses alternatives de rémission et de rechutes, l'articulation atteinte une fois l'hydarthrose semblant sensibilisée au traumatisme et devenue capable de réagir avec plus de violence à toute irritation nouvelle. Les corps étrangers sont capables, eux aussi, de provoquer l'irritation exsudative; une subluxation d'un ménisque du genou, une fissure même de ce cartilage des ostéophytes au niveau d'un léger trait de fracture le peuvent également.

Mais la cause exacte de la production du liquide nous échappe encore; on ne possède pas davantage de précisions sur l'origine et la nature de certains épanchements puriformes demeurés entièrement stériles, et dont Oudart et Jean ont montré la rareté et rassemblé la courte bibliographie.

Après le contenu articulaire, les auteurs étudient l'appareil de revêtement de l'articulation, et les lésions aiguës ou chroniques de la synoviale et de la capsule, présentent un intérêt général qui justifie leur description.

Parmi les lésions péri-articulaires, on distingue ses épaississements qui sont susceptibles d'intéresser tous les plans depuis la peau (signe du pli de la peau) jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané, les ostéomes juxta-articulaires qui sont une complication fréquente, assez indépendante de la gravité de la lésion articulaire; l'atrophie musculaire, dont l'origine est encore mystérieuse, dont le développement est extrêmement brusque, et qui, à la fois effet et cause, crée un véritable cercle vicieux empêchant la prompte guérison fonctionnelle. Les troubles vaso-moteurs sont à la base de cette amyotrophie;

ils seraient conditionnés par le déséquilibre du système vaso-régulateur et les altérations réflexes du cylindraxe : de nombreux auteurs ont invoqué cette pathogénie, et elle explique l'action favorable rapide de la sympathectomie péri-artérielle sur cette catégorie d'accidents post-traumatiques.

Ces faits permettent dès à présent d'envisager, au point de vue thérapeutique, les deux principes généraux suivants :

Eviter soigneusement toute irritation possible de la synoviale par du sang, un corps étranger quelconque, un défaut de statique ;

Entretenir le tonus et la puissance musculaire dès le début, et lutter énergiquement contre l'atrophie et l'impotence qui en résulte.

L'ostéoporose enfin peut apparaître à la suite des traumatismes osseux même sans délabrements importants : il semble que la vitalité est compromise et que la substance osseuse s'éclaircit et tend à disparaître. L'atrophie musculaire survient ensuite et l'ankylose qui en résulte est d'un pronostic très réservé.

Envisageant maintenant les conséquences qui peuvent résulter des lésions observées, les auteurs les classent sous trois chefs : gène fonctionnelle persistante, avec son cortège d'accidents tendant à la chronicité et aux récidives ; épanchements à répétition, faiblesse et prompte fatigue du membre, amyotrophies, épaississements péri-articulaires, artrophytes ; relâchements articulaires succédant aux lésions des ligaments et des tendons, à l'atrophie des muscles, raideurs et limitation des mouvements, allant heureusement rarement jusqu'à l'ankylose totale qui est plutôt le fait de l'arthrite suppurée traumatique.

Deux auteurs lyonnais, Leriche et Blicard, ont écrit que tout, dans une articulation, est fait en vue du mouvement, et c'est le mouvement qui entretient les dispositions anatomiques nécessaires.

On conçoit, dès lors, la fréquence avec laquelle s'observent les raideurs, même lorsque les surfaces articulaires sont indemnes, si les tissus péri-articulaires sont infiltrés, épaissis, si les muscles sont atrophiés, les ligaments rétractés et fibreux ; *a fortiori*, si la mortaise osseuse est effondrée, si un ostéome s'est développé dans l'épaisseur d'un muscle, si enfin des ostéophytes ou des arthrophytes ont pris naissance dans la capsule.

Douleurs, troubles mécaniques et dynamiques concourent à l'immobilisation.

Le traitement aura pour but de prévenir cette impotence fonctionnelle.

Trois principes doivent être à la base de toute intervention :

Eviter l'irritation de la synoviale;

Rétablir la statique normale de l'articulation;

Entretenir le tonus musculaire et la motilité articulaire.

S'agit-il de lésions récentes, l'hémarthrose doit être évacuée aussi rapidement que possible; plus précoce sera la ponction, moins longue sera l'irritation synoviale et moins nombreux les risques d'hydarthrose rebelle et récidivante. Mouvements actifs, marche immédiate sont prescrits par les auteurs, suivant en cela la pratique Willems. Mêmes prescriptions pour les lésions plus importantes, avec luxations et fractures : la mobilisation active très précoce vise au maintien de la statique et de la mécanique articulaires normales.

Si la lésion passe à la chronicité la mobilisation demeure encore le pilier de la thérapeutique. Mais ici, certaines prétentions s'imposent : l'hydarthrose récidivante du genou comportera par exemple, après évacuation, un enveloppement compressif très serré, avec repos au lit, et mouvements lents d'élévation volontaire du membre tenu en extension au-dessus du plan du lit : des poids de 1 à 3 kilogrammes permettront de graduer l'effort musculaire; c'est la méthode cinétique de Thooris légèrement modifiée.

Les injections d'éther ou d'air ont donné parfois de bons résultats; la synovectomie est une grave et brutale intervention que l'arthrotomie exploratrice permettra d'éviter en décelant, en bien des cas, l'épine irritable, ménisque, corps étranger, frange synoviale, etc.

La ménisectomie, l'ablation chirurgicale d'une frange synoviale, la réfection enfin, des ligaments croisés ont donné des résultats au sujet desquels certaines réserves ont été faites quant au point de vue fonctionnel. Enfin, les lésions juxta-articulaires sont justiciables surtout des méthodes physiothérapeutiques prudemment mises en œuvre. La laxité articulaire de même que les raideurs et ankyloses nécessitent, soit une rééducation du système musculaire par la mécanothérapie, soit des interventions chirurgicales telles que la syndesmorraphie ou la capsulorraphie directe dont il est fait déjà mention plus haut. Il sera tenu grand compte de la constatation dans les antécédents d'un processus infectieux qui comporte toujours un élément de gravité ou d'insuccès.

Enfin, dans l'état actuel de la chirurgie, on peut fonder de sérieux espoirs sur les techniques nouvelles et adopter l'affirmation de Leriche qui exprime cette conviction qu'on a, maintenant, la possibilité d'offrir mieux qu'une ankylose à un ankylosé du genou.

QUATRIÈME QUESTION

ANALYSE DU MATÉRIEL DE PANSEMENTS ET DE SUTURES

Par MM. le médecin-major Le Bourdellès, le pharmacien principal Moreau, le colonel-pharm. A.L. Jonescu (armée roumaine).

Les auteurs ont établi dans ce rapport substantiel une sorte de cahier des charges international fixant les desiderata que le chirurgien est en droit de formuler, en l'état actuel de la science, quant à la qualité bactériologique et physico-chimique du matériel qu'il est appelé à utiliser.

Un tel travail comporte les détails des méthodes d'investigation et d'expertise, les constantes analytiques propres à fixer la valeur des substances mises en œuvre; nous ne donnerons dans ce court résumé, que d'une manière très succincte, les différentes méthodes proposées, et, sans aucun commentaire, les chiffres exigibles ou les conditions les plus importantes qui ne peuvent être exprimées que par des chiffres.

A. **Pansements**. — **Coton cardé**. — On y recherchera les débris étrangers, les fragments de graines. La longueur des fibres sera en moyenne de 2 cm. On ne devra pas y déceler la présence de coton mort ou de fibres étrangères.

Le taux d'humidité ne devra pas dépasser 9 p. 100, celui des cendres 0,15 p. 100.

Coton hydrophile. — Le coton hydrophile doit être blanc, ne contenir aucune matière colorante, ni présenter de débris étrangers d'aucune sorte.

La longueur de la majeure partie des fibres doit être d'au moins 2 centimètres.

Les cotons craquants sont à refuser.

Le coton hydrophile de bonne qualité doit s'enfoncer immédiatement dans l'eau sur laquelle on le dépose. Il doit présenter un coefficient d'absorption égal à 18; il doit être neutre. Il ne doit pas céder plus d'un millième de son poids de principes solubles à l'eau distillée chaude. L'extrait aqueux ne doit contenir que des traces infimes de sels décelables par le chlorure de baryum, l'azotate d'argent, l'oxalate d'ammoniaque. L'extrait alcoolique ne doit pas dépasser 0,50 p. 100; l'extrait éthéré, 0,30 p. 100. L'humidité ne doit pas dépasser 8 p. 100 et les cendres 0,30 p. 100.

Il ne doit pas contenir traces de chlore ou d'hypochlorite.

L'indice de cuivre déterminé comme il est dit dans le rapport ne doit pas être supérieur à 2. L'indice de furfurol (évaluation des oxycelluloses) ne doit pas être supérieur à 8.

On doit refuser le coton hydrophile provenant de linters ou de l'effilochage de tissus. Les cotons régénérés dans les conditions décrites dans le rapport peuvent être employés en toute sécurité.

Ouate de tourbe. — L'ouate de tourbe doit être de la qualité fine du commerce, homogène, sans « pailles » ni masses de produits chimiques; elle doit présenter des fibres d'une longueur supérieure, en général, à 2 centimètres. L'humidité ne devra pas être supérieure à 13 p. 100 et les cendres à 1 p. 100.

Elle retient, dans un essai d'imprégnation, environ 4,5 fois son poids d'eau. L'extrait aqueux ne sera pas supérieur à 0,40 p. 100.

Ouate de cellulose. — L'ouate de cellulose sera constituée uniquement de fibres cellulosiques isolées qui ne devront pas avoir moins de 10 millimètres de long.

L'indice de cuivre ne sera pas supérieur à 3,5. Le pouvoir absorbant pour l'eau doit être voisin de 8.

Traitée par l'eau bouillante, elle ne doit céder à celle-ci que des traces de produits solubles; l'eau de coction doit être neutre et ne pas contenir de chlorures décolorants.

L'humidité ne sera pas supérieure à 9 p. 100 et les cendres à 0,3 p. 100.

Gaze hydrophile. — Sa couleur sera d'un blanc parfait, sans addition de couleurs compensatrices. L'appréciation du duitage en chaîne et en trame se fera de préférence en comptant le nombre de fils au mètre linéaire dans la chaîne et dans toute la largeur de la pièce pour la trame. Le poids du mètre carré et la résistance à la traction, en chaîne et en trame (moyenne de trois opérations), devront correspondre aux conditions des marchés. L'autoclavage pendant vingt minutes à deux atmosphères ne devra faire baisser cette résistance que de quelques centièmes.

Par ébullition avec de l'eau distillée, dans des conditions définies, on doit obtenir un liquide neutre, ne colorant pas le papier ioduré amidonné et ne se colorant pas lui-même en bleu (même après concentration) par l'eau iodée. Ce même liquide ne devra donner qu'un louche extrêmement faible avec les solutions de nitrate d'argent, de chlorure de baryum ou d'oxalate d'ammoniaque. Il ne devra pas donner un extrait aqueux supérieur à 0,25 p. 100 du poids de la gaze qu'il représente. Cet extrait aqueux ne devra pas contenir plus de 30 p. 100 de matières fixes, ni d'autre part donner les réactions de la gélatine.

Les gazes bleuissant à l'eau iodée ne doivent pas être systématiquement déclarées inacceptables si elles répondent aux essais décrits ci-dessus.

La gaze hydrophile ne doit pas contenir plus de 8 p. 100 d'eau, ni donner plus de 0,3 p. 100 de cendres. Elle doit s'immerger immédiatement quand on en projette un morceau sur l'eau. Mouillée par ce liquide, elle doit, après égouttage, en retenir au moins cinq fois son poids et deux fois ce même poids après expression modérée faite à la main.

Gaze apprêtée. — La gaze apprêtée devra répondre à des conditions de duitage et de résistance dynamométrique définies par un cahier des charges, qui seront vérifiées comme pour la gaze à pansement.

L'humidité (dans les gazes amidonnées à 15 à 30 grammes d'amidon au mètre carré) ne devra pas être supérieure à 8,50 p. 100 et les cendres à 0,5 p. 100, sauf dans le cas où l'apprêt contient des matières minérales fixes (kaolin par exemple).

On appréciera la quantité d'apprêt, si ce dernier est de l'amidon (cas le plus général), par un dosage de sucres réducteurs provenant de l'hydrolyse de cet amidon dans des conditions déterminées par le rapport.

Gazes et cotons médicamenteux. — En cas d'établissement de marché, on exigera que les paquets portent la date de fabrication du produit, on vérifiera à la livraison leur poids (quelquefois on vend au poids brut pour net), on vérifiera aussi que la substance médicamenteuse ne se détache pas du substratum. Le duitage et la résistance à la traction de ce dernier ne manqueront pas d'être déterminés; la résistance à la traction peut baisser rapidement dans certaines gazes.

Au point de vue chimique, on fera quelques réactions d'identité; on vérifiera l'égale répartition de la substance médicamenteuse. Le principe actif sera titré par les procédés donnés dans le rapport.

En raison de la difficulté reconnue d'obtenir un produit à titration exacte, on pourra admettre une certaine tolérance sur le titre, tolérance allant de 1 à 3 p. 10 du poids de la substance active, selon la gaze considérée.

Bandes à pansements. — Les bandes à pansements, en général, seront examinées au point de vue de caractères et de qualités qu'elles doivent toutes présenter, quelle que soit leur nature. Plus spécialement :

Les bandes en *gaze à pansement ordinaires* comporteront des essais, quant à leur tissu, analogues à ceux de la gaze elle-même; elles devront, en plus, répondre à des exigences primordiales de résistance dynamométrique.

Les *bandes de toile*, les *bande de flanelle* devront être faites en tissus pur lin ou pure laine. La vérification de la nature de la fibre précédera celle de la résistance dynamométrique et du duitage.

Bandes de crêpe. — On appréciera la valeur de leur élongation sous l'influence d'un poids tenseur déterminé (500 gr. par exemple) et l'importance de leur élasticité par la considération de leur longueur après tension prolongée pendant huit jours. Cet essai sera fait aussi sur les bandes après lavage. On exigera les chiffres d'élongation et d'appréciation d'élasticité avant et après lavage, définis dans le rapport.

Leur teneur en eau ne devra pas dépasser 10 p. 100. La proportion de laine dans le tissu ne sera pas inférieure à 27 p. 100.

Pansements gras. — On devra exiger que ces pansements soient contenus dans des boîtes exactement closes. Le tissu sera à mailles larges; le corps gras imprégnant ne devra pas obstruer les mailles du tissu, il devra fondre au-dessous de 37 degrés, il ne devra pas rancir et être uniformément réparti.

Linge pour pansement. — Le linge pour pansement (champs opératoires, compresses, bandages divers) sera fait le plus souvent en toile de lin. On s'assurera donc de la nature des fibres constituant le tissu. Le duitage et l'essai dynamométrique devront correspondre aux exigences du marché d'achat. Le taux d'humidité ne devra pas dépasser 12 p. 100.

Ces mêmes linges à pansement peuvent d'ailleurs être confectionnés en tissu de coton qui sera examiné de même.

Bandes de sparadrap adhésif. — On vérifiera que, tout en étant adhérentes sur la peau, ces bandes peuvent s'en détacher par simple traction. On s'assurera qu'elles ne collent pas à elles-mêmes.

On vérifiera, d'autre part, que le poids de la masse emplastique est bien celui exigé par le marché d'achat. La teneur en caoutchouc de cette même masse emplastique pourra être déterminée ainsi que celle du principe actif, le cas échéant.

Liquides adhésifs. — Les liquides adhésifs seront constitués par des solutions de résines neutres dans un solvant volatil. Elles devront laisser sur l'épiderme une couche adhérente, non rétractile, ne s'éraillant pas et ne produisant pas d'irritation. Pour ces préparations, plutôt extemporanées, l'analyste n'aura qu'à intervenir dans la vérification de la pureté des constituants.

Tissu imperméable pour pansements. — L'analyste aura à vérifier le poids au mètre linéaire, les dimensions et la nature du tissu privé de son enduit. Il vérifiera, d'autre part, la composition de cet enduit, éprouvera sa solidité, son imperméabilité et déterminera son poids ainsi que celui de la poudre minérale qui le recouvre. Tous ces chiffres devront correspondre à ceux qu'exigeront les marchés d'achat.

Paquet de pansement individuel. — L'analyste ayant à donner une opinion réclamera :

1° Un paquet peu encombrant (comme poids, volume et forme);

2° Les éléments du paquet devront être cependant suffisants pour un pansement d'attente;

3° Il devra pouvoir être facilement déplié; ses constituants seront disposés de la façon la plus commode pour l'emploi; ils seront tous solidaires;

4° Ces mêmes constituants répondront aux essais de qualité, exigés d'autre part des gazes et cotons;

5° Ils seront stériles et la nature de l'enveloppe imperméable sera telle que l'asepsie (quand le paquet n'est pas contenu dans une boîte métallique hermétique) devra pouvoir être tenue indéfiniment. En conséquence, pour que cette asepsie ne soit pas un leurre, la stérilisation du paquet de pansement, lors de sa fabrication, devra être obtenue alors que le paquet aura été pourvu de son enveloppe imperméable; ce sera là une condition à requérir des fabricants.

B. **Fils chirurgicaux.** — Destinés aux ligatures ou sutures.

Ils doivent tous être soumis, qu'ils soient présentés stérilisés ou non et quelle que soit leur nature, à des essais communs :

a. Vérification de leur diamètre. Il serait désirable que l'on adopte pour son évaluation une même unité. Celle se rapportant au système international des poids et mesures (unité : le dixième de millimètre) est d'un emploi facile. Nous proposons son adoption.

b. Vérification du coefficient de rupture au dynamomètre en définissant l'appareil employé, la longueur du fil sur laquelle

on opere, la vitesse de traction, le taux d'humidité de l'atmosphère.

c. Vérification du coefficient d'élasticité qui se fait en même temps que celui de rupture.

Catguts. — Les cordes à catguts ou les catguts stérilisés vérifiés comme diamètre devront présenter, d'autre part, une résistance dynamométrique minima à déterminer. Cette détermination sera primordiale ainsi que celle de leur parfaite asepsie (pour les catguts présentés comme stériles).

Les cordes destinées à être conservées ne devront pas contenir d'acide sulfurique libre.

Le taux de leurs cendres ne devra pas dépasser 1,30 p. 100.

Les catguts imprégnés de matières médicamenteuses ne devront pas céder traces de celles-ci à l'eau.

Crins de Florence. — La vérification de leur diamètre, de leur résistance à la rupture, de leur élasticité, se fera comme pour les catguts.

On vérifiera, d'autre part, leur nature en vue d'une substitution peu probable.

Les caractères physiques (coloration, résistance à la traction, etc.) permettront d'éliminer les crins trop vieux.

Les crins présentés comme stérilisés devront répondre aux essais de vérification de cette qualité.

Fils de lin. — Les fils de lin seront vérifiés, quant à leur identité, puis au point de vue de leur diamètre, de leur degré d'humidité et surtout de leur résistance à la rupture.

On s'assurera, en outre, de la complète asepsie des fils présentés comme stériles.

Soies chirurgicales. — Les soies chirurgicales comprennent la soie floche et les soies tressées.

La soie floche est constituée par deux fils de soie élémentaire réunis par une faible torsion (fils de trame).

La vérification de la nature du fil est primordiale; elle se fera par des essais de solubilité dans des réactifs appropriés, par un essai de combustion, par l'examen microscopique.

Les charges seront recherchées par l'essai du « décreusage ». La perte au décreusage ne devra pas être supérieure à 30 p. 100 du poids de la soie séchée jusqu'au poids constant.

L'humidité ne sera pas supérieure à 15 p. 100, les cendres à 1 p. 100.

Le taux d'azote ne sera pas inférieur à 17 p. 100 (dans la soie séchée jusqu'à poids constant).

La recherche de fils de schappe devra être négative.

Les **soies tressées** seront vérifiées quant à leur diamètre, à leur taux d'humidité (15 p. 100 au maximum), à leur poids de cendres (1,1 p. 100 maximum). Après s'être assuré de l'identité du fil, on constatera que la perte au décreusage est à peine de quelques centièmes, ces soies devant être décreusées et non chargées. Les fils de schappe ne seront pas admis.

Les soies tressées doivent présenter une grande résistance à la rupture et un taux d'élasticité qu'on évaluera. L'asepsie des soies présentées comme stériles devra être absolue.

Fils métalliques. — Les fils métalliques doivent répondre à des compositions chimiques que l'analyste aura à déterminer. La vérification du calibrage, de la résistance dynamométrique et surtout de la souplesse (traction sur boucle et essai de rupture par pliages répétés) seront à étudier. Une mise au point s'impose pour ces différentes qualités.

Contrôle de la stérilisation. — On utilisera, selon les cas, le contrôle chimique et le contrôle bactériologique, qui se prêteront un mutuel appui.

Dans le contrôle de la stérilisation par les antiseptiques, il est bien évident que seules les méthodes bactériologiques trouvent leur emploi.

Ce contrôle est encore indiqué, lorsqu'il s'agira de vérifier la stérilité secondaire des pansements. Il est utile, par exemple, de reviser de temps à autre la stérilité des pansements de guerre dans les approvisionnements; l'étanchéité de l'enveloppe peut être insuffisante pour protéger le contenu des contaminations microbiennes.

Dans le cas du catgut, les expertises bactériologiques sont particulièrement indispensables; elles doivent être multipliées et n'ont de valeur que pour un lot examiné. Toutes les méthodes doivent être mises en œuvre : ensemencements de fragments de corde, de tests expérimentalement souillés; emploi au besoin de l'inoculation.

Lorsqu'il s'agira de fils à suture autres que le catgut ou de matériaux de pansements, on utilisera, selon les circonstances, l'étude d'échantillons et celle des tests bactériens. Dans ce dernier cas, la connaissance des caractères biologiques des germes sporulés, et particulièrement des variations de résistance que l'on constate entre les spores d'une même espèce, en fonction de la race, de l'individu, du milieu, doit inciter à préférer, aux cultures pures ne contenant que la spore d'une seule espèce, des tests polyvalents réunissant diverses espèces et diverses souches.

On prendra toutes précautions dans la lecture des résultats, pour éviter les erreurs provoquées par l'action empêchante des antiseptiques.

L'observation des milieux de culture sera prolongée le plus possible dans les limites compatibles avec la pratique, particulièrement lorsqu'il s'agira du catgut. SIBILLE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 AVRIL 1925)

Les assurances sociales. (*Discussion du rapport*). — M. MESUREUR. Les abus révélés par le professeur Weiss dans le fonctionnement des Assurances sociales en Alsace et Lorraine doivent être évités par le législateur. Le principe, proposé par la Commission, du libre choix du médecin par l'assuré doit être approuvé, mais il convient de le rendre pratique si on ne veut pas créer une autre source d'abus.

La situation de médecin des Assurances sociales ne doit pas s'établir par le fait d'une autorité administrative dont il serait le préposé, mais par une autorité exclusivement médicale.

L'assuré traité à domicile aura un champ assez large pour exercer son libre choix, mais il faut reconnaître que si le malade est soigné à l'hôpital, il n'y a plus de libre choix possible pour lui.

La vérité est qu'il faut développer le traitement à domicile, bien payer les médecins, mettre à leur disposition l'outillage scientifique aujourd'hui indispensable et par le libre choix créer ces liens de confiance et d'affection qui doivent unir le malade à son médecin.

M. SERGENT insiste particulièrement sur cette question, qu'il a déjà traitée, qu'il soit bien entendu que les assurés qui voudront être soignés à l'hôpital devront se soumettre, comme tous les hospitalisés, au règlement de l'hôpital et accepter les soins du médecin chef du service dans lequel ils auront été placés.

M. BALTHAZARD, d'accord avec M. Sergent, estime qu'il soit bien admis que quand un assuré voudra entrer à l'hôpital, il renonce, par cela même, au libre choix du médecin,

— Après une discussion sur les difficultés des rapports entre les caisses et les médecins, discussion à laquelle prennent part MM. Bar, Cazeneuve, Quénu, Sergent, Netter et M. Balthazard, les conclusions suivantes sont adoptées :

1° Libre choix du médecin par l'assuré et rapports directs entre le médecin et l'assuré, sans interposition des caisses;

2° Respect absolu du secret professionnel;

3° Les caisses ne peuvent exercer aucun contrôle sur les actes du médecin librement choisi par l'assuré;

4° Obligations pour les caisses de laisser les malades utiliser les organisations hospitalières avec le personnel médical existant, si tel est son désir ou celui du médecin traitant. Les frais d'hospitalisation étant fixés par une commission arbitrale.

Les épithéliomes mamaires secrétants. — M. Pierre DELBET.

De quelques retouches à faire à l'histoire de la coqueluche. — M. ROUSSEAU SAINT-PHILIPPE (de Bordeaux).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Leçons urologiques. Choix d'articles pratiques publiés dans *La Clinique* en 1922-1923, par G. Luys, Stephen Chauvet, A. Jalifier et R. Villemin. Un volume in-8. — Prix : 8 fr. — Paris, Editions de *La Clinique*, 18, rue de Grenelle.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 30 avril. — MM. Jacquet, 19; Leblanc, 20; Pruvost, 18,63; Mouquin, 20.
Séance du 2 mai. — MM. Jacob, 19; Moreau, 19,09; Boulin, 17,18; Guttmann, 18,18.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 29 avril. — MM. de Gaudart d'Allaine, 27; Monod, 25; Lorin, 28.

— Concours d'électroradiologiste des hôpitaux. — Le jury est composé de MM. Guibert, Aubourg, Beaujard, Bourguignon, Carnot, Lapointe, Robineau.
Lecture. — MM. Guilbert, Darieux, Lomon.
Liste des candidats : MM. Gibert, Piot, Coliez, Colanéri, Saïdman, Kahn, Delapchier, Nahan, Truchot, Moutard, Chaperon, Gally, Porcher, Foubert, Lepennetier.

— Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Sauvez, Jarre, Nogué, Vaysse, Izard, Harvier, Alglave.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours du prosectorat.* — Jury : M. Nicolas, président; MM. Hartmann, Lejars, Legueu, Ombrédanne, Gley, Rouvière.
Suppléants : MM. Hovelacque, Binet, Mondor.
Candidats : MM. Thalheimer, Chabrut, Bernard (Raymond), Gueullette, Gaune, Gérard-Marchant, Chevallier, Chastang, Soupault, Brouet, Aurousseau, Welti.

Concours de l'adjuvat. — Jury : MM. Richet père, président; Cunéo, Delbet, J.-L. Faure, Duval.
Suppléants : MM. Hovelacque, Richet fils, Cadenat.

— M. Mauclaire, agrégé libre, est chargé, jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-1925, d'un cours permanent de chirurgie orthopédique chez l'adulte.

— Alger. — M. le docteur Hermann, préparateur à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1925, à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie d'Alger, des fonctions d'agrégé de physiologie, en remplacement de M. Battez, en congé.

— Lille. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1924-1925, des cours complémentaires ci-dessous désignés :
MM. Gérard, professeur sans chaire, ophtalmologie; Debeyre, agrégé, oto-rhino-laryngologie.

— Montpellier. — M. Cabannes, professeur sans chaire, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1924-1925, d'un cours d'histoire naturelle médicale (chaire vacante).

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Boumard est institué pour neuf ans, à dater du 1er avril 1925, chef de travaux de physiologie.

— Caen. — M. Lambert, professeur suppléant de la chaire de clinique obstétricale, est nommé, à partir du 1er avril 1925, professeur titulaire, en remplacement de M. Audrain, décédé.

— Dijon. — M. Voisenet est prorogé, du 1er janvier au 31 octobre 1925, dans les fonctions de chef des travaux de physique et chimie.
M. David est prorogé, du 1er janvier au 31 octobre 1925, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.
M. Grémeaux est prorogé, du 1er janvier au 31 octobre 1925, dans les fonctions de chef des travaux de physiologie.

— Limoges. — Un concours s'ouvrira, le 3 novembre 1925, devant la Faculté de Bordeaux, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.
Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Marseille. — Un congé, du 1er mars au 31 octobre 1925, est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Domergue, professeur de pharmacie.
M. Fabrègue, professeur suppléant, est chargé du cours de pharmacie, en remplacement de M. Domergue, en congé de maladie.

— NANTES. — M. le docteur Guillon est institué pour neuf ans, à dater du 1er avril 1925, chef de travaux de physiologie.

— POITIERS. — M. Chrétien, professeur de clinique chirurgicale, est nommé, à partir du 1er novembre 1925, professeur de pathologie chirurgicale et médecine opératoire, en remplacement de M. Malapert, décédé.

— REIMS. — M. le docteur Santenoise, ancien chef de clinique à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est chargé, du 1er mars au 31 octobre 1925, d'un cours de médecine expérimentale et de chimie biologique à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims.

Est rapporté l'arrêté par lequel M. Bottu est chargé d'un cours complémentaire de chimie biologique.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — M. le docteur Léon Mabille est nommé chef adjoint du cabinet du ministre.

SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE RECHERCHES CONTRE LA TUBERCULOSE ET LE CANCER. — Le bureau pour l'année 1925 est ainsi constitué : M. Charles Richet, président; Rappin (de Nantes), Baillet (de Bruxelles), Loir, professeur à l'Ecole coloniale, vice présidents; Simionesco, président de l'Œuvre antituberculeuse de Paris, secrétaire général.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DES CHIRURGIENS-DENTISTES. — L'Association française des chirurgiens-dentistes, réunie en Assemblée générale le 19 avril 1925 à la Faculté de médecine de Paris, après avoir pris connaissance d'un nouveau projet autonomiste en vue de la réforme des études dentaires, y oppose :

1° Que l'ensemble des connaissances représenté par le Doctorat en médecine est aussi nécessaire au praticien de l'art dentaire qu'à tous ceux qui veulent exercer une branche quelconque de l'art de guérir;

2° Que l'intérêt de la santé publique réside plus dans la qualité que dans le nombre des praticiens;

3° Que la pléthore professionnelle est de nature à abaisser la conscience, la dignité et la valeur corporatives;

4° Que la culture purement technique du futur praticien peut, dans sa plus grande partie, être acquise au cours de la scolarité médicale;

5° Qu'il est urgent de supprimer la pluralité des titres d'exercice professionnel, « l'égalité du malade devant la science étant un droit démocratique élémentaire ». (Chevandier, *J. O.*, du 18 mars 1891.)

Constate que l'introduction du baccalauréat comme diplôme obligatoire à la base des études dentaires est implicitement exprimée dans la déclaration de principes de l'AFCD et, fermement décidée à poursuivre la réalisation de l'ensemble seul capable d'assurer l'unification de tous les praticiens de l'art dentaire, donne mandat à son Conseil d'administration d'achever l'œuvre commencée et lui renouvelle sa confiance.

PETIT VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALES DES ÉTUDIANTS AUX STATIONS HYDROMINÉRALES PENDANT LES VACANCES DE LA PENTECÔTE. — Un Voyage d'études médicales aux stations hydrominérales, aura lieu pendant les vacances de la Pentecôte du vendredi 29 mai au lundi 1er juin inclusivement.

Le voyage est réservé aux étudiants de Cours de thérapeutique et aux Internes des Hôpitaux.

Les Etudiants de la Faculté de Paris, sous la direction des professeurs agrégés, F. Rathay et Harvier visiteront les stations de Bourbon l'Archambault, Néris, Châteauneuf et Vichy.

Ce Voyage d'études sera fait de concert avec les étudiants de Lille sous la direction du professeur Pierret et les étudiants de Montpellier sous celle du professeur Giraud.

L'Office national de Tourisme et l'Institut d'Hydrologie ayant accordé une subvention pour ce voyage, le prix à verser par chaque participant ne sera que de 100 francs.

Prière de s'inscrire immédiatement au laboratoire de thérapeutique de la faculté en versant la cotisation de 100 francs.

Le nombre des participants est limité.

Un programme détaillé sera distribué aux participants au laboratoire de thérapeutique à partir du 20 mai.

EXPOSITION DE GRENOBLE (mai-octobre 1925). — A l'occasion de l'Exposition de Grenoble, il vient d'être créé une Section scientifique dans la classe médecine et chirurgie (classe 85), dont le bureau est ainsi constitué :

Président de la Section scientifique : M. le docteur Dupuy de Frenelle; vice-présidents : MM. les docteurs Barcat et Denys le Sève; président de la Section des journaux et livres médicaux : M. le docteur Roux-Delimal; président de la Section médico-thérapeutique : M. le docteur Delort.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le professeur Gustave Bruylants (de Louvain), les docteurs Henri Fourestié (d'Agen), Den Haene, colonel médecin, directeur de l'hôpital militaire de Bruges; Eug. de la Harpe (de Lausanne), Félix Morin (de Colombier), Orgogozo (de Bayonne), Charles Raynaud-Lacroze (de Saint-Saturnin-lès-Apt), Charles Rittmeyer (de Sainte-Croix), Nicolas Yennar (de Genève), Clerjon (de Gleizé).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le Professeur Pierre SEBILEAU, Directeur des travaux scientifiques). — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie d'urgence et de pratique courante), en dix leçons, par M. le docteur Jean Braine, prosecteur, commencera le lundi 4 mai 1925, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure. — Les auditeurs répéteront individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 200 francs.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

HÔPITAL HÉROLD. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE INFANTILE. — Le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du 4 au 23 mai 1925, dans son service d'enfants de l'Hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux et la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, à Hôpital Hérold, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. De plus, le docteur Laquerrierre, chef du service radiologique, fera une leçon sur le diagnostic radiologique de la tuberculose infantile, et le docteur Pierre-Louis Marie, chef de laboratoire, fera deux leçons sur le diagnostic cytologique, bactériologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Nombre d'élèves limité

Prix de l'inscription : 80 francs. — S'inscrire au laboratoire du service du docteur Armand-Delille, à l'Hôpital Hérold, place du Danube (XIXe).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — UNE SEMAINE DE GASTROLOGIE CLINIQUE A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS DU 11 AU 19 JUIN. — Le docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Ch. Jacquelin, Darquier, Corman, Hirchberg Zizine et Borcesco, fera dans son service de l'hôpital Saint-Antoine, du 11 au 19 juin, une série de conférences sur l'ensemble des affections gastro-duodénales et particulièrement sur les acquisitions nouvelles du traitement et du diagnostic.

Des travaux pratiques quotidiens préciseront les méthodes récentes d'exploration physique, chimique et radiologiques.

Les conférences sont gratuites.

Pour les travaux pratiques et examens radiologiques s'inscrire auprès du docteur Ch. Jacquelin, salle Lorain, Hôpital Saint-Antoine, en versant un droit de 150 francs.

SUR LA SENSIBILITÉ
DE
LA CHAINE SYMPATHIQUE CERVICALE
ET DES RAMEAUX COMMUNICANTS CHEZ L'HOMME

Par R. LERICHE et R. FONTAINE.

(Clinique chirurgicale A de la Faculté de médecine de Strasbourg.)

Le sympathique cervical possède-t-il une sensibilité propre? Cette question, qui aurait pourtant un double intérêt biologique et clinique, n'est même pas soulevée dans les traités classiques de physiologie; elle ne l'est pas davantage dans les monographies récentes sur le système végétatif comme celles de Laignel-Lavastine, de Müller, de Brüning et Stahl qui, pour le reste pourtant, sont très complètes.

Dans une récente étude d'ensemble sur les systèmes cérébro-spinal et sympathique, Langdon Brown admet qu'une excitation violente du sympathique peut aboutir à une sensation douloureuse, mais le propre du système végétatif serait de fournir des réponses « urgentes », « immédiates, étendues et imprécises », car il lui manque un appareil terminal analogue à celui que possède le système cérébro-spinal au niveau de la peau qui seul permet des localisations précises; aussi Brown ajoute-t-il que « le sympathique n'a aucune sensibilité de discrimination ».

Cette affirmation nous paraît absolument inexacte; au cours de récentes interventions sur le sympathique cervical nous avons pu voir avec la plus grande netteté :

1° Que le sympathique possède bien une sensibilité propre ;

2° Que cette sensibilité montre une distribution segmentaire, tout comme la sensibilité spinale, mais différente d'elle.

Nous avons fait connaître le résultat de nos recherches au début de mars, à la Réunion de la Société neurologique de Strasbourg.

Elles portent actuellement sur onze malades ayant subi en tout quatorze interventions portant sur le sympathique cervical; voici comment se décomposent ces opérations :

Sept résections du ganglion cervical supérieur (4 fois pour maladie de Basedow, 1 fois pour crises vasomotrices de la face, 1 fois pour angine de poitrine, 1 fois pour sclérodermie).

Quatre sections des rameaux communicants cervicaux inférieurs et du premier dorsal (1 fois pour moignon douloureux d'avant-bras, 1 fois pour maladie de Raynaud, 1 fois pour troubles nerveux syringomyéliques, 1 fois pour sclérodermie).

Trois résections du ganglion étoilé pour tachycardie paroxystique essentielle et pour asthme.

Toutes ces interventions ont été faites sous anesthésie locale par infiltration novocaïnique des plexus cervical, superficiel et profond. Le sympathique se trouve ainsi peu ou pas anesthésié, ce qui nous a permis de faire des constatations précises; dans trois cas, elles ont été complétées par l'excitation électrique de la chaîne sympathique à l'aide d'électrodes stérilisables.

Voici ce que nous avons vu :

La chaîne sympathique cervicale étant dénudée et ses rameaux bien disséqués, si l'on pince ou si l'on irrite électriquement le ganglion cervical supérieur, on éveille une douleur assez forte en arrière de l'oreille et dans toutes les dents du maxillaire inférieur. La douleur auriculaire prédomine d'autant plus sur celle du maxillaire qu'on excite le ganglion plus près de son pôle supérieur.

L'électrisation des rameaux communicants C2 et C3 provoque la même sensation pénible au niveau de l'oreille et des dents de la mâchoire inférieure que l'excitation du ganglion lui-même.

Notons en outre que pendant toute la durée de l'irritation électrique du ganglion supérieur l'œil montre du côté irrité une mydriase et une exophtalmie assez prononcées. Si, par contre, on excite les rameaux communicants cervicaux 2 et 3 la mydriase est remplacée par des mouvements rythmiques de contraction et de dilatation pupillaire et l'exophtalmie par des alternatives de pro et de rétropulsion du globe oculaire.

Si l'on applique les électrodes sur le tronc même du sympathique immédiatement en dessous du ganglion supérieur, on obtient une douleur qui s'étend à tout le maxillaire inférieur, mais occupe surtout les dents, l'angle du maxillaire inférieur et la région de l'articulation temporo-maxillaire. Cette douleur souvent très intense peut persister plusieurs jours. Ainsi en fut-il pour un de nos malades auquel pour un moignon douloureux d'avant-bras nous avions sectionné les rameaux communicants cervicaux inférieurs; pour les trouver nous avions dû libérer le tronc du sympathique et le soulever et c'est à ce moment précis que le malade accusa une douleur dans les dents inférieures, et surtout au niveau de l'angle maxillaire. Elle ne disparut que cinq jours après l'opération.

Il nous paraît intéressant de faire remarquer à ce propos qu'un malade de Mont Reid et Eckstein se plaignit pendant des semaines, après une résection du sympathique cervical gauche pour angine de poitrine, d'une douleur vive au niveau de l'angle du maxillaire inférieur; mais ces auteurs ayant opéré sous anesthésie générale il est impossible de savoir à quel moment elle a débuté; mais elle existait dès la fin de la narcose.

La douleur qui suit le tiraillement du ganglion étoilé, surtout à gauche, est localisée dans la région précordiale, si l'on irrite la partie inférieure du ganglion; les douleurs s'irradient par contre vers le bras, si l'on pince surtout le pôle supérieur du ganglion cervico-thoracique. L'électrisation reproduit ces irradiations d'une façon très nette : la douleur dans ce cas est très intense.

Dans certaines observations antérieures nous avons trouvé mentionné ces douleurs provenant du ganglion étoilé; ainsi Jonnesco nous dit dans le compte rendu de sa première opération pour angine de poitrine qu'au moment où il palpait le ganglion étoilé le malade accusait une violente douleur dans le bras gauche. La même constatation a été faite par Borchard qui, en plus, a observé la douleur précordiale.

Mais l'irradiation douloureuse vers le bras est surtout nette quand on touche les rameaux communicants qui se jettent dans le ganglion étoilé. Nous pouvons dire à l'heure actuelle avec certitude que le tiraillement ou l'irritation électrique du dernier rameau communicant cervical occasionne une douleur localisée par le malade au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. L'excitation du rameau immédiatement sus-jacent montre une projection douloureuse vers le bras.

A ce point de vue un de nos malades est particulièrement instructif. Il s'agissait de ce mutilé de guerre auquel pour un moignon douloureux de l'avant-bras nous avons fait une section des rameaux communicants de C5 à D1. Cet homme accusait des douleurs très violentes dans tout le bras et dans un point assez limité au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Chaque fois qu'au cours de l'intervention nous lui touchions son dernier rameau communicant cervical, nous éveillions la même douleur qu'il localisait spontanément au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate. En pinçant le rameau communicant sous-jacent on reproduisait ses douleurs brachiales. L'infiltration anesthésique supprima instantanément ces deux sortes de douleurs et la section des rameaux amena la guérison qui se maintieut depuis quatre mois.

*
* *

De ce qui précède nous conclurons :

Le sympathique cervical chez l'homme possède une sensibilité propre; celle-ci se projette suivant une topographie toute particulière.

Au ganglion supérieur et au tronc de la chaîne cervicale correspond une irradiation vers la face, vers l'oreille et le maxillaire inférieur.

Le ganglion étoilé a sous sa dépendance dans sa partie inférieure la région précordiale et dans sa partie supérieure le bras.

Le dernier rameau communicant cervical est en relation avec un territoire très limité situé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate; le rameau communicant C6 avec le bras.

On a noté depuis longtemps d'ailleurs, que des névralgies, tantôt bénignes et passagères, tantôt intenses et durables peuvent s'observer à la suite d'une sympathectomie cervicale. A notre connaissance, Herbet le premier a attiré l'attention sur ces faits : « Ce sont des douleurs névralgiques — dit-il — qui siègent au-devant de l'oreille, derrière l'angle du maxillaire, au-dessus de la clavicule et au niveau de l'angle supérieur de l'omoplate. Elles gênent le malade pendant quelque temps et finissent par disparaître. » Mais Herbet attribuait ces douleurs à une lésion de plexus cervical au cours de l'intervention, sauf en ce qui concerne les douleurs dans les joues et la mâchoire inférieure, qui lui paraissaient difficilement expliquables.

Tout dernièrement Propping a signalé deux cas et Flörken un fait dans lesquels, à la suite d'une résection du sympathique cervical, les malades présentèrent des douleurs dans le bras et au niveau de l'omoplate. Ajoutons qu'une de nos malades, six semaines après l'ablation du ganglion étoilé souffrait encore d'une douleur localisée à la pointe de l'omoplate et qu'une autre quatre mois après la section des rameaux cervicaux inférieurs se plaignait de violentes douleurs rétro-auriculaires et occipitales du côté opéré.

Enfin J. Diez (de Buenos-Aires), dans un travail récent sur *Le Traitement chirurgical de l'angine de poitrine* (1), dont nous venons d'avoir connaissance par une analyse parue dans le numéro de février du *Journal de chirurgie*, signale qu'au cours de trois résections du sympathique cervico-thoracique suivant le procédé de Jonnesco, exécutées sous anesthésie locale, il a vu le tiraillement des ganglions provoquer des douleurs très vives; celui du ganglion supérieur au niveau de l'œil et à la base du crâne; l'excitation du ganglion moyen, au niveau de la gorge; celle du ganglion inférieur au niveau du cœur, des poumons et de la région interscapulaire. Jamais il n'aurait observé une projection douloureuse vers le bras.

Il est donc probable que les névralgies consécutives aux sympathectomies cervicales sont d'origine sympathique et n'ont rien à faire avec le plexus cervical, comme le pensait Herbet. Il faut, sans doute, les considérer comme dues à une irritation des rameaux communicants.

Ces irradiations douloureuses du sympathique cervical méritent d'ailleurs d'attirer l'attention des médecins; leur connaissance nous a permis récemment de faire un diagnostic très précis, dans des conditions inusitées.

Il s'agissait d'un Polonais de trente et un ans qui se plaignait depuis plusieurs mois de douleurs assez vives en trois endroits, au niveau de la région précordiale, au niveau du bras et en arrière au niveau de l'omoplate gauche.

Pour ces douleurs il avait été examiné au mois de décembre dernier dans un hôpital de Paris où l'on avait constaté une aorte un peu élargie, à laquelle tout était rapporté; la syphilis était niée et le Bordet-Wassermann était négatif; malgré cela on conseilla un traitement d'épreuve qui ne fut d'ailleurs pas appliqué. Sur ces entrefaites le malade vint à Strasbourg et nous fut adressé par le professeur Merklen.

Rien de viscéral ne paraissait pouvoir expliquer les douleurs ressenties par le malade. L'examen radioscopique était négatif. Mais il existait une forte scoliose cervicodorsale. Ceci étant, et constatant la topographie spéciale des douleurs sans signe objectif de perturbation sensitive, nous basant sur l'existence d'irrégularités osseuses au niveau des dernières apophyses transverses cervicales, nous fîmes le diagnostic d'irritatation des deux derniers rameaux communicants cervicaux et plus spécialement du VIIe. Nous décidâmes d'intervenir à son niveau.

A l'opération nous vîmes qu'un des derniers rameaux communicants cervicaux chevauchait nettement une apophyse transverse qui avait perdu sa direction primitive et se dirigeait en avant, formant ainsi une saillie assez considérable, un chevalet qui tendait le nerf.

A la pince-gouge cette saillie fut abattue et le rameau remis en place. Rien autre ne fut fait. Peu après l'opération les douleurs dans l'omoplate et dans le bras disparurent, celles de la région précordiale diminuèrent peu à peu et quand il quitta la Clinique le malade se trouvait très amélioré, sinon guéri. Ajoutons que ce malade, dont le sympathique n'a pas été autrement lésé que par quelques tiraillements au cours des manœuvres opératoires, présente néanmoins depuis le soir de l'intervention un syndrome oculo-pupillaire très net.

*
* *

Il nous semble que ce fait et les constatations opératoires que nous apportons méritent d'être prises en considération.

Tout cela tend à montrer qu'une sensibilité à la douleur est juxtaposée aux autres modes de la sensi-

(1) J. Diez. Le traitement chirurgical de l'angine de poitrine, *Arch. de la conf. de med. del hospital Ramos Mejia*, t. III, n° 2, p. 31-40, 2 fig.

lité du type cérébro-spinal, avec une topographie particulière.

La question est posée. C'est à de plus amples recherches qu'il appartient de la résoudre entièrement.

BIBLIOGRAPHIE

BORCHARD. *Arch. f. klin. Chir.*, 1923, t. CXXVII, p. 212-221.
BROWN (Langdon). *L'Encéphale*, sept.-oct. 1922, p. 473-485.
BRÜNING (F.) et O. STAHL. *Die Chirurgie des vegetativen Nervensystemes*, Berlin 1924, chez Springer.
FLÖRKEN. V. in Propping.
HERBET (H.). *Th. de Paris*, 1901.
JONNESCO. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1920, t. LXXXIV, p. 93.
LERICHE (R.). La résection du sympathique a-t-elle une influence sur la sensibilité périphérique? *Revue de chir.*, 1922, p. 553-569.
MÜLLER (L. R.). *Die Lebensnerven*, Berlin 1924, chez Springer.
PROPPING. Freie Vereinigung Frankfurter Chirurgen, 20, XI. 1924, in *Centralbl. f. Chir.*, G. II, 1925, n° 7, p. 356.
REID (R.) et ECKSTEIN (G.). *The Journ. of amer. med. Assoc.*, 12 juillet 1924, vol. LXXXIII, n° 2, p. 114-117.

LES ANCIENS PLEURÉTIQUES
DEVANT LES CONSEILS DE REVISION

Par M. M. BRELET,
Professeur à l'École de médecine de Nantes (1).

De tous les cas à résoudre au Conseil de revision, celui de la tuberculose sous toutes ses formes et celui de la prédisposition à l'infection tuberculeuse sont certainement les plus fréquents, les plus importants. Aussi nous a-t-il paru utile d'attirer l'attention du Congrès sur les anciens pleurétiques et de discuter quelle décision doit être prise pour eux, en tenant compte de ce que nous connaissons de la bacillose pleurale.

Les travaux de Landouzy, la thèse de Péron nous ont appris que la pleurésie séro-fibrineuse, dite primitive, est en réalité l'expression d'une bacillose pleurale, qu'elle résulte de la localisation du bacille de Koch sur la plèvre. C'est donc une tuberculose locale, de pronostic immédiat relativement bénin; on meurt rarement d'une pleurésie séro-fibrineuse primitive. Mais le pronostic éloigné doit toujours être réservé, car un ancien pleurétique, alors même qu'il est parfaitement guéri, constitue un terrain favorable à l'éclosion ultérieure de quelque autre foyer de tuberculose, et, en particulier, de tuberculose pulmonaire.

En 1922, 1923 et 1924, ayant examiné, au Centre spécial de réforme de Nantes, 79 anciens pleurétiques, j'ai communiqué les résultats de ces examens à la *Société médicale des hôpitaux de Paris* (2). Du 1er janvier au 10 avril 1925, j'ai encore vu, toujours au Centre de réforme de Nantes, 20 autres anciens pleurétiques, au total 99 cas.

Ce sont tous des hommes jeunes ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse les uns pendant la guerre, les autres en faisant leur service militaire après la guerre. Je n'ai retenu que les cas dans lesquels une thoracentèse ou une ponction exploratrice avaient confirmé l'exactitude du diagnostic de pleurésie séro-fibrineuse. Tous ces anciens pleurétiques ont été examinés de deux à dix ans après leur maladie; j'ai pu, pour chacun d'eux, ajouter à mon examen clinique les résultats de l'analyse des crachats faite par M. le médecin major Grenier et ceux de l'examen radioscopique pratiqué par MM. les médecins majors Montet et Coïc.

De ces 99 anciens pleurétiques, 15 sont aujourd'hui atteints de tuberculose pulmonaire; ils ont été bien guéris, ils ont pu reprendre leurs occupations pendant quelques mois, quelques années; puis ils ont commencé à tousser, à maigrir, et, quand nous les avons examinés, nous avons constaté des signes cliniques et radioscopiques de tuberculose pulmonaire; chez la plupart, nous avons trouvé, dans les crachats, des bacilles de Koch. Cette tuberculose pulmonaire est souvent bilatérale, parfois unilatérale, et alors elle siège habituellement au poumon dont la plèvre a été antérieurement malade, mais elle peut être localisée à l'autre poumon.

Les 84 anciens pleurétiques, qui ne présentent, au moins jusqu'à ce jour, aucun signe de tuberculose pulmonaire, sont guéris de leur pleurésie avec ou sans séquelles. Beaucoup d'entre eux ne conservent aucune trace de leur bacillose pleurale; la respiration s'entend aussi bien aux deux bases, la sonorité y est la même. D'autres sont guéris, avec des séquelles pleuro-pulmonaires : submatité, diminution du murmure vésiculaire à la base, avec ou sans rétraction thoracique: à l'écran, un sinus comblé, un diaphragme moins mobile de ce côté.

Je note encore que, sur ces 84 anciens pleurétiques indemnes de tuberculose pulmonaire, j'en ai vu 7 qui ont présenté, quelques mois ou quelques années après la pleurésie, d'autres localisations de bacillose : tumeur blanche du genou (ayant nécessité l'amputation de la cuisse), tumeur blanche du pied (amputation de la jambe), tuberculose ostéo-articulaire de l'épaule, mal de Pott (2 cas), tuberculose des ganglions du cou (2 cas).

Ainsi donc, 15 p. 100 des sujets ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse et ayant guéri de cette tuberculose pleurale sont, quelques années plus tard, des tuberculeux pulmonaires; 7 p. 100 des anciens pleurétiques ont, quelques années après leur pleurésie, une tuberculose osseuse ou ganglionnaire.

On peut donc dire que, d'après cette statistique, 22 p. 100 des anciens pleurétiques sont plus ou moins gravement atteints par la tuberculose dans les années qui suivent la pleurésie et après une période, parfois longue, de bonne santé apparente.

Ces chiffres montrent que l'avenir des pleurétiques est assez incertain, et cependant ma statistique est beaucoup moins alarmante que plusieurs autres. M. Netter (1) a cité huit statistiques qui « concordent à reconnaître la grande fréquence de la tuberculose chez les sujets qui ont été traités pour une pleurésie séro-fibrineuse ». Cette fréquence varie, selon les auteurs, entre 30 et 80 p. 100; les chiffres les plus élevés reviennent à la clientèle hospitalière; le chiffre le plus faible (31 p. 100) est fourni par la statistique de Salanoue-Ipin et concerne des marins soignés pour pleurésie à l'hôpital maritime de Brest et ayant, pour la plupart, vécu au grand air après leur sortie de l'hôpital. Les malades que nous avons examinés au centre de réforme sont,

(1) Communication au *IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires*, Paris, avril 1925.

(2) M. BRELET. L'avenir des pleurétiques. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1924, n° 11. — L'avenir des pleurétiques (2e note). *Bull. de la Soc, méd. des hôpit. de Paris*, 1925, n° 2.

(1) NETTER. Art. PLEURÉSIE SÉRO-FIBRINEUSE, *Traité de médecine*, 1901, t. VII, p. 391.

presque tous, des cultivateurs de la Loire-Inférieure et de la Vendée, et c'est sans doute pour cette raison que notre pourcentage se rapproche de celui de Salanoue-Ipin.

Sans trop assombrir le pronostic lointain de la pleurésie, puisque nous connaissons tous des sujets qui sont restés indéfiniment guéris, il convient, au Conseil de revision, de tenir compte des faits cliniques que nous venons de rappeler, et le service de santé militaire redoutant, très justement, d'introduire dans les casernes des jeunes gens facilement tuberculisables, nous proposons la conclusion suivante :

Lorsqu'un jeune homme a eu une pleurésie sérofibrineuse, lors même qu'il paraît bien guéri, il est menacé de nouvelles manifestations de tuberculose. Au Conseil de revision, on doit donc exempter du service militaire tous les jeunes gens qui ont eu une pleurésie séro-fibrineuse, lorsqu'ils apportent un certificat médical bien rédigé, faisant mention d'une thoracentèse ou d'une ponction exploratrice ayant ramené du liquide séro-fibrineux.

En temps de guerre, si l'on procède à une revision des anciens exemptés, la décision à prendre n'est plus la même et pour deux raisons : on examine alors des hommes de trente, trente-cinq ans, ayant eu une pleurésie séro-fibrineuse à dix-huit, vingt ans; dix ans, quinze ans se sont écoulés depuis cette maladie ; les anciens pleurétiques qui ont survécu sont les plus solides, les plus résistants; s'ils ne présentent alors aucun signe de tuberculose, on peut et on doit les récupérer. La deuxième raison est qu'en temps de guerre on a besoin d'hommes, de beaucoup d'hommes pour le service armé, pour le service auxiliaire; la sélection sera donc moins sévère. Un ancien pleurétique qui peut tenir un fusil, ne serait-ce que pendant quelques mois, est une force dont il ne faut pas se priver; que si, plus tard, il devient tuberculeux, on lui donnera une pension, mais il aura contribué à la défense de son pays.

ACTUALITÉS

BENZOATE DE BENZYLE

Reconstitué chimiquement pour les usages pharmaceutiques, le benzoate de benzyle est présent en nature, mêlé à d'autres éthers benzyliques, dans le styrax, le baume du Pérou et le baume de Tolu.

C'est un liquide huileux, incolore, presque inodore, de saveur acide et brûlante. Il cristallise en tablettes au-dessous de 16 degrés et bout à 323 degrés. Il est insoluble dans l'eau mais soluble dans les huiles végétales, dans l'éther, dans l'alcool à proportion de sa concentration et dans divers carbures.

Propriétés physiologiques. — Macht (de Baltimore) qui dès 1918 a publié sur ce produit les premières études pharmacologiques détaillées a reconnu l'analogie quasi-complète de ses propriétés in vitro et in vivo. Ses études antérieures des « alcaloïdes mineurs » de l'opium l'avaient amené à attribuer ces propriétés à la présence du groupement benzyle, existant dans le benzoate de benzyle comme dans la papavérine, le point de départ de ses recherches.

L'*action principale de ce corps porte sur la fibre musculaire lisse*; le tonus de la fibre est abaissé, le péristaltisme normal est plus ou moins inhibé et les contractions spasmodiques cessent. Sur l'animal de laboratoire le benzoate de benzyle a de ce fait une action mydriatique. Tous effets qui se rapprochent de ceux de l'atropine. La fibre musculaire est influencée directement, sans l'intermédiaire des fibres nerveuses.

Sur les artères du type musculaire de la circulation périphérique, on observe un relâchement des muscles lisses de la paroi du vaisseau et cette vasodilatation a pour conséquence l'*abaissement de la tension artérielle*; les doses ordinaires du médicament n'ont aucune action sur les centres vaso-moteurs. L'action est plus ou moins rapide selon les animaux du fait de la rapidité d'absorption et plus ou moins durable selon la vitesse d'élimination; chez les herbivores et chez l'homme l'action est rapide et relativement brève; elle est plus lente et plus durable chez les carnivores.

Sur le cœur l'action semble nulle, même à des doses mortelles.

Sur l'appareil respiratoire ce n'est qu'à de très grosses doses en injection intraveineuse qu'on observe une action dépressive aboutissant à la paralysie respiratoire; chez l'homme, le centre nerveux régulateur échappe en général à son influence. De même pour les autres appareils et aussi pour les muscles striés dont le tonus ne s'abaisse que par des doses massives. Peut-être dans ce cas le système nerveux intervient-il; des doses très fortes, provoquent, en effet des convulsions spasmodiques; localement le médicament ne donne que très lentement de la paralysie des filets nerveux se rendant aux muscles.

La *toxicité* de ce corps semble assez faible puisque suivant les animaux il faut pour amener la mort une injection de 1 centimètre cube à 2 centimètres cubes (1g60) par kilogramme (solution alcoolique); on l'évalue chez l'homme à 0g50 par kilogramme.

L'*élimination* ne semble léser en rien les émonctoires; elle se fait surtout par le rein sous forme d'acide hippurique et accessoirement par les voies biliaires, le pancréas et les glandes salivaires.

Indications. — La principale (Macht, Spech) est l'*hypertension artérielle* quel qu'en soit le degré, au moins dans sa forme pure et en l'absence d'insuffisance cardiaque, d'aortite ou de néphrite (encore que même dans ce cas le rein tolère bien le médicament). L'action porte électivement sur l'élément spasmodique. Si la tension est normale l'effet est nul et il y aurait seulement, par dilatation des capillaires, augmentation de l'indice oscillométrique. Le benzoate de benzyle modifie simultanément et parallèlement la tension maxima et la minima sans modifier la tension différentielle ni le fonctionnement cardiaque; l'action épuisée, la tension revient à sa valeur première sans hypertension réactionnelle (Nielsen et Nigginy). Les signes fonctionnels sont en général favorablement influencés; céphalée, vertiges et douleurs diminuent.

Lorsqu'un syndrome d'*angor* dépend d'un spasme coronarien il est souvent atténué par le benzoate de benzyle; quel que soit l'effet sur la tension, l'état fonctionnel s'améliore souvent.

La durée d'action varie et semble dépendre en partie de l'échantillon pharmaceutique employé. Mais après que des doses d'attaque ont abaissé la tension, au bout d'une semaine en général, on peut,

sans inconvénient pour le cœur ni pour les reins, prolonger leur action par des doses d'entretien trois ou quatre fois moindres pendant un temps très long (Laubry et Mougeot). Une certaine accoutumance finit cependant par s'établir.

Ses effets antispasmodiques ont fait employer le benzoate de benzyle avec quelque succès dans l'*asthme*; son action dilatatrice des bronchioles permettant une évacuation plus aisée du mucus bronchique fait indirectement de ce médicament un expectorant. La toux s'apaise.

On l'a de même employé dans tous les cas où les troubles sont dus à l'exagération du péristaltisme, ou à un état spasmodique de la musculature digestive : *spasme pylorique* (qu'il soit fonctionnel ou symptomatique d'un ulcère ou d'un cancer) *coliques et spasmes intestinaux* (post-opératoires ou non) *constipation spasmodique*, *diarrhée*, et même *dysenterie* (Haughwout); administré per os il agirait même sur des diarrhées anciennes et quel que soit l'âge du malade.

Pour les mêmes raisons on a prescrit le benzoate de benzyle contre l'élément spasmodique dans divers syndromes : *coliques hépatiques et néphrétiques*, *coliques utérines*. Litzenberg en conseille l'emploi dans les *dysménorrhées;* dysménorrhées essentielles surtout, mais aussi dans les dysménorrhées réflexes avant toute intervention opératoire même bénigne; certains auteurs enfin l'ont conseillé en cas de travail prématuré ou d'avortement menaçant.

En dépit de son peu d'action théorique sur les muscles striés le benzoate de benzyle a été employé par certains cliniciens contre le *hoquet persistant*, chez l'enfant comme chez l'adulte et a donné des succès même dans des cas rebelles, à la seule condition que le hoquet soit d'origine périphérique.

Hogan s'en est même servi avec un succès inespéré contre les *quintes de la coqueluche* qui sous son influence deviendraient moins nombreuses, moins intenses et moins fécondes en complications générales ou locales.

En raison de son innocuité pour le cœur et pour les reins il semble que l'emploi du benzoate de benzyle ne soit contre-indiqué que par l'état de calcification artérielle dû à l'athérome et qui empêche leur dilatation.

Le jeune âge du malade n'est pas une contre-indication.

Posologie. — On peut prescrire le benzoate de benzyle sous deux formes principales. Macht emploie la *solution alcoolique* à 20 p. 100 selon la formule :

Benzoate de benzyle	5 grammes
Alcool à 90 degrés.............	20 grammes
Teinture de badiane...........	XXX gouttes

à raison de *vingt gouttes* par prise; trois à quatre prises dans les vingt-quatre heures.

Cette dose produit un abaissement de tension de 1 à 3 centimètres environ après une demi-heure. Les doses répétées donnent une action hypotensive plus prolongée. Au bout d'une semaine Nielsen et Nigginy conseillent de descendre à cinq gouttes par prise, dose qui suffit à maintenir les résultats obtenus et qui peut être longtemps prolongée.

Cette solution peut également être administrée à l'enfant dans la coqueluche à raison de cinq à vingt gouttes par jour selon l'âge.

On peut l'aromatiser aussi avec une proportion de 1 à 5 p. 100 de benzaldéhyde qui en déguise la saveur et renforce l'action du médicament; on donne ce mélange dans de l'eau ou du lait sucrés.

Toutes ces mixtures ont cependant une saveur et surtout un arrière-goût désagréable. L'émulsion mucilagineuse proposée par Litzenberg ne vaut pas mieux et est quelquefois mal tolérée par l'estomac.

Aussi les *solutions huileuses* sont-elles préférables. On les donne mélangées à du lait ou encloses dans des capsules d'une contenance de vingt gouttes d'une solution à 20 p. 100 dans l'huile d'olives ou l'huile de paraffine. Trois à quatre capsules pro die. La teneur en benzoate de ce mélange correspond donc sensiblement à celle de la solution alcoolique.

Ce médicament est en général bien toléré et même par une administration prolongée ne semble pas avoir l'action dépresssive des nitrites non plus que leur action nocive sur le sang.

Les cas d'intoxication sont rares et paraissent en général dus à des erreurs de dose ou à une administration trop intensive; on observe alors du ballonnement de l'abdomen, la distension de l'intestin par des gaz et une constipation opiniâtre. Tous ces accidents sont bénins et cèdent en général aisément à la mise en place de la sonde rectale et à l'administration de laxatifs sans laisser après eux aucun trouble.

Il semble donc que le clinicien possède dans le benzoate de benzyle un agent thérapeutique précieux par sa faible toxicité et susceptible en particulier de tenir auprès du nitrite de soude une place assez importante.

R. LEVENT.

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

Le 24 avril dernier, à dix heures du matin, au 7, de la rue de l'Ecole-de-Médecine, rendez-vous de noble compagnie. C'est en effet la Réunion annuelle tenue par la Société de biologie et par ses filiales. L'année dernière, c'était le professeur Richet qui avait souhaité la bienvenue aux congressistes. Cette année, c'est à M. le professeur Henneguy qu'est dévolu cet honneur. Il s'acquitte de sa tâche avec une brièveté spirituelle et donne immédiatement la parole à l'un des deux rapporteurs, M. del Rio-Hortega, chargé d'étudier, histologiquement, la plaque motrice.

La plaque motrice. — M. P. DEL RIO HORTEGA. C'est à Doyère que l'on doit les premières observations sur les terminaisons motrices : il les fit sur des insectes, dont les muscles présentaient certaines élévations ou « collines » de protoplasma, dans lesquelles pénétrait une fibre nerveuse qui ne tardait pas à s'y subdiviser. Beaucoup plus tard, Rouget nous fait connaître, chez les vertébrés, la plaque motrice, avec ses caractères fondamentaux : une sole sarcoplasmique multinucléée et une expansion terminale ramifiée. Depuis, d'innombrables travaux ont été consacrés au sujet. Ils ont étudié, les uns, la forme générale de la ramification nerveuse et de la masse nucléée; les autres, la structure neuro-fibrillaire. Ceux-ci ont fait appel à l'argent réduit (méthodes de R. Y. Cajal et de Bielschowski), celles-là, surtout au bleu de méthylène (méthode d'Ehrlich[. Aux premières, se rattachent les noms de Kühne, Retzius, Ranvier, aux secondes, ceux de Cajal, Tello, Boeke. Tout récemment enfin, Ruffini a décrit des fibrilles ultraterminales qui, parties de l'arborisation de la plaque motrice, se termineraient dans une autre fibre musculaire, près du faisceau sensitif, Perroncito et Boeke, des fibres accessoires qui mettraient le grand sympathique en rapport avec la terminaison motrice. Il y aurait donc, pour une fibre musculaire striée : 1° l'innervation sensitive (fuseau neuro-musculaire de Kühne); 2° l'innervation motrice (plaques

terminales de Rouget); 3° l'innervation sympathique (fibres accessoires de Boeke).

I. ORIGINE ET ÉVOLUTION DES PLAQUES MOTRICES. — Chez l'embryon ces plaques se forment aux dépens, soit des bourgeons terminaux des fibres nerveuses (London et Peskersouris, 1906), soit des rejetons collatéraux (Tello, 1907, Boeke, 1910). D'après Tello, pendant les premières phases du développement, les fibres nerveuses se multiplient largement et arrivent à former, entre les faisceaux musculaires, un plexus dont les fibres croisent les fibres musculaires. Lorsque celles-ci se dissocient, une fibre nerveuse motrice se détache du plexus et se met en contact avec la myofibrille avant la formation du sarcolemme. Plus tard, un noyau de sarcolemme devient marginal et se met en contact avec la fibre, qui s'épaissit. En ce point, le noyau s'hyperplasie, se multiplie, tandis que la différenciation myofibrillaire ne se produit pas, les épaississements latéraux ou terminaux de l'axone prolifèrent. Finalement, la prolifération nucléaire cesse, et le sarcoplasma s'accumule, formant le fond de la plaque. Une fois le développement terminé, chaque fibre musculaire possède une terminaison motrice.

La fibre nerveuse, en se mettant en contact avec la fibre musculaire, commence par perdre sa gaine conjonctive ou gaine de Henle, laquelle se continue avec le sarcolemme. Au-dessous de ce dernier, la gaine de myéline cesse plus ou moins tôt et l'axone, dénudé, entre en contact intime avec la fibre musculaire. La plaque motrice est toujours au-dessous du sarcolemme, à l'intérieur, par conséquent, de la fibre. Les fibrilles nerveuses terminales entrent vraisemblablement en contact avec le sarcoplasma nucléé. La disposition de ce sarcoplasma varie selon qu'il s'agit d'arthropodes, de batraciens ou de vertébrés supérieurs. Chez les premiers, colline de Doyère; chez les seconds, le sarcoplasma, moins abondant, forme une masse arrondie, ne faisant qu'un léger relief : la sole ou la semelle de la plaque; chez les batraciens, la quantité de sarcoplasma située autour de la terminaison nerveuse est réduite à presque rien.

La plaque motrice contient encore des noyaux. Ranvier en décrit trois sortes : noyaux vaginaux qui correspondent à l'enveloppe extérieure de la plaque; noyaux de l'arborisation, qui s'accolent aux ramifications du cylindraxe; noyaux fondamentaux propres de la substance granuleuse. La question est complexe, sans doute, les noyaux fondamentaux sont formés par prolifération et différenciation des noyaux propres de la fibre musculaire, les noyaux vaginaux correspondent au sarcolemme classique, mais que sont les noyaux de l'arborisation, qui n'appartiennent pas à la fibre nerveuse? Leur signification est pas claire.

II. FORME ET STRUCTURE DES PLAQUES MOTRICES. — Une fois développée, la plaque motrice offre une variété infinie des formes, dont l'étude a suscité de nombreux travaux, dont les plus importants sont ceux de Boeke.

Pour les classiques qui ont étudié la terminaison nerveuse dans la plaque motrice, il convient de distinguer trois types principaux : éminences ou collines de Doyère; plaques motrices ou terminales de Rouget; formes arborisées désignées sous le nom de buissons terminaux ou de Kühne. Ces types correspondent respectivement aux arthropodes, aux vertébrés supérieurs et aux batraciens.

Chez les vertébrés supérieurs, la plaque est constituée par l'arborisation du cylindraxe dépourvue de myéline, submergée dans l'épaisseur d'une substance granuleuse multinucléée. De la plus ou moins grande quantité de cette substance, dite *sole* ou *semelle*, dépend surtout la forme de la plaque. C'est un amas sarcoplasmatique situé entre le matériel strié et le sarcolemme et qui ne se laisse point colorer par les réactifs. Elle affecte l'aspect d'une trame réticulée extrêmement délicate, et les mailles de ce réticulum, qui, pour les uns, va s'insérer sur les réseaux transversaux de la substance striée que forment les lignes de Krause, et, pour les autres, se continue avec les dernières ramifications nerveuses (Boeke). Cajal admet la présence, autour de l'axone, d'une enveloppe isolante spéciale, qui pénétrerait entre les neuro-fibrilles et donnerait à l'arborisation ses propriété microchimiques particulières. Ce n'est malheureusement là qu'une hypothèse.

La structure granuleuse de la sole est encore peu connue. Peut-être la colorabilité spéciale de l'axone près de sa terminaison est-elle due à l'existence d'un chondriome. Des noyaux que renferme son protoplasma, seuls les noyaux fondamentaux de Ranvier appartiennent-ils en propre à la plaque motrice, les autres correspondant aux enveloppes des tubes nerveux et de la fibre musculaire.

Passons à l'étude de la ramification nerveuse terminale. Lorsqu'une fibre nerveuse arrive à la plaque, elle perd et sa myéline et sa gaine de Schwann qui se ferme en s'étranglant (col périterminal de Ruffini) et pénètre, ainsi dénudée, dans la fibre musculaire. En s'enfonçant dans le sarcoplasma, elle s'amincit, devient très pâle, puis s'élargit et se divise en deux branches, l'une grosse, l'autre petite. La première donne naissance, à son tour, à plusieurs petites branches secondaires et tertiaires qui se séparent à angle presque droit et se terminent dans l'aine de la sole. Ces terminaisons offrent une infinie variété de formes qu'ont bien étudiées Kühne au moyen de la méthode à l'or, Retzius, Tschiriew, Cuccati, Cajal, Bocke, Stefanelli, etc., et qui diffèrent selon les espèces animales.

Grâce aux techniques actuelles, les auteurs ont commencé à entrevoir la texture neuro-fibrillaire de la plaque (Cajal, Tello, Boeke). Les branches terminales des plaques motrices sont formées de neuro-fibrilles; le réseau neuro-fibrillaire, lâche dans la fibre myélinique, se condense à la hauteur du col préterminal; les dernières terminaisons constituent un réseau lâche, analogue à la charpente neuro-fibrillaire des cellules nerveuses (Cajal). Tello montre que les arborisations motrices sont formées par des faisceaux de neuro-fibrilles qui se dissocient de manière à constituer un réseau plus ou moins complexe. Boeke confirme ces descriptions et insiste sur la variabilité morphologique des plaques motrices.

Existe-t-il, entre les branches de l'arborisation nerveuse, des anastomoses? La question est encore très discutée. Admises par Kühne, Dogiel, etc., elles sont niées par Cajal, Tello, Retzius. De même, sous le nom de réseau périterminal, Boeke a décrit une différenciation réticulaire du sarcoplasma qui unirait plexus neuro-fibrillaire et substance contractile, transmettant ainsi l'excitation nerveuse. Fort délicat, ce réseau se prolongerait, à la périphérie de la sole, par des fibrilles fines, dans les interstices musculaires. Son existence est encore discutée. Pour M. del Rio Hortega, il est possible qu'il existe, mais il est douteux qu'il s'unisse au matériel contractile.

Sous le nom de fibres ultraterminales, on a décrit (Brenner, Ruffini, Perroncito, Cajal, etc.) des fibres qui, émanées de l'axone quand, une fois démyélinisé, il va pénétrer dans la plaque motrice, et, après un parcours plus ou moins flexueux, arrivent à un fuseau neuro-musculaire pour aboutir, à quelque distance de la terminaison sensitive, à quelque bouton ou à une plaquette rudimentaire. Elles sont d'ailleurs très rares (Cajal).

Les plaquettes des fuseaux neuro-musculaires sont formées par certaines de ces fibres ultraterminales. Certains les considèrent comme motrices (Kerschner), d'autres comme sensitives (Bremer).

N'existe-t-il pas aussi des fibres amyéliniques, dites accessoires (Boeke), accompagnant les fibres myéliniques à leur entrée dans la plaque, et y forment, soit des anses terminales, soit un réseau distinct du réseau périterminal. Elles seraient, pour Boeke, de nature sympathique.

III. Signalons, enfin, qu'on a étudié bien des fois la DÉGÉNÉRATION DE LA RÉGÉNÉRATION DES PLAQUES MOTRICES. En ce qui concerne la première, Tello insiste sur divers détails : précocité des lésions, existence d'axones résistants, Boeke, sur les modifications des neuro-fibrilles et de la sole nucléée, celles-ci étant légères, celles-là intenses. La seconde a lieu de deux à trois mois après le sectionnement, sous l'influence des oxydases de l'amas sarcoplasmatique. Les rejetons nerveux cheminent à l'intérieur d'anciennes gaines de Henle et pénètrent dans la sole des anciennes plaques pour y former, aux dépens d'une massue de croissance, une arborisation semblable à l'arborisation primitive.

Une fois terminés les applaudissements qui ont accueilli la fin de ce remarquable rapport, M. DEL RIO HORTEGA, aidé de son aimable compatriote, M. DE LUNA, montre aux congressistes de magnifiques préparations, colorées à l'argent, et où l'on peut suivre, jusque dans leurs plus fines terminaisons, les arborisations nerveuses de la plaque motrice.

La discussion commence alors. M. PRENANT estime que, seules, les méthodes ordinaires, à l'exclusion de l'or ou de l'argent, permettront de préciser les rapports entre fibres nerveuses et fibres motrices. Il est en effet évident que, sur les préparations à l'or ou à l'argent, si les fibres nerveuses se détachent avec netteté, les fibres musculaires, elles, sont sacrifiées. Un de ses élèves, M. NOEL, développe les mêmes idées et montre que le réseau préterminal de Boeke n'est qu'un chondriome mal fixé. M. DEL RIO HORTEGA partage cette opinion et espère que les techniciens finiront par trouver, pour chaque tissu, un colorant spécifique. M. LAPICQUE déclare que, pour les physiologistes, l'existence d'un réseau périterminal, comme la question de savoir si les fibres nerveuses communiquent par contiguïté ou par continuité est de peu d'intérêt. En réalité, il n'y a rien d'interposé entre la fibre musculaire et la fibre nerveuse, et l'on a eu bien tort d'inventer la plaque motrice, être de raison, qui n'a pas d'existence réelle, véritable *caput mortuum* dans lequel les savants mettent tout ce qui les gêne, tout ce qu'ils sont incapables d'expliquer. Claude Bernard, lorsqu'il a fait ses célèbres expériences sur le curare, n'a jamais parlé de plaque motrice. Il a dit seulement que ce poison agissait à la périphérie. Rouget, physiologiste, ne découvre qu'ensuite la plaque motrice qu'il considère comme une expansion de la fibre nerveuse. Déformant les conceptions de Cl. Bernard et de Rouget, un obscur anonyme introduit dans la science cette notion fausse, qui traîne encore dans nombre de manuels, à savoir que le curare est un poison électif pour la plaque motrice. En 1863, Kühne admet que cette plaque est constituée par la terminaison d'un prolongement cylindraxile dans le sarcoplasma musculaire. Depuis, elle a été étudiée bien des fois. Si l'on veut faire la somme de tous les travaux qui lui ont été consacrés, on peut dire qu'elle n'a rien de spécial aux fibres musculaires, qu'elle ne diffère en rien de la terminaison d'une fibre nerveuse dans n'importe quel tissu. C'est ce que montrent de belles projections, reproduisant nombre de figures, les unes données par les auteurs de mémoires originaux, les autres, émanant de livres didactiques. De l'histologie, M. LAPICQUE passe à la physiologie et montre comment on peut tout expliquer par une notion fonctionnelle, dynamique, celle d'une vitesse particulière d'excitation. Lorsque cette valeur est la même pour le nerf et pour le muscle, le courant nerveux passe. Pour M. HENRIJEAN, il semble se produire, sur la plaque motrice, une transformation de courant. M. REBELLO montre que l'addition au curare de citrate de soude empêche la contraction de se produire, quand on fait passer le courant, tandis que des contractions très fortes se produisent si, au citrate, on substitue le chlorure de baryum. Toutes ces particularités peuvent, d'après M. LAPICQUE, être expliquées par la théorie de la chronaxie.

Le deuxième rapport, relatif aux **échanges nucléo-protoplasmatiques**, ou, mieux, à la **corrélation plasmo-nucléaire et à la matière vivante**, avait été confié à M. Emile GODLEWSKI fils (de Cracovie). Par *corrélation*, il entend désigner l'accord intime qu'affectent entre elles les parties constituantes de l'organisme, ainsi que la subordination de leurs fonctions au plan de l'ensemble. Pour se rendre compte de l'importance de cette corrélation, il faut, avant tout, l'examiner en partant de la cellule. Or, dans la hiérarchie morphologique, celle-ci peut occuper trois places :

1° Elle peut représenter la totalité de l'organisme, comme dans les êtres unicellulaires ;

2° Elle peut être un organisme en puissance ;

3° Elle peut n'être, enfin, qu'un composant de l'organisme.

1° Chez les protozoaires, R. Hertwig et son école ont admis que, pour tous les phénomènes biologiques, le rapport quantitatif entre masses agissantes, protoplasma et noyau, doit être constant. Mais on ne peut observer cette constance que lorsque les conditions internes et externes restent les mêmes. Les conditions internes se modifient elles-mêmes suivant les fonctions de la cellule, c'est-à-dire suivant la marche de l'assimilation et de la désassimilation. Le changement quantitatif du rapport entre ces masses est donc le résultat du rapport qualitatif entre elles. Pour Hertwig, c'est le noyau qui commence : sous son influence, les particules du protoplasma se désagrègent et finissent par former : 1° une substance active, capable d'assimilation ; 2° un résidu qui pénètre dans ce noyau. Celui-ci s'accroît donc lentement, mais régulièrement, pendant l'accomplissement des fonctions végétatives. Protoplasma et noyau s'accroissent parallèlement. Dans une seconde phase, l'accroissement du noyau est lié aux fonctions reproductrices de la cellule. Dans cette phase, l'accroissement du protoplasma est continu, celui du noyau, d'abord lent, puis très rapide : c'est précisément alors qu'il se divise en deux. La période correspondant à l'accroissement rapide du noyau, précédant la division de celui-ci, a été appelée *phase d'accroissement de division reproductive*. Ainsi, au début, augmentation plus rapide du protoplasma ; à la fin, augmentation plus rapide du noyau; ces alternatives représenteraient, pour Hertwig et Boveri, un stimulant de la division cellulaire.

Les conditions externes agissent aussi : aux températures basses, le rapport nucléo-protoplasmique change au détriment du protoplasma, aux températures hautes, c'est le contraire qui s'observe (Popoff). L'inanition exerce aussi une influence (Kazanzeff). Ces actions sont dues à des modifications du métabolisme.

Au cours des changements séniles, si bien étudiés chez les protozoaires par Maupas, le noyau de reproduction dégénère d'abord, puis le noyau végétatif. L'un et l'autre subissent au préalable une hypertrophie très marquée (Calkins, R. Hertwig).

2° Que devient le rapport nucléo-protoplasmique dans une cellule qui est le germe d'un organisme, tel que l'œuf. M. Godlewski envisage successivement l'ovocyte et l'œuf non mûr. Avant la maturité, la masse protoplasmique s'accroît beaucoup plus vite que la masse nucléaire. Pendant la maturation, deux corpuscules polaires, représentant une partie du noyau, sont éliminés hors de l'œuf. La masse nucléaire devrait donc diminuer un peu, étant donné les petites dimensions des noyaux de ces corpuscules. En réalité, elle diminue beaucoup, puisque le rapport qui était, avant la maturité, de 7/1 est, dans l'œuf mûr, de 392/1 (Godlewski). Le volume du protoplasma qui, avant la maturité, était de 689 unités, augmente pendant la maturation et aussi à 745. Le volume du noyau de l'œuf qui, avant maturité, était de 85 unités, tombe à 2 au moment de la maturité. Ces faits sont dus (au moins en partie) (Goldschmidt, Jörgensen, Moroff, Schaxel) à l'émigration, dans le protoplasma, de fragments nucléaires (chromidium) qui formeront plus tard l'appareil nucléaire du futur embryon multicellulaire. De même, l'hypertrophie du protoplasma s'explique par le passage, dans celui-ci, d'une partie du suc nucléaire. M. Skowron a entrepris des recherches sur le rapport plasma-nucléaire chez l'escargot, pendant la spermatogenèse, et démontre qu'ici encore, le rapport varie au profit du protoplasma.

Pendant les premières phases du développement, la substance protoplasmique se retransforme partiellement en substance nucléaire (J. Loeb). D'ailleurs, au moment même de la fécondation, la tête du spermatosoïde se gonfle pendant que celui-ci traverse le protoplasma de l'œuf. Pendant la période de segmentation (Godlewski, Koehler), le rapport nucléo-protoplasmique se modifie aux dépens du protoplasma, la masse nucléaire totale s'accroissant, par le fait des divisions nucléaires, tandis que le volume du protoplasma ne change pas. La quantité initiale de substance nucléaire ayant fini par être répartie entre ce grand nombre de noyaux sphériques, la surface de l'appareil nucléaire ne peut qu'augmenter. Ce fait est intéressant, puisque de l'étendue des contacts entre noyau du protoplasma dépendra l'intensité des échanges. Autre fait non moins important : pendant la karyokinèse, chaque mitose dédouble le nombre de chromosomes de la cellule, le volume de ceux-ci ne change pas sensiblement. L'appareil nucléaire de l'embryon s'enrichit donc énormément en chromatine. Ainsi l'organisation de l'appareil plasmo-nucléaire de l'embryon s'effectue pendant les périodes initiales du développement, grâce aux éléments que contient le protoplasma. Pendant la maturation, les particules de la substance nucléaire du noyau pénètrent dans le protoplasma. Pendant la période de segmentation, la substance chromatique s'organise en chromosomes et l'appareil nucléaire s'enrichit en chromatine dont le taux diminue dans le protoplasma. Une fois ces réserves épuisées, la segmentation s'arrête.

3° Reste à dire quelques mots sur les rapports nucléo-protoplasmiques dans les éléments cellulaires d'un organisme parvenu à l'état définitif. Avec les diverses variétés d'une même espèce, on constate des changements de volume du protoplasma et du noyau. L'accroissement en nombre des chromosomes entraîne une augmentation de volume du noyau et du protoplasma (Artom, Gates). De même, les expériences de Gerasimoff montrent que le noyau, dans certaines espèces, présente à l'accroissement du protoplasma. Au début de la régénération, le rapport se modifie en faveur du protoplasma, plus tard au profit du noyau (Godlewski). Dans les cancers, tant que les phénomènes de dégénérescence ne se manifestent pas, le rapport est normal. A partir du moment où ils apparaissent, le rapport se modifie au profit du noyau.

Après la discussion de ce substantiel rapport et les observations de MM. Fauré-Frémiet, Chambers, Mayer, Mesnil, Rebello, Henneguy, M. Chambers nous expose l'appareil qu'il a inventé pour faire de la **micro-dissection et des micro-injections**. Il nous narre, avec un humour tout américain, comment il ne faut que cinq minutes pour casser des aiguilles qu'il faut plusieurs semaines pour fabriquer. Il nous indique les précautions à prendre pour éviter les accidents. Il nous fait une série de projections montrant comment on peut injecter, dans le noyau ou dans le protoplasma d'une cellule — *ad libitum* — une solution hypo, iso ou hypertonique. Puis, passant hardiment de la théorie à la pratique, il coupe, à notre grand abasourdissement, un globule rouge en deux...

Le samedi matin, M. Louis Martin, de l'Institut Pasteur, conduit à Garches les congressistes. Il leur fait visiter en détails les nouveaux locaux, où M. Ramon prépare son anatoxine et se livre, en ce moment même, à de si passionnantes recherches.

Pour finir, le traditionnel banquet, très gai, très animé. Au dessert, M. Henneguy, président, boit à la santé des congressistes, dont certains n'ont pas craint de venir de très loin pour participer aux discussions. Il rappelle tout ce que nous devons à M. Auguste Pettit, notre infatigable secrétaire général, toujours à l'affût de ce qui peut contribuer à la gloire de la Société et au rayonnement, dans le monde, de la science française, et que l'Académie vient si justement d'appeler à elle. MM. del Rio Hortega et Godlewski répondent en termes heureux. M. le professeur Mesnil boit à notre Président, dont la bienveillance et l'affabilité sont si appréciées de tous, et à la jeunesse, si bien représentée à la Société de biologie, qui lui doit son étonnante vitalité. M. Louis Martin porte un toast aux dames, et surtout à Mme Henneguy et à ses charmantes filles, Mme Fauré-Frémiet et Mlle Henneguy, qui ont reçu les congressistes avec tant de bonne grâce. Ce dernier toast est particulièrement applaudi.

L. BABONNEIX.

LIVRES NOUVEAUX

Les Défauts, réaction de défense (1), par Ch. Fiessinger, membre correspondant de l'Académie de médecine.

Pour porter, sur le nouveau livre de M. Ch. Fiessinger, un jugement légitime, il faudrait posséder les propres qualités de son esprit. Je n'y saurais prétendre. Me voilà forcé de donner mon opinion et je m'excuse d'avance de sa disproportion avec les mérites de l'auteur.

Cet ouvrage est le complément de la *Formation des caractères* et des *Maladies des caractères;* il aborde, en effet, l'étude d'un des éléments du caractère, ce que nous appelons les défauts; ceux-ci jouent dans la vie sociale un rôle considérable qui ne peut s'expliquer que par la recherche de leur signification. C'est ici qu'apparaît la pénétration du psychologue et du clinicien, qui, l'un l'autre, se guident et mutuellement s'éclairent. La fièvre est une arme contre l'infection, comme l'envie contre les succès d'autrui. Ainsi les défauts sont des réactions de défense qui permettent à l'individu, taré de quelque manière, de se maintenir en équilibre et même de triompher au milieu des heurts et des compétitions de notre existence collective. C'est pourquoi ils font constamment irruption dans la personnalité que souvent ils dominent, mais d'une manière presque inconsciente : il est rare que l'on connaisse réellement ses défauts et le paresseux parle aussi sincèrement de la besogne qu'il croit accomplir que l'homme mal appris de sa bonne éducation. Cette fréquente inconscience tient au mécanisme qui met en branle les réactions et qui est d'origine sympatico-glandulaire, avec ses afférences et les afférences gastro-intestinales et hépatiques, sécrétoires, morphologiques, psychiques. De là, trois sortes de défauts, les premiers à prédominance organique, les seconds à prédominance affective et les derniers à prédominance intellectuelle, dont M. Ch. Fiessinger passe en revue les types représentatifs.

Tel est le schéma; il est original et frappe par sa netteté, mais ne saurait donner une idée de la richesse et de l'intérêt des observations qui viennent l'habiller. Il n'y a qu'un moyen pour s'en rendre compte, pour apprécier la vigueur et la justesse de la pensée, jouir de l'ironie de certaines phrases et de la finesse des remarques, c'est de lire le livre. Lecture attrayante pour cette raison que le sujet est, par lui-même, passionnant et que M. Ch. Fiessinger l'expose en une langue souple et claire, dédaigneuse des termes abscons dont philosophes et psychiâtres abusent; lecture profitable surtout, parce qu'il y a toujours avantage à écouter la parole de ceux que l'expérience, le savoir et l'indépendance placent au premier rang des penseurs.

J. LAUMONIER.

(1) In-8 carré. — Paris 1924, Maloine.

Les vaccins et la pratique de la vaccinothérapie (1), par MM. Jacques Parisot, professeur agrégé, chargé du cours de pathologie générale et expérimentale et Pierre Simonin, chef des travaux de pathologie expérimentale à la Faculté de Nancy.

Une première partie expose les conceptions générales que l'on se fait actuellement de l'immunité, les principes qui conduisirent à l'immunisation active contre l'infection, préventivement d'abord, puis dans le but de la combattre, la maladie une fois déclarée : *bases de la vaccinothérapie*, ces notions permettent, sinon l'intime pénétration, du moins une vue de plus en plus approchée de son mécanisme d'action.

L'étude des vaccins microbiens, de leur constitution, de leur préparation dans ses divers procédés; l'étude détaillée de leur utilisation, menant à la recherche des conditions les plus propices à leur intervention, font l'objet de la deuxième partie : *technique de la vaccinothérapie*, d'où découlent les *directives générales de la conduite du traitement*.

La troisième partie enfin est une revue critique des multiples *applications de la vaccinothérapie*; elle s'efforce, parmi des résultats souvent encore inconstants ou incertains, de mettre en lumière ceux en qui l'on a droit d'espérer et que peut retenir la pratique médicale.

L. G.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

MÉDECINS ÉTRANGERS ET FONCTIONS PUBLIQUES

M. Grinda, député, demande à M. le ministre du travail si un étranger, titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine et ayant comme tel, le droit d'exercer la médecine en France, peut remplir des emplois qui n'ont pas, il est vrai, le caractère de fonctions publiques, pour lesquelles la qualité de citoyen français est exigée, mais dont les titulaires, nommés par l'Etat, les départements ou les communes, participent à l'application des lois sociales et remplissent, par suite, un rôle dans la gestion de la chose publique, par exemple, les emplois suivants : médecin inspecteur des écoles des enfants du premier âge, médecin vaccinateur, médecin assermenté, etc.

Réponse. — Aucun texte de loi n'interdit de confier à des étrangers, titulaires de diplôme d'Etat de docteur en médecine et ayant, comme tel, le droit d'exercer la médecine en France, l'un des emplois de médecin vaccinateur ou de médecin inspecteur des enfants du premier âge. (*J. O.*, 10 avril 1925.)

(1) In-8, 1925, avec 8 figures (2 planches hors texte). Prix 16 fr. — Paris, A. Maloine.

QUESTION D'INTERNAT

PERFORATIONS GASTRO-DUODÉNALES (1)

B. **L'occlusion intestinale** est un Δ qui ne se pose guère au début d'une perforation.

Les vomissements sont plus fréquents.

L'arrêt des gaz plus absolu.

La contracture moins ferme.

Là aussi il faut intervenir d'urgence.

C. **Les syndromes pseudo-péritonéaux.**

1° LA PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE simule de très près la perforation. Cependant :

Signes fonctionnels. — *La douleur* est encore plus atroce.

Les vomissements sont abondants.

L'arrêt des matières et des gaz presque absolu.

Signes généraux. — D'emblée le malade prend l'aspect d'un *moribond*. Le facies est plombé, marbré de cyanose.

Signes physiques. — Enfin et surtout l'*abdomen n'est pas contracturé.* Il est TENDU, souvent météorisé au niveau du côlon transverse, mais il n'y a pas de ventre de bois, pas de saillie des grands droits.

Mais bien souvent le diagnostic reste en suspens, perforation ou pancréatite? Peu importe : il faut intervenir; la laparotomie redresse le diagnostic en montrant les taches de STÉATO-NÉCROSE.

2° CHEZ LA FEMME, on pourra croire à une *torsion de kyste de l'ovaire*, ou méconnaître une *inondation péritonéale* pour peu que la réaction péritonéale soit marquée. Cependant l'anémie intense, la douleur du Douglas font faire le diagnostic.

Mais là encore l'erreur n'est pas grave, *il faut opérer.*

D. **Les autres péritonites.** — **1° Chez la femme aussi**, on pourrait croire :

A une *rupture de pyosalpinx.*

A une *rupture de kyste suppuré de l'ovaire.*

CEPENDANT *la douleur* est moins intense.

La contracture est moins nette.

Toutes deux sont bas situées.

Les signes de toucher, l'*absence d'antécédents gastriques*, assurent le diagnostic.

2° Pratiquement deux diagnostics sont seuls à discuter :

La perforation d'une cholécystite produit une douleur de même siège. Le passé gastrique et le passé lithiasique sont bien proches dans leurs symptômes.

L'erreur est fréquente, mais de peu d'importance : LA RÉGION OPÉRATOIRE EST LA MÊME.

Mais de tous ces diagnostics, le plus difficile, celui que l'on a à discuter le plus souvent est :

La perforation appendiculaire. — *En effet :* les *antécédents gastriques* manquent souvent chez un ulcéreux du duodénum.

La *douleur des perforations* gastro-duodénales siège bien vite ou même d'emblée dans la fosse iliaque droite.

C'est une *étude minutieuse* du malade qui va décider en même temps du *diagnostic* et de l'*incision*.

Une douleur *atroce soudaine* ressortit plus souvent à un ulcère qu'à une appendicite perforante où elle se montre *plus vive* et *plus progressive.* Son siège *sous hépato-gastrique* plaide pour l'ulcère. Son *siège au point de Mac Burney* pour l'appendicite. Souvent l'on ne sait. Il faut en chercher le maximum.

Le *maximum de douleur sus-ombilical* pousse nettement à faire le diagnostic de perforation d'ulcère.

Quant à la **contracture** c'est dans le même sens qu'il faut l'étudier. Est-elle au maximum dans le quadrant supérieur ou inférieur droit de l'abdomen?

La fièvre enfin rapidement s'élève à 39, 40 dans la perforation appendiculaire, témoignant de la nature infectieuse de l'affection.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 32, p. 527, et n° 34, p. 558.

Cependant bien souvent l'on hésite : on se porte d'abord à la *fosse iliaque droite.*

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

1° On incise la fosse iliaque droite. — Il ne faut pas se baser sur l'état rouge turgescent de l'appendice et de l'intestin.

On connaît bien maintenant, ces *congestions réactionnelles à distance* qui ne doivent plus induire en erreur.

Mais un *épanchement de liquide* grisâtre, absinthique, NON FÉTIDE, ou bilieux, la présence d'aliments solides mal digérés indique le siège supérieur de la perforation.

2° On prolonge l'incision. — On soulève le foie, libère les adhérences. Souvent un sifflement indique l'issue brusque de liquide et de gaz.

3° On recherche la perforation. — PARTOUT :

En avant au *duodénum*, au *pylore* à la *petite courbure*, à la *face antérieure* à la *grande courbure* dans la région *juxta cardiaque.*

En arrière, si l'on ne voit rien en avant, si l'arrière cavité bombe et si le petit épiploon *paraît œdématié.*

Il faut se souvenir que les perforations PEUVENT ÊTRE MULTIPLES, explorer le bulbe duodénal en avant et en arrière.

Des perforations peuvent rester invisibles, bouchées par un coagulum fibrineux, une adhérence à un organe.

4° L'étude de la perforation est d'un intérêt capital.

Punctiforme parfois, elle est plus souvent du *diamètre d'une lentille* ou d'une pièce de 50 centimes.

Son contour est net, arrondi ou ovalaire, rarement irrégulier.

Tout autour la zone avoisinante peut être souple ou au contraire *rigide, cartonnée, calleuse* et cependant très friable.

Plus que du diamètre de la perforation les difficultés opératoires dépendent de la zone périphérique.

Pratiquement *zone calleuse* sur la *petite courbure*, *zone souple* sur le *duodénum.*

Mais toutes les exceptions sont possibles.

TRAITEMENT

A. **PERFORATION AIGUE.** — **La suture** est le traitement de choix, mais si elle est impossible il faut aveugler la brèche par une ÉPIPLOOPLASTIE.

Si la plicature rétrécit le CANAL PYLORIQUE il faut faire une *gastro-entérostomie* complémentaire.

Ici se pose la question si discutée de la **Résection de l'ulcus**, opération plus choquante. C'est de l'heure de la perforation, de l'état du malade, que dépendra le *choix du procédé.*

Les résultats sont d'autant plus beaux que l'intervention est plus précoce. Avant la douzième heure la guérison est obtenue dans 80 à 85 p. 100 des cas.

Cependant à ce *facteur de précocité* dans l'appréciation du pronostic il faut ajouter un autre facteur de connaissance plus récente : la *septicité de l'ulcus* et de la *sérosité intrapéritonéale* bien souvent responsable de résultats décevants.

B. **PÉRITONITES ENKYSTÉES.** — Inciser l'abcès où il pointe : *Voie d'abord* abdominale ou transpleuro-diaphragmatique.

Bibliographie. — *Traités classiques.*

LANCE. Abcès sous-phréniques, *Gaz. des hôpit.*, 1908, nos 60 et 62; — Abcès sous-phréniques d'origine appendiculaire, *Gaz. des hôpit.*, 1909, nos 6 et 9.

SAUVÉ. *Idem. Journ. méd. français*, 1921.

MONDOR et LAURET. *Les ulcères perforés de l'estomac et du duodénum.*

CARNOT-HARVIER-MATHIEU. *Les ulcères digestifs.*

DE MARTEL. Le traitement chirurgical de l'ulcère de l'estomac et du duodénum. *Journ. méd. français*, 1923.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 5 mai. — MM. Schulmann, 20; Levesque, 18; Paraf, 19,18; Chevallay, 18,36.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 4 mai. — MM. Bloch (René), 25; Moulonguet, 26; Girode, 27; Sénèque, 26.

Séance du 6 mai. — MM. Boppe, 28; Richard, 24; Gatellier, 26.

— Concours d'électroradiologiste des hôpitaux. — Le jury est définitivement composé de MM. Guibert, Aubourg, Beaujard, Bourguignon, Carnot, Lapointe, Robineau.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen d'agrégation des Facultés de médecine (session de janvier 1925).

Quatrième division. — Chirurgie et obstétrique. — *Section A. — Chirurgie.* — Académie de Paris : MM. Quénu (15 + 15) = 30 points; Richard (15 + 15 = 30 points.

Académie de Lyon : MM. Michon (16 + 14) = 30 points; Richer (16 + 16) = 32 points,

Académie de Montpellier : M. Roux (16 + 15) = 31 points.

Section B. — Obstétrique. — Académie de Paris : M. Portes (18 1/2 + 18) = 36 points 1/2.

Académie d'Alger : M. Houël (15 + 15 1/2 = 30 points 1/2.

Académie de Lyon : M. Gaucherand (14 1/2 + 17) = 31 points 1/2.

Académie de Nancy : M. Vermelin (15 + 15 = 30 points.

N. B. — Les résultats de la troisième division (médecine) seront publiés ultérieurement. (*J. O.*. 6 mai 1925.)

FÉDÉRATION CORPORATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉGION PARISIENNE. — L'Assemblée générale de la Fédération corporative des médecins de la région parisienne a élu membres du Conseil d'administration :

MM. d'Ayrenx, Balthazard, Bellencontre, Biard, Bitterlin, Bloch, Bourguignon, Boyer, Cange, Cayla, Deniker, Dubrueil, Durand, Forestier, Frigaux, Gallois, Gandy, Gastou, Genil-Perrin, Hartmann, Labady, Le Fur, Lian, Pamart, Perpère, de Pradel, Rousseau-Decelle et Sénéchal.

Le bureau pour 1925 est ainsi composé :

Président, M. Balthazard; vice-présidents, MM. Lian, Sénéchal, Gastou, d'Ayrenx; secrétaire général, M. Deniker; secrétaire adjoint, M. Frigaux; trésorier, M. Dubrueil; trésorier adjoint, M. Boyer; secrétaire des séances, M. Bitterlin; archiviste, M. Gallois.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. le docteur Lewkowicz, professeur de clinique infantile à l'Université de Cracovie, fera une conférence en français sur le sujet suivant : « Les méningites autonomes existent-elles et peuvent-elles être influencées par l'action locale du sérum », au petit amphithéâtre de la Faculté, le mardi 12 mai 1925; à 16 heures.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'Instruction annexe du Service de santé, aura lieu le luudi 18 mai 1925 au Cercle militaire à 21 heures.

La Conférence sera faite sur le sujet suivant : « La répartition des blessés à l'arrière », par M. le médecin principal Uzac, adjoint au directeur du Service de santé du ministère de la Guerre.

URGENT. — Cherche docteur, si possible parl. anglais, pour concession minière française en Corée, contrat trois ans; 30.000 francs par an, plus logement et nourriture. — Synd. français Chosen, 8, rue Jean Goujon, Paris, Elysées 58-54.

CHRONIQUE

PREMIÈRE LEÇON DU PROFESSEUR ROUSSY

Lundi dernier, au grand amphithéâtre, première leçon de M. G. Roussy, appelé à recueillir la succession de M. Letulle, atteint par la limite d'âge. Dans l'hémicycle, nombre de ses pairs, avec, à leur tête, le vénéré professeur Pinard; sur les bancs, le public rêvé pour un maître jeune : une jeunesse sérieuse et attentive.

Le nouvel élu commence, selon un touchant usage, par remercier ceux qui ont fait de lui ce qu'il est : son père, modèle de droiture et de labeur, sa mère, qui, de tout temps, l'entoura de tendresse, ceux, enfin, dont il a eu l'honneur d'être l'élève à Genève ou à Paris : Laskowski, Eternod, Prévost, d'Espine, Mayor, Reverdin, pour ceux-là; Dejerine, Darier, Fr. Franck, P. Marie, pour ceux-ci. Lorsqu'il est arrivé à Paris, en 1897, Dejerine jouissait déjà d'une belle et légitime renommée : déjà, il s'était attaché à cette gigantesque tâche que seule, une longue patience devait lui permettre de mener à bien; déjà, il appliquait avec succès à la neurologie les procédés de la méthode analytique. Il n'est plus, mais son œuvre demeure, mais son admirable compagne est toujours là, prête à guider et encourager les disciples de son mari, et à rester, pour eux, la bonne patronne. A Jean Darier, Roussy doit le goût des recherches minutieuses, l'habitude de la précision et de la probité scientifiques. Par François Franck, il a été initié aux mystères de la méthode graphique; de lui, il a appris que les préparations méticuleuses font les expériences élégantes. Mais c'est surtout à P. Marie que vont son respect et sa reconnaissance; P. Marie qui, dans sa longue et glorieuse carrière, a, tant de fois, connu les joies de la découverte; P. Marie, source vive qui, depuis plus d'un demi-siècle, arrose et féconde le champ de la science; P. Marie, splendide intelligence qui illumine d'un reflet magique tous les sujets sur lesquels elle se pose; P. Marie, artiste par la divination, savant par l'esprit de synthèse; P. Marie, auquel nous sommes redevables de ces purs joyaux neurologiques qui s'appellent l'*acromégalie*, la *spondylose rhizomélique*, l'*ostéo-arthropathie pneumique*, l'*hérédo-ataxie cérébelleuse*, l'*atrophie Charcot-Marie*!

Après avoir rendu cet hommage aux maîtres de prédilection, évoqué le souvenir d'amis qui lui furent très chers : Jean Camus, Jean Clunet, et remercié le maître Widal de l'assistance qu'il lui porta aux heures difficiles, M. Roussy esquisse, à larges traits, l'histoire de l'anatomie pathologique. Contrairement à ce que l'on pourrait croire, cette science est aussi vieille que le monde. Déjà les rois d'Egypte ouvraient les cadavres pour tirer, de leurs constatations, des données sur la nature des maladies. Aristote, ce grand touche-à-tout, montre, en maint endroit, que l'anatomie ne lui est pas étrangère. Mais, longtemps, la religion interdit les autopsies. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'elles sont autorisées, dans des cas particuliers, par Frédéric II d'Allemagne, par Louis d'Anjou. En vain, les grands esprits du XVIIe siècle entrevoient-ils leur absolue nécessité, et la proclament-ils chacun à leur manière, grave chez Bossuet, plaisante chez Molière. Morgagni est obligé de se cacher pour les pratiquer, et il faut arriver jusqu'au début du XIXe siècle pour que l'on se décide à comprendre qu'une autopsie bien faite en apprendra plus que des siècles de stériles discussions sur l'animisme et le vitalisme. C'est à cette période que se rattachent les noms glorieux de Laënnec et de Xavier Bichat, courtes existences suivies d'une longue mémoire. En mourant, le baron Dupuytren laisse une somme importante pour la création d'une chaire d'anatomie pathologique, laquelle est fondée le 20 juillet 1835, et attribuée à Cruveilhier, déjà célèbre par ses beaux travaux d'anatomie normale. Trente ans durant, il collectionne des « pièces » et reproduit les plus démonstratives dans cet *Atlas* qui, encore aujourd'hui, constitue pour nous un incomparable recueil de documents. Vulpian, son successeur, s'adonne surtout aux recherches histologiques sur lesquelles Virchow venait d'attirer l'attention. En 1872, Charcot le remplace. Il avait publié ses *Leçons sur les maladies des vieillards*. Il entreprend une série d'études anatomiques, bien injustement oubliées, sur les *maladies du foie, du poumon, des reins*. Il introduit, en anatomie pathologique, la notion de *système*. En 1882, Cornil prend possession de la chaire. Professionnel de l'anatomie pathologique, il avait fait, avec son ami Ranvier, au petit laboratoire de la rue Christine, des leçons qui, du premier jour, sont devenues classiques. De 1892 à 1910, il accumule les cas et instruit les générations. Bienveillant, libéral, toujours prêt à aider les travailleurs de ses conseils et de son érudition, il savait, à l'occasion, tirer de ses armoires quelque coupe d'une épaisseur singulière, encore qu'inégale, et que lui seul pouvait interpréter. Il a eu de nombreux élèves, au premier rang desquels il faut placer MM. Brault et Letulle : Brault, auquel revient l'immense mérite d'avoir, de par la seule histologie, mis au point la question des scléroses viscérales; Letulle, qui a consacré toute sa vie à l'anatomie pathologique, apportant à ses études cet enthousiasme, cet allant, cette ardeur spirituelle qui font, de ce professeur honoraire, le plus jeune d'entre nous.

L'anatomie pathologique a donc conquis droit de cité dans notre Faculté. Elle n'est plus traitée en paria. Doit-on en conclure que tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes universitaires? Non. Dites-moi, je vous prie : où enseigne-t-on la pratique des autopsies? Dans les livres. Il y a une Faculté où l'Institut anatomique est situé en plein hôpital. Mais ce n'est pas la nôtre. Notre Ecole pratique n'a de *pratique* que le nom. Il faut la tirer de son splendide, mais stérile isolement. M. Roussy compte bien s'y employer de toutes ses forces, qui ne sont pas petites, et organiser un enseignement véritablement pratique d'une science que trop longtemps on a considérée comme purement théorique.

Pourquoi, diront quelques esprits chagrins, tous ces frais pour une science morte, dont les adeptes ressemblent à ces collectionneurs qui amassent, dans leurs tiroirs, des « pièces » rares? Erreur, et combien profonde! Voyez à quel point la chirurgie bénéficie, chaque jour, du concours de l'anatomo-pathologiste. Que serait-elle sans les biopsies? Que serait la médecine sans les autopsies? Un fatras de théories! N'est-ce pas à l'anatomie pathologique que l'on doit d'avoir pu étudier, jour par jour et presque heure par heure, le développement du tubercule, des cellules cancéreuses? N'est-ce pas grâce à elle que Bergonié et Tribondeau ont pu découvrir leur fameuse loi qui permet d'appliquer efficacement, à la thérapeutique des tumeurs, radium et rayons X?

Longtemps qualitative et statique, elle est devenue aujourd'hui quantitative et dynamique. Elle ne se suffit plus à elle-même. A la chimie, elle demande ses méthodes de coloration; à la physique, l'explication des rapports qui unissent, dans une même cellule, protoplasme, noyau et membrane d'enveloppe; à la biologie, le secret des processus évolutifs. C'est de l'union étroite de toutes les branches de la science que viendra, sans doute, la solution des grands problèmes qui, depuis si longtemps, passionnent les chercheurs. C'est à leur étude méthodique et persévérante que nous devons nous appliquer de toute notre âme. Accroître la somme de nos connaissances, a dit Henri Poincaré, n'est-ce pas le but suprême, la fin de toutes nos pensées, de toutes nos actions?

C'est sur cet acte de foi scientifique que s'achève cette belle leçon que l'auditoire a passionnément applaudie. Et comment les élèves n'aimeraient-ils pas ce jeune maître qui a voué son existence au culte désintéressé de la science, qui a le goût et l'habitude de l'enseignement, et qui a su grouper autour de lui une brillante phalange dont les chefs s'appellent Lhermitte, Leroux et Peyre? Comment n'auraient-ils pas été séduits par sa parole ardente? Comment seraient-ils restés insensibles à cette pensée qui, prenant d'emblée son vol, les emportait, à chaque coup d'ailes, plus haut, plus loin, vers la lumière?

L. BABONNEIX.

REVUE GÉNÉRALE

LES FORMES NERVEUSES DE L'ENDOCARDITE MALIGNE A ÉVOLUTION PROLONGÉE

Par le docteur P. PAGÈS,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'apparition de manifestations nerveuses au cours de l'endocardite maligne à évolution lente est relativement fréquente. Au dire de certains auteurs (Debré), les complications de cet ordre seraient même tellement banales qu'on peut les considérer comme réalisant le mode de terminaison le plus habituel de la maladie. Dans certains cas cependant, loin d'apparaître comme un épisode terminal, l'atteinte du névraxe et de ses enveloppes séreuses peut se traduire avec une intensité et une précocité telles qu'elle occupe le premier plan parmi les éléments du syndrome clinique.

C'est à ces faits que s'applique la dénomination de « formes nerveuses de l'endocardite maligne à évolution prolongée » proposée par le professeur Claude. Ils paraissent à l'heure actuelle assez nombreux pour se prêter à l'étude d'ensemble que se propose le présent travail.

Historique. — Bien que ne datant que de 1918, la formule du professeur Claude s'applique à des faits cliniques depuis longtemps signalés. Certains auteurs ont attribué à Osler le mérite d'avoir le premier, en 1885, attiré l'attention sur les manifestations nerveuses de l'endocardite; en réalité ceci n'est que partiellement exact, Osler n'ayant eu en vue que des formes à évolution aiguë où lésions nerveuses et lésions cardiaques semblent être des localisations simultanées d'un processus septicémique. A ne considérer que l'endocardite à évolution lente, il semble que la première mention d'une atteinte nerveuse remonte à Ebstein (1899) dont l'observation, en l'absence de tout contrôle anatomique, reste peu démonstrative. Josserand et Lesieur, Bouveret, Simonds en 1901; Leclerc, Lesieur et Mouriquand (1906); Schottmüller, Steinert (1910) en publièrent un certain nombre d'exemples. Baré, dans sa thèse de 1913, esquisse une étude de la forme méningitique en ajoutant aux cas déjà connus deux observations des Professeurs Brunon et Née. Cette même question sera reprise dans la thèse de Mlle Germain (1921) à propos d'un cas de Lereboullet et Mouzon (1920). Entre temps les études du professeur Vaquez (1917), de R. Debré (1917 à 1919), de Denéchau et Picard (1917), du professeur Claude, de Fayolle (1918), de N. Fiessinger et Janet (1920) étendaient à divers points de vue nos connaissances sur cette question.

Une observation récente de notre Maître, M. le professeur Ducamp, un mémoire lyonnais de MM. Paliard, Dechaume et Sedalian ont apporté en 1924 une contribution intéressante à cette étude.

Étude clinique. — S'il est des cas où la première manifestation clinique de l'endocardite lente, même dans ses formes nerveuses, traduit une atteinte du névraxe (coma dans les observations de Schottmüller, Debré, Ducamp, Paliard ; épilepsie dans celle de Fayolle), il s'en faut que cette éventualité soit la règle.

A la période de début, au contraire l'affection a le plus souvent une allure insidieuse et une diversité d'aspect tout à fait déconcertante. Tantôt (et c'est là ce qui se voit le plus communément) c'est pour des signes généraux qu'est sollicité un avis médical : l'amaigrissement, l'asthénie, la pâleur du malade, joints à un état d'anémie plus ou moins accentué, à une température vespérale subfébrile ou nettement fébrile, orientent d'emblée vers le soupçon de tuberculose et l'on conviendra que l'erreur est difficilement évitable s'il s'y ajoute, comme dans un cas de Debré, de l'obscurité respiratoire d'un sommet. Tantôt il s'agit d'une céphalée tenace, brusquement apparue et accompagnée d'abattement, de courbature, que l'on rapporte à une grippe (Denéchau et Picard).

D'autres fois encore la symptomatologie est celle d'un embarras gastrique : douleurs, anorexie, vomissements (Ebstein, Simonds, Schottmüller) ou bien c'est l'appareil respiratoire qui paraît en cause (chez le malade de Josserand et Lesieur, ce sont des frissons avec point de côté et fièvre qui ouvrirent la scène.

Ailleurs c'est une atteinte rhumatismale subaiguë (Baré) ou du rhumatisme chronique déformant (Debré).

En somme, à de rares exceptions près, rien jusqu'à la période d'état ne permet de soupçonner une lésion nerveuse.

A la période d'état, le malade présente un tableau clinique ordinairement assez complexe où nous distinguerons analytiquement : des signes d'une atteinte nerveuse, des symptômes associés tirés de l'examen somatique général et des phénomènes généraux.

1° SIGNES DE LÉSIONS NERVEUSES. — a. *Méningés.* — Ce sont les plus fréquemment notés et l'on s'explique que la variété méningitique de l'endocardite lente ait été la première isolée des formes nerveuses de cette affection.

La céphalée gravative, les vomissements, la raideur de la nuque, le signe de Kernig, l'hyperesthésie généralisée, la fièvre avec pouls dissocié s'associent de façon variable, formant souvent un complexe assez éloquent pour imposer une ponction lombaire. Celle-ci donne issue suivant les cas à un liquide normal ou à un liquide clair présentant hyper-albuminose et hypercytose (Claude) ou bien encore à un liquide louche (Paliard, Dechaume et Sedalian) ou franchement hémorragique (Schottmüller, Ducamp).

b. *Signes cérébraux.* — Extrêmement variables, ils sont représentés dans certains cas par des manifestations convulsives du type comitial (Schottmüller, Fayolle). D'autres fois ce sont des symptômes de lésions en foyer : hémiplégies flasques, d'ailleurs susceptibles de régresser, ou spastiques d'emblée (Denéchau et Picard), le plus souvent directes, plus rarement alternes (Claude). Ailleurs ce sont des paralysies limitées au territoire d'un nerf cranien (facial dans la première observation de Baré, facial inférieur dans le cas de Paliard, Dechaume et Sédalian). Les mêmes auteurs ont observé de l'aphasie.

Des troubles psychiques d'intensité variable sont relevés par Denéchau et Picard, par C. R. Austin (cité par Debré), par Paliard, Dechaume et Sedalian.

Les organes des sens eux-mêmes présentent quelquefois des troubles : du côté des yeux ce sont des paralysies oculaires (Baré), hémorragies rétiniennes (Schottmüller, Steinert) ou des signes de névrite optique (Ebstein, Simonds, Steinert) ; Schottmüller, dans son observation II, mentionne un flou du contour des papilles. Du côté de l'ouïe, le même Schottmüller a noté de l'hypoacousie comme unique traduction de la lésion cérébrale ; Ebstein signale des vertiges et des bourdonnements d'oreilles.

c. *Signes médullaires*, — Ils sont beaucoup plus rares que les précédents : nous relevons cependant dans l'observation de Brunon publiée par Baré l'existence d'une paraplégie sans troubles sphinctériens. Dans le cas de Bouveret le tableau clinique était celui d'une sclérose multiloculaire.

2° Symptômes associés. — Ceux-ci ne sont pas propres aux formes nerveuses, mais communs à toutes les variétés d'endocardite à évolution prolongée. Ils peuvent être assez nombreux et assez significatifs quelquefois pour apporter au diaguostic un appoint très précieux ; mais il est cependant exceptionnel de les rencontrer tous chez un même malade et dans maintes observations ils ont tous fait défaut. Nous nous bornerons à signaler ceux qui sont le plus constants et le plus caractéristiques de l'affection.

Du côté du cœur l'auscultation indique des souffles symptomatiques de lésions valvulaires, le plus souvent d'une lésion mitrale. Un caractère très important est la variabilité qu'on observe à des examens successifs dans le timbre, dans l'intensité et dans l'étendue de propagation de ces souffles. Dans l'observation du professeur Ducamp, c'est cette variabilité seule qui permit le diagnostic : son timbre tour à tour piaulant ou râpeux, sa propagation d'abord faible, puis plus franche vers l'aisselle imposaient le soupçon d'endocardite infectieuse. Malheureusement Leclerc, Lesieur et Mouriquand ont vainement attendu une modification des bruits cardiaques dans leur cas.

Mieux encore, dans les deux cas de Baré aucun bruit surajouté ne fut perçu : seul un assourdissement des bruits, avec dans un cas l'augmentation de l'aire de matité précordiale, traduisait le processus d'endocardite végétante en évolution.

Sur les téguments le purpura est de constatation assez commune. Un autre symptôme de très grande valeur est la présence de nodosités érythémateuses éphémères et douloureuses, qui se localisent volontiers aux doigts ou aux orteils, constituant le faux panaris ou signe des doigts d'Osler. Denéchau et Picard paraissent attacher une assez grande importance à une pigmentation de teinte café au lait qu'ils ont observée sur la face d'un de leurs malades.

Du côté de l'abdomen, la splénomégalie douloureuse est fréquente ; de même la douleur localisée à l'hypocondre droit ou étendue à tout l'abdomen et accompagnée de troubles digestifs plus ou moins sévères. L'hépatomégalie ne se rencontre que rarement.

L'atteinte rénale, quand elle existe, se traduit soit par de l'albuminurie, soit encore par des hématuries.

Quant à l'appareil respiratoire, il est habituellement respecté et ceci s'explique par la rareté de localisation sur le cœur droit du processus endocarditique. En fait, dans les observations que nous avons dépouillées nous n'avons pas trouvé mention de cas incontestable d'infarctus pulmonaire. Cependant l'on conçoit que cette éventualité puisse se produire, car, outre que l'endocarde des cavités droites peut présenter des végétations, on connaît bien aujourd'hui les embolies paradoxales.

L'œdème pulmonaire aigu a déterminé la mort du malade de N. Fiessinger et Janet.

Leclerc, Lesieur et Mouriquand ont trouvé chez leur sujet un épanchement pleural.

On conçoit d'ailleurs que certaines lésions pulmonaires se présentent non plus comme la conséquence, mais bien comme la cause de l'endocardite. Peut-être en était-il ainsi dans un cas de Baré, où l'on découvrit dans l'un des poumons une pneumonie ardoisée du sommet et des noyaux de broncho-pneumonie à la base.

3° Signes généraux. — La fièvre fait rarement défaut ; il s'agit dans la règle d'une fièvre à type rémittent, à oscillations assez amples, et irrégulière.

Le pouls est dans la plupart des cas dissocié d'avec la température et plus lent que ne le laisseraient supposer les constatations thermométriques.

La pâleur, l'anémie, l'amaigrissement, l'asthénie, souvent notés dès le début de l'affection, font partie également, quoique à des degrés variables, du tableau clinique de la période d'état.

Formes cliniques. — Sans vouloir fragmenter à l'extrême l'étude des formes nerveuses de l'endocardite maligne à évolution prolongée, il paraît légitime de leur reconnaître, d'après la prédominance de certains symptômes, plusieurs variétés cliniques :

Une première série de faits établit la légitimité d'une **forme méningitique** : à ce groupe se rattachent les observations d'Ebstein, de Josserand et Lesieur, de Leclerc, Lesieur et Mouriquand, de Baré, de Fiessinger et Janet, de Paliard, Dechaume et Sedalian, de Lereboullet et Mouzon.

La variété à allure d'*hémorragie méningée* est justifiée par les cas de Steinert, de Schottmüller, de Debré, de Ducamp. Avec Debré il nous semble utile de souligner cette origine possible de l'hémorragie méningée, étant donné l'embarras souvent considérable que l'on éprouve en clinique à rattacher des manifestations de cet ordre à leur véritable cause.

Le **type cérébral** de l'endocardite maligne se présente dans la majorité des cas sous la forme d'une hémorragie cérébrale ou d'un ramollissement. Deux observations de Simonds montrent cependant que l'aspect clinique peut simuler soit une *tumeur cérébrale*, soit un *abcès du cerveau*. Un cas de Schottmüller, un second de Fayolle établissent l'existence d'une **forme convulsivante** ou **éclamptique**. Avec Debré, on peut, se fondant sur les exemples de C. K. Austin, de Denéchau et Picard, peut-être aussi dans une certaine mesure sur celui de Paliard, Dechaume et Sédalian, soupçonner l'évolution sur le mode d'une *forme psychique*.

La **forme myélitique** ne paraît jusqu'à ce jour démontrée par aucun exemple probant. Un cas de Thiroloix et Rosenthal, d'endocardite aiguë il est vrai, permet cependant de la soupçonner.

Une mention spéciale doit être réservée à l'observation, demeurée unique à notre connaissance, de Bouveret. Cet auteur a vu se constituer, au cours

d'une endocardite infectieuse d'une durée de huit mois, un tableau de *sclérose multiloculaire*.

La **forme cérébelleuse**, théoriquement possible, n'est démontrée, à notre connaissance, par aucun fait.

Signalons enfin qu'il existe une **forme latente**, témoin ce cas de Schottmüller où l'hypoacousie fut le seul signe clinique observé.

Étiologie. — Qu'il s'agisse d'endocardite lente en général ou plus particulièrement de ses formes nerveuses, les circonstances étiologiques sont exactement les mêmes. Dans les deux cas il convient de faire état parmi les causes prédisposantes de la fréquence des atteintes rhumatismales antérieures, avec ou sans endocardite. Les sujets sont en général des adultes d'âge moyen; cependant l'enfance n'est pas épargnée (Schottmüller a suivi deux enfants de dix et onze ans); de même les vieillards peuvent être atteints (le malade de Paliard, Dechaume et Sédalian était âgé de soixante-douze ans). Le sexe masculin paraît frappé avec une certaine électivité.

Parmi les circonstances qui semblent déclancher l'apparition de l'affection, les infections des cavités naturelles sont surtout à retenir (otite, infection puerpérale, etc.), quelquefois extrêmement discrètes. Ebstein semble attacher un certain rôle étiologique à un traumatisme subi par son malade peu avant l'apparition des accidents.

Quant à la nature du germe causal, l'accord ne paraît pas absolument établi entre les auteurs. Schottmüller a soutenu qu'il s'agissait toujours d'un streptocoque spécial dénommé par lui mitior ou viridans. Steinert pense que d'autres variétés de streptocoques non hémolytiques peuvent jouer le même rôle.

Quant à Debré, qui a étudié récemment cette question d'une façon très complète, il croit à l'existence d'un microbe spécifique de l'endocardite infectieuse : par ses caractères biologiques, cet agent se rapprocherait du streptococcus salivarius et du st. fœcalis, saprophytes du tube digestif de l'homme. Cependant quelques auteurs ont pu mettre en évidence du méningocoque, du pneumocoque, du staphylocoque. Le cas de Gallavardin et Langeron incline à penser que l'entérocoque peut également être en cause quelquefois.

Anatomie pathologique. — Nous ne nous occuperons ici que des lésions rencontrées au niveau du système nerveux, renvoyant pour les lésions cardiaques ou aux lésions d'autres viscères aux descriptions classiques.

a. **Altérations méningées.** — Elles peuvent faire défaut dans des cas même où cliniquement on avait noté des signes incontestables de méningite (Baré). D'autres fois les enveloppes du cerveau présentent un certain degré de réaction inflammatoire (Claude) auquel participe ordinairement le parenchyme nerveux sous-jacent. L'œdème sous-pie-mérien est relaté dans l'observation de N. Fiessinger et Janet. Une véritable méningite existait dans les cas de Josserand et Lesieur, de Leclerc, Lesieur et Mouriquand, de Paliard, Dechaume et Sédalian.

Les hémorragies méningées observées par Steinert, Schottmüller, Ducamp sont le résultat de l'extension aux méninges d'une hémorragie cérébrale.

Steinert a vu aussi une pachyméningite hémorragique.

b. **Lésions du tissu nerveux.** — Quel que soit le territoire intéressé, les lésions du système nerveux se limitent à deux : ramollissement et hémorragie. Nous aurons tout à l'heure à exposer comment se constituent l'un et l'autre. Pour l'instant nous nous contenterons d'observer que le ramollissement, s'il peut se produire en des points très divers, est plus spécialement localisé dans le territoire de la sylvienne. Le ramollissement dans l'endocardite maligne ne présente aucun caractère anatomique qui le différencie des ramollissements banaux. Une particularité remarquable, qui lui est d'ailleurs commune avec les infarctus des différents viscères, est l'absence de suppuration.

Quant aux hémorragies, elles résultent de la rupture de petits anévrismes qui semblent siéger sur les troncs artériels de calibre relativement important plutôt que sur les petites artères intracérébrales (Debré). Nous avons déjà remarqué que ces hémorragies ne restent pas toujours limitées au tissu nerveux et qu'elles s'étendent parfois aux espaces méningés et aussi aux ventricules cérébraux.

Les anévrismes, à en croire Simonds, auraient été pour la première fois décrits par Ponfick en 1873. Ils ont été étudiés histologiquement par Eppinger, Simonds, Letulle et Nattan-Larrier qui en ont donné des descriptions assez concordantes. Au niveau où commence l'ectasie on constate sur la paroi artérielle la brusque disparition du tissu élastique et des fibres musculaires qui ne sont plus représentés que par de petits fragments d'identification assez malaisée; l'intima est complètement disparue. La paroi de l'anévrisme est uniquement constituée par l'adventice infiltrée d'éléments leucocytaires et doublée du côté de la lumière vasculaire par de la fibrine disposée en plusieurs couches stratifiées.

Nous signalerons, pour être complet, que Bouveret a observé dans un cas demeuré unique à notre connaissance des lésions de sclérose multiloculaire. Il n'est pas nécessaire, croyons-nous, de souligner l'intérêt doctrinal d'une telle constatation.

Pathogénie. — C'est le mécanisme de l'embolie qui résume toute la pathogénie des lésions nerveuses de l'endocardite maligne à évolution prolongée.

De menus fragments de végétations endocardiques emportés par le torrent sanguin peuvent obstruer la lumière d'un vaisseau et entraîner le ramollissement ischémique du territoire correspondant. Telle est la première explication qui vient à l'esprit. Il semble cependant que les choses ne se passent pas si simplement et que le processus malacique soit plutôt le fait d'une thrombose que d'une oblitération purement mécanique (artérite oblitérante embolique de Debré). Les particules embolisées agissent surtout sur les parois artérielles où elles se fixent par les microbes qu'elles véhiculent; de là la formation d'un thrombus et la réduction du calibre vasculaire qui entraîne le ramollissement.

Quant à la production des anévrismes dont la rupture est cause des hémorragies, Ponfick (cité par Simonds) l'attribuait à une action purement mécanique, à l'irritation de la paroi artérielle par des embolies calcaires. Cette opinion a surtout, aujourd'hui, un intérêt historique. Eppinger a montré

qu'ici encore le rôle des agents microbiens est considérable : c'est à la faveur de l'artérite qu'ils déterminent que se constitue l'ectasie, l'anévrisme est un anévrisme mycotico-embolique (artérite ectasiante de Debré). Cette conception est unanimement adoptée aujourd'hui; toutefois, contrairement à Eppinger qui admettait la localisation initiale des germes sur l'adventice, les auteurs contemporains (Letulle et Nattan-Larrier, Debré) pensent que c'est sur l'endartère que se porte tout d'abord l'action des microbes. Cette explication paraît beaucoup plus rationnelle, puisque l'infection a pour origine un thrombus situé dans la lumière du vaisseau.

Évolution et pronostic. — L'endocardite lente à forme nerveuse évolue ordinairement par poussées entrecoupées de rémissions. La durée de l'affection est très variable, de deux mois à plusieurs années. Toutefois la guérison, si tant est qu'elle puisse être obtenue, est d'une exceptionnelle rareté. Peut-être cette éventualité favorable s'observerait-elle plus souvent si les difficultés de diagnostic étaient moins grandes et si l'on pouvait, à la faveur d'un diagnostic précoce, mettre en œuvre une thérapeutique spécifique. Jusqu'à présent tous les efforts ont été vains et tous les cas se sont terminés par la mort. Celle-ci est quelquefois brutale, plus souvent elle survient après une période de coma.

Il s'agit donc d'une affection particulièrement redoutable dont le diagnostic a pour corollaire un pronostic à peu près fatal.

Diagnostic. — Étant donné la multiplicité des formes que peut revêtir l'endocardite lente dans ses déterminations nerveuses, nous n'entrerons pas dans le détail du diagnostic différentiel de chacune d'elles. Impossible à la période de début dans la majorité des cas, ce diagnostic pourra être souvent établi à la période d'état à deux conditions.

La première, c'est de procéder avec une méthode scrupuleuse à l'interrogatoire des malades ou de leur famille d'abord, à l'examen détaillé de chacun des appareils ensuite.

Dans les cas heureux où les signes que nous avons rapidement énumérés dans un précédent paragraphe pourront être retrouvés (variabilité des souffles cardiaques, purpura, signe d'Osler, splénomégalie douloureuse, signes généraux), le but sera atteint.

Malheureusement l'inconstance de ces signes laisse souvent le clinicien dans la perplexité. C'est ici que doit intervenir la seconde condition : *Quand à l'examen d'un malade on a découvert des troubles nerveux d'une part, des troubles cardiaques d'autre part, penser toujours pour expliquer l'ensemble des manifestations observées à une endocardite infectieuse en évolution.*

Dès lors on sera amené à pratiquer des hémocultures en séries sur milieux variés et on aura le plus souvent la satisfaction de mettre en évidence le germe microbien en cause. Nous rappellerons ici comment il convient, d'après Debré, de procéder pour obtenir un résultat. Il faut recueillir, en période fébrile, autant que possible, 20 centimètres cubes de sang par ponction veineuse. Les 15 premiers centimètres cubes seront partagés entre deux ballons renfermant l'un du bouillon glucosé (ou du bouillon-ascite ou encore du bouillon-sérum de cheval), l'autre du milieu T de Truche, Cramer et Cotini (eau distillée alcalinisée renfermant par litre 40 grammes de peptone Chapotaut, 5 grammes de sel, et 2 grammes de glucose). Les cinq derniers centimètres cubes seront mélangés dans des boîtes de Petri à de la gélose sucrée et à du milieu T solidifié.

Des techniques si spéciales supposent évidemment une collaboration très étroite entre le clinicien et des bactériologistes compétents.

Elles ne sauraient d'ailleurs dispenser d'autres recherches et spécialement de l'étude cyto-chimique du liquide céphalo-rachidien, de la recherche de la réaction de Bordet-Wassermann qui conservent toute leur valeur.

Traitement. — Toutes les médications qu'on a jusqu'ici employées pour arrêter l'évolution de l'endocardite à forme prolongée ont donné des résultats totalement décevants.

Ni la chimiothérapie sous forme de salicylate de soude, de quinine, d'urotropine, d'arsenic; ni la médication par le choc (avec l'argent colloïdal notamment); ni même le traitement spécifique par auto-vaccin ou par sérum comme dans le cas de Denéchau et Picard n'ont eu d'efficacité certaine. Le succès récemment signalé par Laubry, dans un cas de septico-pyohémie à streptocoques avec endocardite, à l'aide des filtrats streptococciques de Besredka autorise quelque espoir.

Peut-être le secret de l'efficacité de la thérapeutique tient-il tout entier dans la précocité du diagnostic.

BIBLIOGRAPHIE

Baré. *Th. de Paris,* 1913, n° 382.

Bouveret. Discussion de l'observation de Lesieur sur un cas d'endocardite infectieuse terminé par une méningite cérébro-spinale, *Lyon méd.*, 1901.

Claude. *Acad. de méd.*, 12 mars 1918.

Debré. *Presse méd.*, 8 nov. et 17 déc. 1917; — *Soc. méd. des hôpit. de Paris,* 30 nov. 1917 et 15 fév. 1918; — *Revue de méd.*, 1919.

Denéchau et Picard. *Soc. méd. des hôpit.*, 30 nov. 1917.

Ducamp. Nécrobiose des noyaux gris centraux sans symptômes striés, *Soc. des sc. méd. de Montpellier,* 12 juillet 1924.

Ebstein. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1899, t. LXIII, p. 217.

Eppinger. *Deut. Arch. f. klin. Med.*, 1887, t. XXXV, f 3 et

Fayolle. *Soc. méd. des hôpit.*, 15 fév. 1918.

Fiessinger (N.) et Janet. *Soc. méd. des hôpit.*, 26 nov. 1920.

Germain (Mlle Suzanne). *Th. de Paris,* 1921, n° 105.

Josserand et Lesieur. *Lyon méd.*, 13 mars 1901.

Laubry. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 mars 1925.

Leclerc, Lesieur et Mouriquand. *Lyon méd.*, 1906, p. 1017.

Lereboullet et Mouzon. *Soc. méd. des hôpit.*, 25 juin 1920.

Osler. *Brit. med. Journ.*, 1885; — *Bull. et mém. des hôpit.*, déc. 1908, p. 794.

Paliard, Dechaume et Sédalian. *Journ. de méd. de Lyon,* 5 mars 1924.

Schottmüller. *Münch. med. Woch.*, 22 mars 1910, p. 617 et 697.

Simonds. *Deut. med. Woch.*, 1901, p. 353.

Steinert. *Münch. med. Woch.*, 13 sept. 1910, p. 1927.

Thiroloix et Rosenthal, *Bull. de la Soc. anat.*, 1897.

Vaquez. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 déc. 1917; — *Arch. des mal. du cœur,* août 1918.

Répertoire d'hygiène et de médecine sociales, par le docteur Dejust. Volume II, 222 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Union des Syndicats médicaux de France, 25, rue Louis-le-Grand.

XANTHODERMIE, XANTHOCHROMIE CUTANÉE

XANTHOSIS, AURANTIASIS CUTIS OU OCHRODERMATOSIS

Par le docteur R. BARTHÉLEMY.

La coloration jaune de la peau, d'origine interne, peut être produite, en dehors de l'ictère, par diverses substances dont la plus connue, surtout depuis la guerre, est l'acide picrique.

Outre celui-ci, on parle beaucoup, depuis quelques années, de colorants jaunes d'origine organique, soit végétale, soit animale (cette dernière, d'ailleurs constamment secondaire, à la précédente, semble-t-il).

Leur nature chimique n'a été que récemment éclaircie. Il s'agit d'un pigment gras, ou *lipochrome*, non azoté, très labile, et très apte à fixer l'oxygène. Il est fort répandu dans la nature. Arnaud, l'ayant extrait de la carotte, l'avait nommé *carotine* et considéré comme identique à la xanthophylle. Quelques nuances différentielles séparent toutefois ces deux éléments. Ainsi la xanthophylle est soluble dans l'alcool à 90 degrés et insoluble dans l'éther de pétrole. La carotine existe non seulement dans la carotte mais, et souvent en bien plus grande quantité, dans nombre de légumes et fruits d'usage alimentaire courant (concombres, courges et potirons, citrons et oranges, choux, épinards, maïs, etc.), dans le lait, le beurre et surtout le jaune d'œuf (lutéine).

Dans certaines conditions pathologiques encore mal précisées, le pigment passe dans le sang et dans les téguments qu'il colore en des points d'élection circonscrits, ou dans toute leur étendue.

En un récent article de la *Presse médicale*, M. le professeur Marcel Labbé rappelle qu'il a décrit en 1914 la xanthochromie *palmo-plantaire*, rencontrée assez souvent chez des diabétiques. Il dépeint également la xanthochromie *généralisée*, et montre, en confirmant les résultats de H. van den Bergh (1913) que les taux de lipochrome trouvés dans le sérum — en l'absence de toute cholémie — doivent faire admettre que celle-ci est bien due à l'accumulation du pigment dans le sang et les tissus.

A l'étranger, notamment en Allemagne et en Amérique, cette coloration jaune de la peau a été observée chez des sujets, même non diabétiques, ayant consommé des carottes en abondance. Hess et Myers ont décrit ce trouble sous le nom de *carotinémie*. La xanthochromie était généralisée, chez deux enfants ayant pris pendant quelques semaines deux cuillerées à soupe de carottes fraîches par jour. Elle disparut lentement par le changement de régime. Deux autres enfants, soumis à la même épreuve, présentèrent, quoique à un moindre degré, le même phénomène. La présence de la carotine dans le sang fut reconnue. Le sérum et les urines étaient nettement colorés.

Dans les pays de langue allemande, la xanthochromie est connue sous le nom de *Aurantiasis cutis Baelz* (1896). Très étudiée au Japon (Bohi, Ohno, Nonaka, Kashida, Miura), elle a fait l'objet d'un travail récent de Miyake, portant sur cinq cas dus à la carotine, non plus de la carotte, mais des Aurantiacées (citrus nobilis, var. microcarpa).

Chez un sujet *normal* (en dehors d'une alopécie généralisée) la xanthochromie put être provoquée. Mais il fallut 693 fruits pour mettre la coloration en évidence et 1.200 furent absorbés en six semaines. Nous verrons plus loin les intéressantes constatations histologiques de Miyake, qui ne mentionne pas le diabète chez ses malades.

Von Noorden (Congrès de Dermat., Berlin, 1904) avait décrit sous le nom de *xanthosis diabetica* une coloration jaune serin particulière à prédominance naso-labiale et palmo-plantaire, qui est bien identique à la xanthochromie cutanée, comme l'indique, d'après Lépine, M. le professeur Marcel Labbé lui-même.

Mais ce dernier, avec le grand sens clinique qui est de tradition française, a eu le mérite d'insister sur le fait suivant : *ne fait pas de la xanthochromie qui veut*, même en ingérant à doses excessives des aliments riches en carotine.

Il nous paraît donc logique, dans un but de synthèse, de citer maintenant les anciennes observations de Carry et de Besnier. Ces auteurs paraissent en effet avoir, dès 1880, décrit la xanthochromie généralisée, et cela dans des conditions particulières qui en élargissent le cadre pathogénique, comme on le verra plus loin.

« Notre malade, dit M. Carry, a présenté une coloration anormale de la peau, mais elle était due à de la *xanthodermie* et non à l'ictère...

« La coloration générale de la peau est d'un jaune d'ocre, plus marquée sur le visage et le tronc que sur les membres..., *pas de coloration biliaire* ni sur la peau *ni surtout sur la conjonctive bulbaire et la muqueuse buccale*. Le foie est absolument normal ainsi que la rate. L'urine a été examinée à plusieurs reprises et jamais on n'y a trouvé la moindre trace de matière colorante biliaire. »

Voici maintenant le texte de Besnier :

« La peau était jaune (*non les conjonctives*, *ni les muqueuses*), d'un jaune verdâtre, immobile pendant des mois. Aucune lésion hépatique. Les urines, examinées par nous un grand nombre de fois et, pour contrôle par l'éminent pharmacien en chef de l'hôpital, le professeur Lutz, n'ont jamais contenu de matière colorante biliaire ; les selles sont toujours restées normales...

« Il faut distinguer, conclut Besnier, parmi les chromodermies, la xanthodermie, et la coloration jaune des xanthomateux (que nous proposons de dénommer xanthochromie) *n'est pas de l'ictère.* »

Voilà donc une double description fort complète, et qui se superpose exactement à celles qu'on a vues plus haut. Les termes de xanthodermie, de xanthochromie, étaient créés. Celui d'ochrodermatosis appartient à Castellani.

On remarquera avec nous que si M. le professeur Labbé insiste sur le fait que la couleur jaune d'or de la xanthochromie est bien différente de la teinte jaune chamois du xanthélasma, c'est néanmoins chez des xanthomateux qu'on aurait vu pour la première fois le trouble sur lequel il attire à nouveau l'attention à la lumière de la haute biochimie moderne. Il se demande d'ailleurs si, en dehors même du diabète, l'hyperlipochromie n'est pas encore une forme du trouble métabolique des graisses.

Car il a remarqué que la xanthochromie se voit surtout chez les diabétiques graves qui précisément accumulent de la cholestérine et éliminent mal les acides gras cétoniques.

Or le grand clinicien qu'était Besnier avait, nous semble-t-il, répondu par avance à cette question (Mal. de la peau de Kaposi, 2e édit. franç., Besnier, Doyon, 1891, p. 326, note 1) dans une ligne que voici : « ... le xanthome d'après notre observation, appa-

raissant dans la *série morbide* qui contient la goutte, la *glycosurie*, l'*obésité*. »

C'est ainsi qu'il a vu un xanthome disséminé, chez un jeune sujet obèse, sans sucre urinaire au moment de l'examen, mais dont le père, dépourvu de xanthome, était un glycosurique avancé.

D'ailleurs quels sont les malades qui accumulent de la cholestérine, comme les diabétiques graves, sinon précisément les xanthomateux dont les tumeurs ne sont que des nids à cholestérine?

Et si l'on se reporte aux constatations chimiques de Cazeneuve chez la malade de Carry, on trouve que « la matière colorante jaune (vue dans la pièce xanthomateuse biopsique) paraît être analogue à ce qu'on appelle la *lutéine* qui se trouve dans le jaune d'œuf et dans le sang. »

Il s'agit donc bien de substances très voisines, la lutéine étant en effet un pigment lipochrome au même titre que la carotine et la xanthophylle.

Dans ces conditions il nous paraît légitime d'admettre, à la suite de M. le professeur Marcel Labbé, que la xanthochromie traduit une imperfection du métabolisme des lipoïdes.

De peu d'intérêt chez des sujets atteints de diabète ou de xanthome cliniquement reconnaissables, c'est sur des malades chez lesquels les moyens actuels de recherche sont encore inaptes à révéler un trouble trop subtil de la nutrition, que la xanthochromie vient prendre la valeur d'un symptôme.

Et ce symptôme, d'observation clinique facile, peut précisément être recherché quand les méthodes de laboratoire font carence.

La xanthodermie d'*épreuve*, par ingestion d'aliments riches en carotine, aurait ainsi un intérêt pratique, pour déceler *in vivo*, par un index colorant, une nuance dysmétabolique encore mal appréciée par d'autres méthodes.

L'*histologie* montre, dit Miyake, que l'épiderme est diffusément coloré en jaune, tout spécialement dans sa couche cornée. Le corps papillaire, les glandes sudoripares et le tissu conjonctif le sont moins. L'épiderme, où l'analyse chimique a également mis en évidence la carotine, est donc une voie d'élimination importante de ce produit. Les constatations histologiques de Pierret, chez la malade de Carry, avaient déjà permis de rapporter la coloration jaune « à l'existence, dans les couches profondes de l'épiderme, d'un pigment granuleux, d'un brun roux, bien différent histologiquement et chimiquement du pigment biliaire ». La synthèse de tous ces faits est donc justifiée par de nouveaux arguments.

En dehors de l'épiderme, la carotine se trouve dans la paroi intestinale et les reins par où elle s'élimine également.

Le *diagnostic* est à faire avec les autres xanthodermies, ictérique ou non, et se base sur le fait que les muqueuses et notamment la conjonctive ne sont pas teintées.

En outre il est possible d'établir une relation nette entre l'apparition ou l'intensité de la coloration et le régime alimentaire riche en carotine, de même qu'entre la cessation de celui-ci et la disparition de la xanthochromie. Enfin les différentes recherches histologiques, spectroscopiques et chimiques font reconnaître le lipochrome.

Tous ces éléments peuvent permettre de distinguer l'affection qui nous occupe des cas *légers* de maladie de Méléda où, l'hyperkératose palmo-plantaire étant moins marquée que dans les cas intenses, c'est la coloration jaune d'une couche cornée un peu épaissie qui attire surtout l'attention.

Enfin, j'ai eu récemment l'occasion d'observer une coloration analogue (palmaire seulement d'ailleurs) chez un sujet travaillant dans une biscuiterie à l'enfournage, et qui disait avoir les mains exposées de ce fait à une forte chaleur.

La xanthodermie carotinémique n'a, en soi, aucune gravité. Mais son pronostic doit être envisagé, semble-t-il, au point de vue d'une imperfection du métabolisme des lipoïdes (Marcel Labbé) puisqu'elle se voit surtout chez des diabétiques graves, et, nous l'avons rappelé, chez de grands xanthomateux.

Indépendamment donc du fait que pour la voir disparaître on devra instituer un régime pauvre en carotine (donc exempt de légumes verts, salades, épinards, jaune d'œuf, carottes, choux, maïs, citrons, oranges, beurre et lait), on veillera en outre et pour un long avenir à ce qu'il reste peu chargé en graisses de toutes sortes, en cholestérine notamment.

En matière de conclusion, nous dirons que la xanthodermie, bien que pouvant être provoquée chez un sujet quelconque, n'est pas seulement une curiosité dermatologique, mais un symptôme avertisseur qui, à ce titre, ne doit pas être négligé ou sous-estimé.

BIBLIOGRAPHIE

BESNIER. *Traduction française de Kaposi*, 1re édition, Paris 1880, t. II, p. 217.
BODIN. *Pratique dermatologique*, art. XANTHOME.
BROCQ. *Précis-atlas*, 1921, p. 1187.
CARRY. Contribution à l'étude du xanthome, *Ann. de dermat.*, 1880, t. I, p. 64.
CHAMBARD. Dernières recherches sur le xanthome, *Ann. de dermat.*, 1882, t. III, p. 551.
HESS and MYERS. Carotinémie, *Journ. amer. med. Assoc.*, 1919, t. LXXIII, p. 1743.
LABBÉ (Prof. Marcel). Xanthochromie cutanée, *Presse méd.*, 7 janv. 1925, n° 2.
MIYAKE. Ueber Aurantiasis cutis Baelz, *Jap. Zeit. f. Derm.*, 1922, p. 701 (*abstracts*); — *Arch. f. Derm.*, 7 juin 1924, p. 184
NISHANS. Carotinémie, *Journ. amer. med. Assoc.*, 16 fév. 1924, n° 7, p. 547.
OHNO. Hist. Untersuch. v. cutis aurantiorum, *Jap. Zeit. f. Derm.*, 1916, p. 430.
ROSENHEIM et DRUMMOND. Relations des pigm. lipochr., *Lancet*, 17 avril 1920.
WERNER. Ein ungeklärt. Fall v. Gelbfärt. der Haut, *Arch. f. Derm.*, 1921, p. 463.
WEBER (Parkes). Xanthosis, *Roy. Soc. of med.* (sect. derm.), séance du 16 oct. 1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 20 AVRIL 1925)

Épuration des eaux. — M. DIENERT.

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1925)

Recherches sur le mécanisme de l'acidose. — MM. Léon BLUM et Maurice DELAVILLE. La notion de l'importance de l'équilibre acide-base dans les états pathologiques se généralise de plus en plus et la détermination de la réaction actuelle du sang et de la réserve alcaline commence à être en clinique de pratique courante.

M. le professeur Blum poursuivant ses belles recherches sur l'acidose distingue les types suivants :

1° L'acidose par excès d'acides cétoniques, telle qu'elle existe au cours du jeûne hydrocarboné et du diabète, c'est la *céto-acidose*;

2° L'acidose par excès d'acide lactique qu'on rencontre après les efforts musculaires intenses et prolongés et qui joue probablement un rôle dans quelques maladies, c'est la *lacto-acidose*;

3° L'acidose par excès d'acide chlorhydrique : on la rencontre dans les néphrites où l'élimination du chlore est défectueux; elle est réalisée par l'administration de fortes quantités de chlorure de calcium ou de chlorure d'ammonium; c'est la *chloro-acidose*;

4° L'acidose produite par les protéines qui accaparent les bases, fait que l'ultrafiltration permet de mettre en évidence, et qu'on rencontre chez certains cardiaques avec œdèmes : c'est la *protéino-acidose*.

L'*acidose par hypo-alcalose* est loin d'être rare, c'est une cause fréquente de l'acidose des brightiques. M. Blum l'a trouvée dans deux cas d'ostéomalacie. Peut-être est-elle en jeu dans l'acidose du rachitisme.

L'acidose par hyper-acidité et hypo-alcalose se rencontre chez les brightiques, plus rarement dans les phases extrêmes du diabète.

Présence de spirochètes chez les chiens atteints de gastro-entérite hémorragique. — MM. L. Panisset et J. Vergé.

Sur l'étiologie des oreillons. — M. Yves Kermorgant est parvenu à isoler un spirochète particulier, dont une culture inoculée au singe reproduit la maladie ourlienne et lui confère l'immunité. Des essais de vaccination expérimentale permettent d'espérer la possibilité d'appliquer un jour à l'homme ces notions nouvelles dans la prophylaxie et la thérapeutique des oreillons.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 5 MAI 1925)

Les doses d'insuline et leurs effets physiologiques et thérapeutiques. — MM. Desgrez, Bierry et Rathery établissent par une nouvelle série d'observations, que des poids très faibles d'insuline, par exemple une dizaine de milligrammes, doivent toujours déterminer une hypoglycémie marquée, aussi bien que chez l'homme diabétique que chez l'animal. La baisse du sucre sanguin ne traduit qu'un des effets de l'insuline, une même baisse de glycémie, chez différents sujets, n'a pas toujours comme corollaire, un retentissement identique, en intensité et en durée, sur le métabolisme profond des hydrates de carbone. Il en résulte que le mode de titration par unités reposant sur le seul examen du sucre chez l'animal, ne peut constituer une base suffisante pour la posologie de l'insuline. Cette substance doit donc être administrée en poids comme les autres médicaments. Les auteurs montrent, en outre, qu'il existe, pour chaque malade, une dose opérante d'insuline, qu'il est nécessaire d'atteindre mais inutile de dépasser.

L'assistance médicale indigène dans nos colonies africaines. — MM. E. Brumpt et Ch. Joyeux. Nos colonies tropicales africaines : Afrique occidentale, équatoriale, Togo et Cameroun, sont loin d'être mises en valeur comme il conviendrait en raison de la rareté de la main-d'œuvre. Ce problème ne peut être résolu que par l'organisation de l'assistance médicale, protégeant, non seulement l'ouvrier, mais encore la femme et l'enfant. Malheureusement l'assistance indigène, créée en principe depuis une vingtaine d'années, est assurée d'une façon très insuffisante. Le nombre des médecins est infime par rapport à l'immense étendue de nos possessions. On ne peut cependant prétendre que nos jeunes médecins refusent de s'expatrier, l'exemple de l'Indochine est là pour prouver le contraire. *La vérité est que l'Indochine rétribue convenablement son personnel médical*, aussi le recrutement en est-il facile; tandis que l'Afrique occidentale et équatoriale offrent des situations à peine équivalentes à celles que peut avoir un médecin de modeste envergure faisant une clientèle très moyenne. On comprend que les candidats soient rares.

Les auteurs donnent, à l'appui de nos affirmations, un tableau comparatif montrant l'infériorité des soldes en Afrique tropicale. De plus, ils font voir que les colonies étrangères africaines voisines, ont des services d'assistance mieux organisés et mieux rétribués que les nôtres. Il serait facile cependant, par un système de bourses d'études, d'aiguiller un grand nombre d'étudiants vers nos colonies. *Quant aux soldes, il est absolument indispensable de les relever*; le recrutement des médecins sera facile en Afrique tropicale, lorsqu'on comprendra que, pour les décider à s'expatrier, il faut leur offrir des compensations pécuniaires. La guerre et la crise économique actuelle ont suffisamment montré que la métropole et ses colonies étaient solidaires, et nous avons trop besoin des ressources de nos possessions, pour nous désintéresser de la façon dont elles sont mises en valeur.

Sur la classification du microbe de la typhose aviaire. — M. Lignières.

Action d'un médecin hygiéniste argentin pendant un demi-siècle. — M. Coni (de Buenos-Ayres).

La dualité de l'automatisme cardiaque. — M. Donzelot admet que la révolution cardiaque normale est sous la dépendance non d'un automatisme unique comme le veut la théorie classique, mais de deux automatismes, l'un auriculaire, l'autre ventriculaire.

Qualités acoustiques des salles. — M. Marage. Dans une salle où se produit un son continu, régulier, un auditeur peut entendre trois sortes de vibrations : 1° l'onde primaire qui vient directement de la source; 2° les ondes diffusées, en nombre infini, qui sont renvoyées par les parois : elles produisent le son de résonance; 3° des ondes réfléchies régulièrement par les parois : elles donnent naissance à des échos distincts.

M. Marage ne rend compte ici que des expériences qu'il a faites sur la salle de l'Académie de médecine dont le volume intérieur est de 1.992 mètres cubes. Il a fait 78 expériences différentes; la durée du son de résonance pour toutes les voyelles est de une demi-seconde quand la salle est vide, et de deux cinquièmes de seconde quand elle est pleine.

M. Marage s'est trouvé en présence de résultats inattendus, aussi a-t-il multiplié les expériences; jamais il n'avait trouvé un son de résonance aussi court. Cela montre comment on peut changer les qualités acoustiques d'une salle en augmentant le pouvoir absorbant des parois; pour une salle de cours, dont les auditeurs seraient silencieux, il serait un peu faible; mais, pour une salle de séances, il vaut peut-être mieux avoir une résonance aussi faible que possible.

Aujourd'hui on peut déterminer d'avance sur plans les qualités acoustiques que possédera une salle et on peut les modifier ou en changeant la nature des matériaux, ou en revêtant les murs de substances plus ou moins résonantes.

Comité secret. — M. A. Pettit. Rapport sur les candidats à la place vacante dans la quatrième section (Sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1925)

Un cas de scorbut après l'emploi de lait condensé. — M. Comby rapporte un nouveau cas de scorbut chez un enfant de quinze mois et demi nourri par du lait condensé. Il faut de préférence employer des laits homogénéisés et stérilisés à une température de 105° maximum.

Un cas de névrite tuberculeuse du musculo-cutané. — MM. Lévy-Valensi, Feil et Pérono présentent un nouveau cas de névrite du musculo-cutané chez un tuberculeux, à l'appui de l'existence d'une névrite tuberculeuse mise en doute par quelques phtisiologies.

Trois cas d'anémie chez des néphrétiques chroniques azotémiques. Traitement par des transfusions sanguines. — MM. P. Emile-Weil et Lamy ont eu l'occasion de soigner

trois malades atteints de néphrite azotémique avec anémie et chlorurémie. L'anémie était marquée : G. R. 2500000, Hém. 50 dans un cas, 2110000, Hém. 40 dans l'autre, 2400000, Hém. 50 dans le troisième. L'azotémie oscillait chez ces malades entre 15 centigrammes et 3 grammes. Dans tous ces cas, les malades furent très améliorés par les transfusions de sang. Celle-ci furent parfaitement supportées sans malaises tout au moins par les deux premiers malades non hypertendus, avec un malaise insignifiant et passager par la troisième, qui avait une pression de 20-12 (Pachon).

L'azotémie et l'albuminurie diminuèrent consécutivement; l'anémie disparut presque entièrement. La survie fut certainement accrue; deux malades ont succombé aux progrès de la chlorurémie avec des épanchements multiples, le troisième vit encore au bout d'un an, alors qu'il était asystolique au début.

M. Ribierre. Au cours des néphrites azotémiques, on observe souvent une anémie grave qui est une association chimique et non en rapport avec la lésion rénale.

Action de la transfusion sanguine sur l'azotémie chronique avec anémie. — MM. Flandin et Tzanck après avoir insisté sur la fréquence et l'importance de l'anémie dans l'évolution des syndromes azotémiques, rapportent trois observations où la transfusion sanguine fut suivie d'une amélioration, non seulement de l'anémie, mais du taux de l'azotémie.

Étude cytologique du suc duodénal. — MM. M. Chiray et F. Triboulet communiquent les résultats de leurs recherches sur la cytologie du suc duodénal. Les éléments décelés par l'examen microscopique, du liquide sont multiples, globules blancs et rouges, cellules épithéliales dont l'origine exacte n'est pas toujours facile à préciser, enfin à titre plus rare, cellules hépatiques, cylindres biliaires, mucus, bactéries, détritus alimentaires et cristaux. A l'état normal le suc duodénal recueilli dans l'excrétion vésiculaire provoquée par la technique française ne contient, en l'absence de passages gastriques, aucun élément cellulaire. A l'état pathologique c'est surtout pour le diagnostic des affections des voies biliaires que la cytologie duodénale donne d'utiles renseignements. Dans les cholécystites en particulier, on constate à ce point de vue une différence fondamentale entre la « bile B » riche en leucocytes et cellules épithéliales et les « biles A et C » qui sont au contraire assez pauvres. La cytologie donne également d'utiles renseignements dans l'angiocholite et dans l'ictère catarrhal, cas dans lesquels c'est la « bile A » qui présente la densité cellulaire la plus marquée. On peut encore utiliser ces recherches histologiques pour le diagnostic de certaines affections du duodénum, en particulier pour le cancer de ce segment intestinal.

Emploi du sang et du sérum d'adulte ayant eu autrefois la rougeole pour la prévention de cette maladie. — MM. Robert Debré, Pierre Joannnn, Henri Bonnet et Gros-Decam montrent que le sérum d'individus ayant eu autrefois la rougeole conserve une efficacité aussi grande et donne des résultats aussi satisfaisants que le sérum de convalescent de rougeole recueilli du septième au dixième jour après la chute de la température. Ce sérum d'adulte doit, néanmoins, être employé à doses plus fortes que le sérum de convalescent (12 à 15 cm³ pour les enfants au-dessous de deux ans, 20 cm³ pour les enfants ayant dépassé deux ans).

Les auteurs ont injecté avec ce sérum des enfants dans des crèches, des salles d'hôpital, et d'orphelinats, des écoles; ils ont obtenu dans 75 p. 100 des cas une prévention totale, dans 25 p. 100 des cas une séro atténuation. La méthode échoue dans 5 p. 100 des cas environ. Les auteurs ont constaté lorsqu'on injecte le sérum trop tard pour modifier l'allure clinique de la maladie, l'apparition du phénomène d'inhibition locale de l'éruption comme on l'observe avec du sérum de convalescent injecté dans les mêmes conditions. La date à laquelle le donneur a eu la rougeole n'a aucune influence sur son efficacité.

M. Lesné par l'emploi du sang total des parents a obtenu 19 succès dans 20 cas.

M. Ribadeau-Dumas insiste sur les bons résultats de transfusion du sang non seulement dans les maladies contagieuses, mais dans les états anémiques et les injections.

M. Renaud pense que les injections de sérum d'adulte agissent non seulement au point de vue spécifique mais aussi par les nombreux anticorps contenus dans le sérum d'adulte.

Mal de Pott lombaire révélé par une injection de lipiodol. — MM. Oudard et Soliard (de Toulon) présentent l'observation d'un malade indemne de tout signe clinique de mal de Pott et chez lequel l'injection de lipiodol dans la poche d'un abcès révéla à la radiographie, grâce à la traînée dénonciatrice de l'huile iodée, une lésion vertébrale.

Les auteurs insistent sur la facilité, et la grande valeur diagnostique de ce procédé indiqué par Sicard et Forestier.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(séance du 1er avril 1925)

Mégacôlon. — M. Veau insiste sur la nécessité d'un diagnostic et d'une intervention précoce chez l'enfant. Il y aurait lieu d'insister auprès des médecins pour qu'ils envoient leurs petits malades le plus tôt possible aux chirurgiens. M. Veau a pratiqué deux fois l'opération en deux temps, exclusion avec anus iliaque laissé très longtemps. Deux succès. Dans deux autres cas, en pleine occlusion, il s'est borné à une simple colectomie, deux morts.

M. Launay, à l'appui de la thèse soutenue par M. Lecène, apporte cinq cas dans lesquels il a toujours eu recours à la résection, soit en un seul temps, soit dans un second temps et qui ont tous été suivis d'un bon résultat. Il donne, en détails, ces cinq observations.

M. Okinczyc ne saurait assurer que les opérations pratiquées chez les malades atteints de mégacôlon sont toujours bénignes, attendu que ces malades sont toujours en état de subocclusion.

Adhérences intestinales par péritonite plastique. — M. Mathieu communique l'observation suivante : femme de quarante-neuf ans, atteinte d'une grosse hernie avec phénomènes d'occlusion attribués à un étranglement de cette hernie qui, cependant, n'était pas très tendue. M. Mathieu fit une longue incision sur cette hernie, incision qui se continuait sur l'abdomen. Il tomba sur une masse d'anses agglutinées formant une tumeur occupant à la fois le sac herniaire et la cavité abdominale. Résection en masse et entéro-anastomose, guérison.

Torsion du cordon et de l'hydatide de Morgagni. — M. Mouchet fait un rapport sur quatre observations, l'une de M. Foucault (de Poitiers), les trois autres de M. Leveuf (de Paris). Dans le premier de ces cas il y avait torsion de l'hydatide et et du cordon, dans les trois autres, l'hydatide seule était tordue. Dans deux cas M. Leveuf aurait constaté une nodosité à la partie supérieure du testicule. Cette constatation n'a pas été faite dans les dix-sept cas recueillis par M. Mouchet.

M. Ombrédanne l'a constatée dans un cas.

Thrombose oblitérante. — M. Mouchet fait un second rapport sur une observation de M. Guillemin (de Nancy). Il s'agit d'un jeune garçon de quatorze ans qui fait une chute grave en voulant monter dans un train en marche. Arrivé à l'hôpital le blessé est reconnu atteint d'une plaie du creux poplité. Les muscles sont déchirés, mais on ne constate pas de plaie vasculaire. Nettoyage, sutures musculaires, fermeture avec drainage filiforme. Le lendemain, le pouls est rapide, le facies très altéré, la jambe est froide, sans aucun battement artériel. Hypotension. Amputation de cuisse d'urgence, transfusion dans la veine de 300 grammes du sang de la mère du malade. Guérison. L'examen de la pièce montre une thrombose oblitérante de l'artère poplitée.

Luxation récidivante. — M. Basset fait un rapport sur une observation de M. Courty (de Lille). Il s'agit d'un cas de luxation astragalo-scaphoïdienne, avec fracture du scaphoïde. Deux tentatives de réduction restant sans effet, la luxation se reproduisant, M. Courty sous rachi-anesthésie, fait une incision, nettoie le foyer de la fracture, réduit et applique une vis métallique qu'il a dû enlever deux mois après. Bon résultat

fonctionnel. M. Basset pense que pour ces cas difficiles, il faudrait pouvoir toujours opérer sous écran.

Inflammation chronique, ulcéreuse, hémorragique du rectum et du côlon, colectomie. — M. Mocquot communique l'observation d'une femme de trente-cinq ans qui souffrait beaucoup du rectum et avait des pertes très sanguinolentes. M. Mocquot pratique un anus iliaque et essaye d'un traitement local. Aucune amélioration. Il se décide alors à pratiquer une amputation abdomino-périnéale du rectum et du côlon pelvien, avec un anus iliaque définitif, guérison. L'examen de la pièce montre de très grandes altérations inflammatoires de la muqueuse.

(Séance du 22 avril 1925)

M. le Président souhaite la bienvenue aux médecins polonais venus à l'occasion du IIe Congrès médical franco-polonais.

Cholécysto-gastrotomie pour cholécystite non calculeuse. — M. Cotte (de Lyon).

Gastrite phlegmoneuse circonscrite; gastrectomie perforatrice secondaire et mort par péritonite au quarante-cinquième jour. — M. Guibal (de Béziers)

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 11 mars 1925)

Etude de l'élimination du bismuth par les urines. — MM. René Fabre et Paul Chéramy.

A propos du drainage médical des voies biliaires. — M. René Gaultier souligne l'intérêt de l'emploi du sulfate de magnésie introduit par le tubage duodénal comme méthode de drainage non chirurgical des voies biliaires; mais se refuse à souscrire à la valeur diagnostique de la technique de Vincent Lyon dans les conclusions aussi rigoureuses qu'en donne cet auteur et qui servent d'interprétation aux expériences de M. Chiray. Pratiquant le tubage duodénal depuis 1911, ayant avec Roche et Baratte fourni en 1918 une méthode de dosage des pigments biliaires en même temps que des ferments pancréatiques, depuis les travaux de Lyon en 1919, il a recours à la technique de l'auteur qui lui a dans des cas d'ictère catarrhal, de cholecystite subaiguë ou chronique ou chez d'anciens cholécystectomisés donné des résultats heureux, non pas constants, mais assez fréquents, pour les signaler.

Avantage de l'extrait aqueux de Cascara sagrada désamérisé. — MM. Gaehlinger (de Châtel-Guyon) rappelle que l'écorce de cascara contient des principes qui n'ont pas été obtenus à l'état pur. C'est vraisemblablement pour séparer ces substances d'un goût amer que l'on a préconisé de mélanger la poudre de cascara avec de la magnésie avant de préparer l'extrait du Codex avec de l'alcool à 60 degrés. Cependant cette addition ne supprimant pas totalement l'amertume, l'auteur préconise l'emploi de la poudre d'oxyde de zinc. L'amertume disparaît totalement si on a soin de jeter le mélange dans l'eau bouillante et de sécher dans le vide. Il semble que ce principe amer soit la cause des coliques données par la cascara. En effet, par ce procédé, l'effet exonérateur a toujours été obtenu sans malaises.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 28 février 1925)

Etat actuel et avenir de l'hygiène en France. — M. René Martial établit et analyse les causes du chaos de l'hygiène en France; il expose de quelle manière pratique et économique on pourrait réaliser l'hygiène en créant simultanément une carrière, des débouchés et un statut pour les hygiénistes, car ceux en fonctions sont actuellement soumis à l'arbitraire des fonctionnaires et de magistrats élus, et toute initiative leur est interdite. Une nouvelle charte d'hygiène complétée par une refonte totale des instituts d'hygiène créés et fonctionnant en dehors des techniciens serait le remède à un chaos masqué par une façade.

Névralgie due à une côte cervicale. Traitement électrique. — M. Laquerrière. L'introduction électrolytique d'iode a fait disparaître les douleurs (sans améliorer l'atrophie musculaire) dues à une névralgie causée par l'existence d'une côte cervicale bilatérale avec renflement du côté malade.

A propos des « poches sous les yeux ». — M. Léopold-Lévi. L'œdème thyroïdien peut, au niveau des paupières, faire poche; il est aigu, transitoire ou chronique. Le traitement thyroïdien est susceptible de faire disparaître ces poches.

Syphilis nerveuse bénigne non évolutive. — M. Schaeffer. Certaines manifestations de la syphilis du névraxe peuvent rester localisées ou même régresser et sont compatibles avec une longue survie et un bon état général. Les éléments du pronostic favorable, toujours délicats, peuvent être plus aisés à tirer de l'examen du liquide céphalo-rachidien que de celui des manifestations cliniques elles-mêmes.

Scolioses paralytiques. — M. Roederer présente une série de malades atteints de scolioses graves consécutives à des paralysies des muscles dorsaux séquelles de poliomyélites. Il faut tenir compte au point de vue de la gravité de l'évolution : 1° de l'âge de l'atteinte (cas tardifs moins graves); 2° de la hauteur du segment intéressé; 3° des associations (paralysies des membres inférieurs, par exemple). Il y a toujours, quoi que disent les classiques, rotation vertébrale, formation d'une gibbosité et enraidissement. Pronostic fort grave. Traitement très différent de celui de la scoliose essentielle, port d'un corset indispensable.

PRATIQUE MÉDICALE

NATURE ET TRAITEMENT DE L'INCONTINENCE NOCTURNE D'URINE

Par le docteur Pierre Duraud.

L'incontinence nocturne d'urine, incontinence essentielle, *enuresis nocturna* des anciens auteurs, est une névrose d'évolution propre à la seconde enfance et dont les relations avec les autres névropathies sont parfaitement établies (Guinon). C'est un stigmate nerveux évoluant dans les familles de névropathes avec hérédité similaire ou de transformation. Trousseau admettait que l'enuresis nocturna peut être une forme larvée de l'épilepsie. Comby (1) cite le cas d'un petit épileptique qui présentait à la fois de l'incontinence d'urine et des matières fécales. Le même auteur a observé chez une fille de dix ans, atteinte d'incontinence nocturne, une anesthésie pharyngée complète avec insensibilité absolue de toute la cavité buccopharyngée.

En un mot, l'enuresis est un stigmate de dégénérescence; elle n'existe que chez les nerveux.

Les auteurs ne sont pas tout à fait d'accord au sujet du mécanisme producteur de cette incontinence. Pour Trousseau, il existe une irritabilité vésicale prononcée, triomphant par un excès de tonicité musculaire, de la contractilité du sphincter endormi. Pour L. Guinon, il y a uniquement atonie sphinctérienne (2). J.-C. Petit attribuait l'incontinence surtout aux rêves. Nos observations personnelles nous portent plutôt à admettre l'influence de l'irritabilité vésicale, car les résultats de notre thérapeutique systématiquement antispasmodique semblent démontrer la justesse de cette opinion.

Le traitement de l'incontinence nocturne d'urines est influencée par l'étiologie invoquée, ou pour parler plus exactement par la diversité des théories émises pour expliquer son mécanisme. Avec Trousseau et les partisans de l'hypertonicité musculaire de la vessie, nous utilisons les sédatifs nervins, en particulier la belladone. Vogel conseille de

(1) *Maladies de l'enfant*, Paris 1900.
(2) *Th. de Paris*, 1889.

donner des doses progressives de belladone jusqu'à dilatation des pupilles. Trousseau administrait jusqu'à 10 et 20 centigrammes d'extrait de belladone. Nous avons utilisé cette méthode avec des succès divers et disons-le inconstants, jusqu'à ce que nous ayons abandonné les préparations galéniques pour administrer uniquement la belladone totale ou Bellafoline.

La Bellafoline renferme tous les alcaloïdes principes actifs de la belladone à l'état pur et rigoureusement dosés, ce qui lui assure une grande constance thérapeutique. Nous savons, d'autre part, que cette substance administrée aux mêmes doses que l'atropine possède une action sédative double, ce qui revient à dire qu'à posologie égale elle est deux fois plus active. Nous avons utilisé ces propriétés avec des résultats fort intéressants dans l'enuresis nocturna, et nous jugeons utile de le signaler.

A notre avis, il faut mener le traitement de la façon suivante :

1° Arriver progressivement à une dose assez élevée de belladone totale pour amener la sédation complète de l'incontinence.

2° Maintenir pendant quelques jours, cette dose optima, et la diminuer ensuite, en continuant la médication à cette posologie pendant plusieurs semaines au moins.

En général, la dose de bellafoline à utiliser chez les enfants est d'environ une demi-cuillerée à café du sirop par an d'âge, ce qui représente une dose de principe actif d'environ un sixième de milligramme. Nous allons progressivement, selon l'âge, jusqu'à trois ou quatre cuillerées à café, prise en une seule fois, le soir au coucher, ce qui représente au total un peu plus d'un demi-milligramme de bellafoline. Nous obtenons ainsi une action antispasmodique fort efficace et sans dangers d'intolérance...

La miction inconsciente d'urine s'arrête généralement au bout du cinquième ou sixième jour, et, dès que nous sommes arrivés à la dose nécessaire, on maintient cette dose utile pendant quatre à cinq jours, puis on la diminue mais on ne cesse pas le traitement avant quatre à cinq semaines. Par ce moyen, on peut compter sur la disparition de cette tenace maladie. D'autres médecins, suivant les théories pathogéniques invoquées, recommandent la strychnine (Vogel), l'ergot de seigle, la rhus aromatica (Krauss), d'autres, la suggestion (Liébeault), d'autres, enfin, l'électrisation du sphincter vésical (Guyon). On ne négligera pas le traitement général qui consiste dans la prescription prolongée de sirop iodure de fer, de l'arsenic, de l'huile de foie de morue ou de ses succédanés. Enfin, dès que les beaux jours de l'été seront revenus, on enverra ces enfants faire une cure marine sur une plage abritée des vents.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL.

MALADIE PROFESSIONNELLE. LOI DU 25 OCTOBRE 1919.

Dans le n° 10 de la *Gazette des hôpitaux* de cette année (p. 158), nous avons fait connaître la décision du Tribunal Civil de la Seine, d'où il résulte que, pour avoir droit à une rente, il faut que l'incapacité de travail soit survenue à l'ouvrier depuis l'entrée en vigueur de la loi. Ce jugement du Tribunal Civil de la Seine en date du 1er mars 1923 a été confirmé par arrêt de la Cour d'appel de Paris du 13 octobre 1924 (*Dalloz hebdomadaire*, 1923. 643).

Mais, alors que la rente avait été refusée dans le cas envisagé par l'espèce précédente, deux autres décisions, l'une de la Cour de Nancy du 18 juin 1924. l'autre du Tribunal Civil de la Seine du 18 décembre 1924, ont accordé cette rente dans deux espèces se présentant dans des conditions analogues. On ne saurait dire cependant qu'il y a contradiction dans ces décisions de jurisprudence; il n'y a pas une thèse juridique divergente; il y a des circonstantes de fait différentes. En effet, lorsque l'ouvrier est atteint de l'une des maladies professionnelles envisagées par la loi du 25 octobre 1919, ce qu'il convient de rechercher, c'est non si la maladie professionnelle de l'ouvrier s'est manifestée pour la première fois après la mise en vigueur de la loi de 1919, mais bien si elle a déterminé pour la première fois une incapacité qui n'existait pas auparavant ou si elle a entraîné l'aggravation d'une incapacité préexistante. On en arrive à cette conclusion que, si l'état de l'ouvrier postérieur à la mise en vigueur de la loi ne diffère pas de l'état antérieur, le principe de la non-rétroactivité des lois s'oppose à ce que l'ouvrier puisse invoquer la législation nouvelle.

Dans la première espèce qui a fait l'objet de l'arrêt de la Cour de Nancy, la société contre laquelle agissait l'ouvrier, se prévalait de ce que, au cours d'une visite que lui avait faite un médecin qu'elle avait chargé de l'examiner, l'ouvrier avait eu une première atteinte de coliques saturnines vers 1910-1911 et soutenait que la loi de 1919 qui n'a point d'effet rétroactif était inapplicable, les ouvriers atteints, avant son entrée en vigueur, de manifestations de maladie saturnine ne pouvant être admis à en bénéficier.

« Attendu, dit l'arrêt, que la thèse soutenue par la société G.... n'est pas admissible : qu'elle tendrait à exclure du bénéfice de la loi les ouvriers qui, au cours d'une longue existence de travail dans les exploitations industrielles mentionnées aux tableaux annexes, auraient, avant le 28 janvier 1921, présenté quelques manifestations même légères et passagères de maladies professionnelles;

Attendu que la loi du 25 octobre 1919, loi d'ordre public, ne saurait sans doute porter atteinte à des droits acquis, mais qu'elle s'applique à toutes les conséquences du contrat de louage de services passé avant son entrée en vigueur, soit le 28 janvier 1921;

Attendu que des manifestations de maladies professionnelles antérieures à cette date ne constituent pas en faveur du chef d'entreprise un droit acquis à se soustraire pour l'avenir à toute responsabilité en ce qui concerne ces maladies et ne peuvent lui avoir conféré la faculté d'employer indéfiniment l'ouvrier qui en aurait été atteint sans être jamais tenu de l'indemniser *au cas de survenance ultérieure d'une incapacité totale ou partielle permanente*;

Attendu que le chef d'entreprise n'est exonéré que s'il prouve que l'incapacité permanente s'est manifestée avant la mise en vigueur de la loi; qu'au contraire, lorsque ladite incapacité ne s'est produite que postérieurement à cette date, il est, conformément à l'article 3 alinéa 5 de la loi, tenu pour le tout de l'indemnité à l'égard de l'ouvrier, ce dernier demeurant étranger aux recours qui, s'il y échet, peuvent être exercés contre ses anciens patrons. »

Et examinant les circonstances de fait, la Cour de Nancy indique que si l'ouvrier avait été atteint en 1910 ou 1911 de coliques saturnines, il est certain qu'il ne s'agissait que d'un mal passager, dont il avait été promptement guéri, puisqu'il n'avait occasionné qu'une interruption de trois semaines ou un mois et que l'ouvrier, après la guerre, avait repris son travail et touché un salaire élevé pendant quatre années, sans qu'il se fût produit de nouvelles manifestations saturnines. L'intoxication professionnelle, qui avait obligé l'ouvrier à quitter son travail, ne s'était révélée qu'au mois de juin 1923, c'est à dire plus de deux années après l'entrée en vigueur de la loi de 1919. La Cour a, en conséquence, jugé que l'ouvrier avait droit à l'indemnité totale afférente à la réduction de capacité de travail, dont il pouvait être reconnu atteint.

Il n'est pas nécessaire de reproduire la deuxième décision du Tribunal Civil de la Seine du 18 décembre 2924; elle fait application des mêmes principes : « que la loi du 25 octobre 1919, dit-elle, doit s'appliquer toutes les fois que l'intoxication préexistante *s'est aggravée depuis* par la persistance de l'occupation habituelle de l'ouvrier à des travaux industriels prévus par cette loi; qu'il en est ainsi lorsque, comme dans l'espèce, un ouvrier, déjà atteint d'une incapacité permanente partielle d'origine saturnine, dès avant janvier 1921, se trouve postérieurement à cette date, dans l'obligation d'interrompre complètement son travail par suite d'une poussée aiguë de myalgie-asthralgie ». Ce n'est pas faire échec au principe de la non-rétroctivité d'une loi que de l'appliquer à un fait d'invalidité né postérieurement à la mise en vigueur, alors même que cette invalidité pourrait se rattacher indirectement à une prédisposition morbide non couverte par la loi. Ces prédispositions ne pouvant être prises en considération pour faire échec même partiellement à l'application de la législation sur le risque professionnel.

La thèse des deux décisions dont nous venons de parler,

nous paraît exacte, dès qu'il y a modification de l'état de l'ouvrier postérieurement à la mise en vigueur de la loi du 25 octobre 1919. L'arrêt de la Cour de Paris, confirmant le jugement du Tribunal civil de la Seine du 1er mars 1923, avait constaté que l'état de l'ouvrier ne s'était pas aggravé : de là le refus d'accorder la rente sollicitée par l'ouvrier. Les décisions se concilient et ne présentent aucune contradiction.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les syndromes endocriniens (1), par M. PORAK.

Parmi les volumes de la bibliothèque des grands syndromes que publie, sous la direction de M. le professeur Roger, la librairie Doin, il faut signaler tout particulièrement celui sur les syndromes endocriniens que vient d'écrire notre collègue René Porak, professeur à l'École de médecine de Chang-Haï. Nul n'était plus qualifié que lui pour mener à bien un tel ouvrage, il l'a fait avec toute la rigueur scientifique mais aussi avec tout le discernement qu'il convient d'apporter dans une semblable étude.

Avant d'étudier les diverses manifestations morbides qui peuvent être rattachées à chacune des glandes endocrines, écrit M. le professeur Roger, dans la préface, M. Porak a eu la très heureuse idée d'écrire plusieurs chapitres sur ce qu'on pourrait appeler la séméiologie endocrinienne. »... Puis sont décrits successivement : les troubles de la croissance et du développement squelettique, les troubles des fonctions sexuelles, les manifestations urinaires et cutanées, les troubles de la nutrition, les modifications du sang.

« Un chapitre fort intéressant est consacré à la question toute d'actualité de vagotonie et de la sympathicotonie, M. Porak en fait une critique serrée et propose de substituer à la division proposée par Eppinger et Hess, trois syndromes qu'il désigne sous le nom générique de dysvagotonies et qu'il divise en fibrillaires, métamériques, généralisées, conceptions originales qui méritent d'être méditées. » Ces citations montrent tout l'intérêt qui s'attache à ce bel ouvrage qui connaîtra certainement un beau succès. F. L. S.

Variations des artères du pelvis et du membre inférieur (2), par le docteur L. DUBREUIL-CHAMBARDEL.

Les variations auxquelles sont soumis tous les systèmes constitutifs de l'organisme humain, et qui témoignent de son instabilité, ont été l'objet d'un nombre considérable de recherches. On s'est appliqué à dégager par des statistiques étendues ce que l'on appelle encore aujourd'hui, à tort d'ailleurs l'*état normal*, et ce qui n'est que l'*état habituel*, l'état ou les états les plus fréquents, la variation n'impliquant nullement l'anomalie et n'étant tout au plus qu'une anomalie relative.

Divers auteurs ont dressé, pour certains systèmes, l'inventaire de ces variations, les ont cataloguées, ont essayé de trouver l'explication de leur genèse.

Parmi ceux qui se sont affirmés spécialistes dans ce domaine, Le Double a produit des ouvrages détaillés et universellement connus sur les variations des muscles, des os du crâne, de la face et du rachis.

Le docteur Dubreuil-Chambardel complète son œuvre en écrivant ce livre. Bien préparé à ce travail par ses recherches antérieures, il a rassemblé et classé les documents, très abondants et épars relatifs aux variations du système artériel, en y ajoutant ses observations personnelles.

Cette œuvre, particulièrement importante pour tous ceux qu'intéresse l'anatomie macroscopique, sera appréciée par les anatomistes et les chirurgiens; ils y trouveront à côté des détails d'ordre systématique des avertissements suggestifs. Enfin, ceux qui sont curieux de dépasser les faits y chercheront matière à spéculations sur l'origine des variations.

L. G.

(1) Un volume gr. in.-8 avec de nombreuses illustrations. Prix : 28 francs. — Paris, G. Doin.
(2) Un vol. in-8. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

L'initiation à l'art d'être maman (1), par le docteur Stéphen CHAUVET.

Dans notre pays si gravement menacé dans sa vitalité par la diminution progressive de la natalité, il importe de lutter efficacement contre la mortalité et la morbidité infantiles. A cet égard il faut tout d'abord apprendre aux futures mamans, et à celles qui le sont déjà, quelles sont les règles indispensables d'hygiène qu'elles doivent observer pour elles-mêmes pendant la grossesse, au cours de l'accouchement, et après la mise au monde (qu'elles allaitent ou non, et celles qui doivent procéder à l'élevage du nourrisson et du jeune enfant. C'est là le premier but que s'est proposé le docteur Stephen Chauvet.

Mais ce livre vise aussi un autre but : constitue pour chaque enfant, une sorte de « curriculum vitæ » depuis sa naissance, jusqu'au début de l'adolescence, période à partir de laquelle il peut se souvenir des incidents et maladies, dont il a pu être victime. Interrogés par un médecin, combien peu de malades, en l'absence de leurs parents (parfois même alors que ceux-ci existent encore) peuvent renseigner sur ce qui s'est passé dans leur enfance, ou lors de leur naissance. Le livret personnel qui termine ce livre est destiné à combler cette lacune.

Ce livre est présenté avec un véritable luxe d'édition. Il séduira les gens de goût qui, se rappelant les éditions médicales des XVIIe et XVIIIe siècles, regrettent que les livres scientifiques soient trop souvent présentés de façon vulgaire.

L. G.

(1) Un vol., 1924. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

CONGRÈS

Xe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DE LANGUE FRANÇAISE (Lille, 25, 26 et 27 mai 1925), sous la présidence du docteur Leclercq (de Lille).

Lundi 25 mai, 9 h. 30 (Faculté de médecine, 1, rue Jean-Bart). — Ouverture du Xe Congrès de médecine légale de langue française, sous la présidence d'honneur de M. Daniel Vincent, député du Nord, ancien ministre du Travail et de la Prévoyance sociale. — *La mort par inhibition* : rapport de MM. les professeurs agrégés Duvoir et Ch. Richet fils (de Paris).

14 h. 30 (Institut de médecine légale, 1, rue Jean-Bart). — Discussion du rapport et communications.

Mardi 26 mai, 9 h. 30 (Institut de médecine légale). — *Traumatismes et tumeurs malignes* : rapport de MM. les docteurs Cordonnier et Muller (de Lille).

14 h, 30. — Séance de communication sur les accidents du travail; discussion du rapport.

17 h. — Visite de la clinique départementale d'Esquermes sous la direction de M. le professeur Raviart, médecin-chef.

18 h. (Clinique départementale d'Esquermes). — Assemblée générale de l'Association des médecins-experts de France.

Mercredi 27 mai, 9 h. 30 (Institut de médecine légale). — *La criminalité des blessés du crâne* : rapport de M. le professeur agrégé Porot (d'Alger).

14 h. 30. — Départ de Lille pour une visite au Consortium des Industries textiles de Roubaix et de Tourcoing. (Application du principe de l'assurance-maladies.)

Diverses réceptions sont projetées et seront indiquées sur le programme général.

Prière d'envoyer les adhésions nouvelles et la souscription au Xe Congrès de médecine légale, fixée à 50 francs (y compris un abonnement aux *Annales de médecine légale*), au secrétaire général professeur Etienne Marti, 10, rue du Plat, Lyon, ou au Secrétaire général adjoint, le docteur Vieilledent, 76, rue Meurein, à Lille. Pour les abonnés, aux *Annales* et les membres de la Société de médecine légale, la souscription est réduite à 22 francs.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. (XXIXe session, Paris, 28 mai-1er juin 1925.) — Président : M. le docteur Anglade, médecin en chef de l'asile des aliénées de Château-Picon (Bordeaux) ; vice-président : M. le docteur René Semelaigne, président de la Société de psychiatrie de Paris ; secrétaire général : M. le docteur J.-M. Dupain, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, 5, boulevard Saint-Michel, Paris (Ve).

PROGRAMME DES TRAVAUX ET DES EXCURSIONS. — *Jeudi 28 mai.* — 9 h. 30, séance solennelle d'ouverture, sous la présidence de M. le ministre de l'Hygiène, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris ; 14 h. 30, premier rapport : *Psychiatrie.* « La guérison tardive des maladies mentales. » Rapporteur : M. le docteur Jean Robert, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine de Paris ; 17 heures, réception à l'Hôtel de Ville.

Vendredi 29 mai. — 9 h. 30, deuxième rapport : *Neurologie.* « Les encéphalopathies familiales infantiles. » Rapporteur : M. le docteur O. Crouzon, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine ; 14 h. 30, séance de communications avec projections, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot).

Samedi 30 mai. — 9 h. 30, troisième rapport : *Médecine légale.* « La médecine légale civile des états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique », par MM. les docteurs Marcel Briand et Maurice Brissot, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine ; 14 h. 30, assemblée générale du Congrès, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine ; 15 h. 30, séance de communications, au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine ; 17 heures, réception par la « Bienvenue française ».

Dimanche 31 mai. — Excursion à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret).

Lundi 1er juin. — 9 h. 30, visite de l'asile clinique (Sainte-Anne), 1, rue Cabanis (Paris XIVe). Réunion à l'amphithéâtre de l'admission (station Glacière de la ligne n° 5 du Chemin de fer Métropolitain) ; 15 h. 30, séance de communications au petit amphithéâtre de la Faculté de médecine. Clôture de la XXIXe session ; 21 heures, soirée offerte par le président et les membres du Congrès, au palais d'Orsay, 9, quai d'Orsay (tenue de soirée).

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES. — La Ve session des Journées médicales de Bruxelles se tiendra, sous le haut patronage de LL. MM. le Roi et la Reine, du 20 au 24 juin 1925. On sait le succès sans précédent qu'ont rencontré auprès du corps médical ces réunions dues à l'initiative de *Bruxelles-Médical* et qui groupaient l'an dernier près de 1 500 médecins. Cette année encore les plus hautes autorités gouvernementales, diplomatiques et scientifiques ont accordé leur patronage à la session qui s'ouvrira le samedi 20 juin, dans l'après-midi, au Palais des Académies, par une séance solennelle, honorée de la présence de la Reine. Comme chaque année, les matinées seront réservées à la pratique et les après-midi, aux conférences et communications. Les journées de 1925 et l'Exposition attenante se tiendront dans les locaux de l'Université de Bruxelles, dont les vastes salles de musée et les nombreux auditoires se prêtent fort bien à ces importantes manifestations scientifiques.

Le programme réunira les noms de savants que leurs travaux ont placé au premier plan de la science mondiale. Parmi les adhérents de la première heure, il faut retenir MM. les Professeurs H. Vincents (Paris), sir Almroth Wright (Londres), Gley, Maurice de Fleury, Pierre Duval, Sollier, Gougerot, Noël Fiessinger, Chiray, Roux-Berger, Gaultier, Joyeux, Bidou (Paris), Tournade (Alger), Abadie (Oran), Beco et Henrijean (Liége), Lemaire (Louvain), Vernieuwe (Gand), Tricot-Royer et Henrotay (Anvers), Demoor, Dustin et Bigwood (Bruxelles).

Les fêtes organisées pendant la durée des Journées et offertes à ses adhérents seront particulièrement brillantes. Signalons dès à présent une soirée, avec concert et raout, dans les salons illuminés des Musées royaux du Cinquantenaire, où sont réunies des collections uniques, et une représentation de gala au Théâtre royal de la Monnaie.

Le 24 juin, les congressistes se rendront à Bruges où un comité prépare une visite particulièrement intéressante de la Venise du Nord. Tous les monuments et musées seront visités et on fera la célèbre promenade des canaux si souvent chantés par les poètes. Un déjeuner, un dîner et un concert de carillon avec chœurs, dans l'antique beffroi, compléteront cette journée à Bruges où les congressistes se rendront en train spécial.

Tout un programme, spécialement conçu par la Comité des dames, sera réservé aux Dames adhérentes aux Journées (excursions, conférences, expositions, thés, etc.).

Une Exposition internationale se rapportant aux produits pharmaceutiques, aux stations climatiques, aux journaux médicaux, aux instruments de chirurgie et aux mobiliers opératoires, se tiendra à l'Université pendant la durée du Congrès.

La cotisation a été fixée à 40 francs (25 francs pour les Dames et les abonnés à *Bruxelles-Médical*).

Renseignements et incription auprès du docteur René Beckers, secrétaire-général, 36, rue Archimède, à Bruxelles.

CONGRÈS BELGE DE STOMATOLOGIE, à Bruxelles, du 11 au 14 juillet 1925, organisé par la Société belge de Stomatologie, à l'occasion du XXVe anniversaire de sa fondation.

Ce Congrès étant à participation internationale, comprendra des séances théoriques et des démonstrations.

Seront présentées, les questions suivantes : Focal infection, pathogénie et traitement des cancers de la bouche, rapport des vitamines avec l'appareil dentaire.

Pourront faire partie du Congrès : 1° tous les médecins belges et étrangers, s'intéressant à la Stomatologie, et admis par le Comité d'organisation ; 2° les praticiens de l'Art dentaire, belges et étrangers, admis par le Comité d'organisation.

La cotisation est fixée à cinquante francs et donne droit à un exemplaire des travaux du Congrès :

Pour tous renseignements, écrire à l'un des secrétaires : MM. les docteurs Boisson, 35, rue Belliard, Bruxelles. — Polus, 18, rue du Commerce, Bruxelles.

NOTES DE PRATIQUE

LITHIASE RÉNALE

Alimentation surtout végétarienne (laitages, légumes, fruits), peu de viande (jamais le soir) ; interdiction du vin pur, alcool, bière.

Quinze jours par mois : bicarbonate de soude, 2 à 3 g. pro die dans un verre d'eau, matin et soir.

Les autres 15 jours : Théosalvose lithinée, 1 cachet de 0g50 matin et soir (elle favorise la dissolution de l'acide urique en diminuant la concentration des urines).

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION INTERNATIONALE DE LA HOUILLE BLANCHE ET DU TOURISME. — L'inauguration de l'Exposition Internationale de la houille blanche et du tourisme à Grenoble, est fixée au 21 mai prochain.

Les fêtes de la Pentecôte ayant lieu cette année les 31 mai et 1er juin, on ne saurait trop engager tous ceux qui s'intéressent à cette importante manifestation à profiter de ces journées pour la visiter.

Grenoble est le point de départ de nombreux Services automobiles organisés par la Compagnie P.-L.-M., qui permettent de découvrir à cette époque de l'année les Alpes encore en fleurs.

Nous citerons plus particulièrement le Circuit de la Grande Chartreuse (25 fr.), le Service Grenoble-Le Lautaret-Grenoble (45 fr.), qui ont lieu tous les jours ; les excursions de l'après-midi : de Grenoble à Saint-Nizier (20 fr.), à Vizille-Uriage (14 fr.). à Saint-Eynard (15 fr.), aux Petites Roches (20 fr.).

Sur ces prix, une réduction de 20 p. 100 est accordée aux porteurs de bons de l'Exposition.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS, — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 38. — MARDI 12 & JEUDI 14 MAI 1925. 98e ANNÉE MARDI 12 & JEUDI 14 MAI 1925. — N° 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de stomatologiste des hôpitaux. — *Composition écrite.* — Séance du 7 mai. — Question donnée : « Diagnostic des névralgies faciales. »

Lecture des copies. — Séance du 8 mai. — MM. Merville, 26; Leclercq, 20; Raison, 28; Gornouce, 23; Puig, 29; Dubois, 25; Boissier, 24; Richard, 27.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — *Composition écrite.* — Séance du 5 mai. — *Anatomie.* — Question donnée : « Gaines synoviales des fléchisseurs des doigts (mains). »

Physiologie. — Question donnée : « Systole ventriculaire. »

Les prochaines séances auront lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 6 h., salle des thèses, n° 2.

— Lille. — Les professeurs, les suppléants, les agrégés, les chargés de cours et les maîtres de conférences de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie, sont convoqués le samedi 23 mai 1925 à l'effet d'élire un délégué au conseil académique de Lille en remplacement de M. Breton, décédé.

ÉCOLE DES ARTS ET MÉTIERS DE PARIS. — Les honoraires du médecin de l'Ecole nationale d'arts et métiers de Paris sont portés de 1.200 à 2.000 fr. par an, à dater du 1er janvier 1925. (*J. O.*, 7 mai 1925.)

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE DE PARIS. — *Prix à décerner en 1925* (séance annuelle de janvier 1926). — Prix Dubreuil, annuel (400 francs). — Destiné à récompenser un travail sur un sujet d'orthopédie.

Prix Marjolin-Duval, annuel (300 francs). — A l'auteur (ancien interne des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse inaugurale de chirurgie publiée dans le courant de l'année 1925.

Prix Laborie, annuel (1.200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix Ricord, bisannuel (300 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, ou d'un mémoire publié dans le courant de l'année et n'ayant pas été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

Prix Jules Hennequin, bisannuel (1.500 francs). — Au meilleur mémoire sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie ou les traumatismes du squelette humain.

Ce prix ne peut être partagé.

Prix Demarquay, bisannuel (700 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur le sujet suivant : « Des divers procédés d'orchidopexie et de leurs résultats éloignés. »

Prix Gerdy, bisannuel (2.000 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur « l'action des anesthésiques généraux sur le foie ».

Prix Aimé Guinard, triennal (1.000 francs). — Au meilleur travail de chirurgie générale présenté par un interne des hôpitaux de Paris pendant qu'il sera en exercice ou pendant l'année qui suivra la fin de son internat.

Les manuscrits destinés au prix Laborie, au prix Gerdy et au prix Demarquay doivent être anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une enveloppe renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Les travaux des concurrents devront être adressés au secrétaire général de la Société nationale de chirurgie, 12, rue de Seine, Paris (VIe), avant le 1er novembre 1925.

LE IVe CONGRÈS DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES se tiendra à Varsovie en 1927.

VOYAGE D'ÉTUDES MÉDICALE DE SAINT-ANTOINE. — Les médecins et étudiants qui se sont fait inscrire dans le service du docteur Le Noir à Saint-Antoine pour le voyage d'études médicales à Vichy et Châtel-Guyon les 20, 21 et 22 mai sont priés de venir retirer leur carte avant le samedi 25 mai (der-

nier délai) dans ce même service. Les frais du voyage s'élèvent à 120 francs. Les médecins et étudiants qui n'auront pas retiré leur carte ne pourront pas faire partie de l'excursion.

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIQUE

Vendredi soir, c'était la première leçon du professeur Ombrédanne; le grand amphithéâtre de la Faculté avait l'aspect des grands jours : bondé de haut en bas d'élèves, d'amis, et dans l'hémicycle, autour du doyen Roger, les professeurs et agrégés MM. Letulle, Achard, Chauffard, Bar, Pouchet, G. Dumas, J.-L. Faure, P. Delbet, P. Duval, M. Labbé, Sicard, Nobécourt, Terrien, Roussy, Lereboullet, Léri, Lian, Israël de Jong, Guéniot, Charles Richet fils, Desmarest, Okinczyc, A. Basset, Cadenat, etc.

Visiblement ému, le nouveau professeur commence : se tournant vers le Président du Conseil municipal, il remercie la Ville de Paris d'avoir bien voulu reconnaître les grands services rendus par la chaire de chirurgie infantile et orthopédique en votant les fonds qui ont permis de continuer l'enseignement de Kirmisson et de Broca.

Puis c'est l'expression de sa gratitude envers le Doyen, les professeurs qui l'ont nommé, ses amis, ses maîtres. Ici c'est avec attendrissement que le professeur d'aujourd'hui rappelle que son premier maître en médecine a été son père; il évoque devant nous la haute stature, la figure calme et sereine de ce praticien qui exerça pendant quarante-cinq ans la médecine au faubourg Saint-Antoine, vie toute de dévouement et d'abnégation.

Puis c'est brossé à grands traits le tableau de sa rapide et brillante carrière : ses débuts chez Hanot, l'externat chez Letulle, le maître alerte, gai, toujours jeune. Puis l'internat chez Blum, chirurgien de la vieille école, chez Duplay, où il vit faire sa première autoplastie, enfin chez Nélaton où il découvre la chirurgie autoplastique qui le passionne d'emblée; c'est là qu'il exécute une des premières rhinoplasties totales sur soutien cartilagineux, c'est là qu'il assiste à l'échec de la greffe italienne exécutée du chien à l'homme. La dernière année se passe chez Lannelongue où il aborde la chirurgie infantile.

Après deux ans de prosectorat, c'est l'arrivée rapide au Bureau central. C'est alors que Nélaton accueille Ombrédanne dans son service de Saint-Louis, se l'attache comme collaborateur. De là est sorti ce gros Traité sur la rhinoplastie qui reste l'œuvre capitale en la matière, et aussi les résections économiques (coude, temporo-maxillaire) avec interposition musculaire. C'est aussi à Saint-Louis qu'Ombrédanne construisit ce masque à éther qui demeure « imperfectionnable », qu'il imagine son procédé d'orchidopexie transcrotale.

C'est de Nélaton que le jeune chirurgien apprit le grand respect qu'on doit avoir de la vie humaine, aussi dans les cas désespérés où la vie et la mort du malade sont entre ses mains se pose-t-il toujours cette question : « Qu'aurait fait Nélaton ? »

Un service de chirurgie d'enfants se trouvant libre à Saint-Louis, bien qu'à regret. Ombrédanne l'accepte. Le sort de sa carrière est décidé; il se voue à la chirurgie infantile; après Saint-Louis, Bretonneau, les Enfants-Assistés, les Enfants-Malades où Broca l'associe à son enseignement. Puis, brusquement, en quelques heures, Broca disparaît, laissant, outre une œuvre écrite considérable, une réserve de documents d'une richesse énorme accumulée dans son service.

Mais la voix du maître s'est affermie, maintenant il nous expose la large compréhension qu'il a de la chirurgie infantile et de l'orthopédie. La chirurgie infantile disait Panas, c'est de la chirurgie d'enfants. Oui, et combien spéciale? Chirurgie toujours délicate, dangereuse, nécessitant en plus des connaissances de la chirurgie générale des notions complémentaires : différence de la résistance aux infections chez l'enfant, intervention de la croissance sur tous les tissus, résistance spéciale du nouveau-né aux actes opératoires, autant de données qui modifient les indications; enfin la chirurgie de l'enfant demande une grande rapidité d'exécution, partant une grande précision et simplicité de technique. On oppose souvent l'orthopédie à la chirurgie infantile, c'est à tort nous dit Ombrédanne. Passant en revue les conceptions que les différents auteurs se sont faites de l'orthopédie depuis Nicolas Audry qui créa le mot, jusqu'à Saint-Germain en passant par Delpech et Bouvier, il nous montre combien elles ont été variables.

En Allemagne, partis de la conception d'appareillage à outrance et de manipulations non sanglantes, les orthopédistes sont arrivés peu à peu à la chirurgie. La conception française lui paraît plus sage; c'est le chirurgien qui a besoin, comme complément de l'opération sanglante, de l'appareil. Mais entre le chirurgien et l'orthopédiste aucune dissociation n'est possible à concevoir. La chirurgie orthopédique est une, c'est la chirurgie réparatrice, celle des mutilés de guerre, des mutilés de machines, des malformations, c'est surtout une chirurgie plastique qui ne s'enseigne ni par l'image, ni par le cinéma, mais par l'exemple. C'est une chirurgie esthétique, car outre la fonction, elle doit viser à rétablir la forme, mais elle ne doit pas se perdre dans les erreurs de la chirurgie cosmétique : celle-ci ne donne qu'un peu d'illusion et ne trompe que l'intéressé; elle présente d'ailleurs deux barrières : les risques des cicatrices opératoires vicieuses, plus laides que la déformation, l'état psychique spécial des opérées.

Et dans une éloquente péroraison, M. Ombrédanne glorifie cette chirurgie réparatrice bienfaisante, le plus beau joyau de la chirurgie infantile, par laquelle de petits êtres disgraciés par la nature, de petits monstres, condamnés à l'isolement dans la vie, seront débarrassés de leur infirmité répugnante, retrouveront la lèvre qui leur permettra de donner un baiser et « ce n'est plus alors de la forme que vous avez créée, c'est du bonheur ».

C'est sur ces paroles de bonté que se termine cette belle leçon, digne début du bel enseignement que le nouveau professeur, à la belle intelligence si claire, si lucide, répandra sur plusieurs générations d'étudiants. La chaire de chirurgie infantile et d'orthopédie est en des mains solides et dignes de l'élever encore plus haut, vers le progrès. M. LANCE.

HYGIÈNE PUBLIQUE

LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME A MADAGASCAR

Un certain nombre de cultures, et particulièrement les rizières inondées une grande partie de l'année, deviennent à Madagascar des réceptables éminemment favorables au développement des larves des moustiques propagateurs du paludisme.

Les populations de ces centres, toutes plus ou moins profondément atteintes de fièvres paludéennes, sont ainsi mises en état de moindre résistance contre certaines maladies épidémiques qui les frappent à intervalles malheureusement trop rapprochés : grippe infectieuse, pneumonie, broncho-pneumonie, etc., etc.

La suppression de ces cultures comprises dans les zones urbaines et suburbaines des principaux centres est la seule mesure susceptible de donner des résultats en soustrayant les populations qui les composent aux piqûres des moustiques dont ces régions sont présentement infectées.

Aussi le ministre des colonies vient-il de faire signer un décret (*J. O.*, 9 mai 1925) autorisant le gouverneur général, sur avis préalable du conseil d'hygiène, à interdire à l'intérieur des zones urbaines et suburbaines des agglomérations importantes les cultures qui pourraient être nuisibles à l'hygiène et à la salubrité publique.

LA VALEUR PROGNOSTIQUE DE L'ACIDOSE

CHEZ LES URINAIRES

Par M. le professeur Léon BLUM et M. Van CAULAERT.

(Travail de la Clinique médicale B de Strasbourg.)

Ainsi qu'en témoignent les débats des Sociétés d'urologie, une des préoccupations les plus vives de ceux qui s'occupent de chirurgie urinaire, est de connaître la tolérance des malades pour l'acte chirurgical. Pour la juger on a recours aux procédés utilisés pour l'exploration de la fonction rénale, car il est évident qu'en dernier lieu c'est l'altération des reins qui conditionne la tolérance.

Parmi les méthodes employées, la recherche de l'azotémie occupe depuis les travaux de Widal, à juste titre la première place. Mais malgré les services considérables qu'elle rend, elle ne résout pas entièrement le problème du pronostic chez ces malades. Comme dans les néphrites azotémiques on a dû constater que le degré de l'azotémie ne fournit pas toujours une mesure exacte de la gravité de l'affection des reins et on a vu des urinaires avec un taux d'urée élevé bien supporter une intervention, alors que des malades avec un chiffre d'urée beaucoup plus bas succombaient.

On a préconisé de remplacer la détermination de l'urée par celle de l'azote résiduel : selon nous à tort, car c'est substituer une épreuve à technique encore incertaine et discutée, qui s'adresse à des corps en partie inconnue, au dosage facile à pratiquer de l'urée dont les propriétés sont bien étudiées. On sait en effet que selon la nature du déféquant la quantité de l'azote résiduel varie; à cela il faut ajouter l'influence d'autres facteurs dont les recherches de Delaville et Jones ont montré l'importance pour le dosage de l'acide urique qui est un des principaux constituants de l'azote résiduel.

Au cours de nos travaux sur les modifications humorales chez les urinaires, il nous a semblé que l'examen de l'équilibre acide base était susceptible de nous fournir des renseignements intéressants sur la résistance de ces malades. Quand on détermine la réserve alcaline d'après Van Slyke on se trouve comme pour les néphrétiques en présence de deux groupes : l'un où la réserve alcaline est normale ou peu modifiée, l'autre où la réserve alcaline est profondément changée.

Voici quelques observations :

I. B..., cinquante-huit ans, prostatique avec rétention urinaire; amélioration par le traitement.
Urée sanguine 0,43, réserve alcaline 55.

II. H..., prostatique avec rétention urinaire chronique.
Urée sanguine 0,84, réserve alcaline 52.
Supporte bien une cystostomie sous anesthésie générale.

III. W..., cinquante ans, prostatique avec rétention aiguë, amélioration rapide par le traitement.
Urée sanguine 0,504, réserve alcaline 58.

IV. St..., quarante-six ans, prostatique avac rétention chronique, cystite, forte fièvre, amélioration rapide par le traitement.
15 mars. Urée sanguine 0,55, réserve alcaline 45.
24 — — 0,44, — 56.

V. W..., cinquante ans, stricture de l'urètre avec troubles urinaires remontant à 1917.
7 mars. Urée sanguine 1,34, réserve alcaline 30.
10 — — 1,05, — 30.
Mort vingt-quatre heures après cystostomie sous anesthésie générale.

VI. G..., trente-six ans, pyélonéphrite bilatérale avec très mauvais état général.
15 mars. Urée sanguine 2,38, réserve alcaline 43.
16 — — 2,11, — 36.
Meurt le 17 mars.

D'une façon générale ces observations montrent que les urinaires présentant une réserve alcaline normale ou peu modifiée (rés. alc. 50 à 60) supportent les interventions et sont dans un état satisfaisant; qu'au contraire le pronostic est défavorable chez ceux chez lesquels la réserve alcaline est fortement abaissée (au-dessous de 40). Quand il y a acidose moyenne (rés. alc. entre 40 et 50) aucune conclusion immédiate n'est possible, mais la marche de l'acidose permet de suivre l'évolution de l'intoxication et de se rendre compte s'il y a aggravation ou amélioration.

Pour juger de la valeur de ces renseignements comparons les résultats fournis par la recherche de l'azotémie et de la réserve alcaline. Nous constatons souvent une concordance entre les résultats des deux procédés : à une azotémie normale correspond une réserve alcaline normale ou peu modifiée; dans d'autres cas cette concordance fait défaut, il y a ou azotémie moyenne, alors que la réserve alcaline est normale, ou encore il y a acidose moyenne et azotémie très élevée et enfin il y a azotémie moyenne et acidose très marquée. C'est dans ces derniers cas surtout que la détermination de l'azotémie s'est souvent montrée décevante et a induit en erreur sur la gravité réelle de l'affection. Les deux malades (obs. V et VI) que nous avons observés avec cette discordance entre l'azotémie et l'acidose, ont succombé, l'un vingt-quatre heures après une cystostomie faite après une courte anesthésie générale.

Chez ces deux malades l'azotémie n'était pas excessive et il semble que chez eux l'acidose a fait ressortir mieux que l'azotémie la gravité de leur état. Cette supériorité ne saurait nous surprendre, car à considérer les faits on voit que l'acidose nous renseigne sur un processus extra-rénal sur lequel l'azotémie ne nous donne pas d'indication. Au point de vue rénal les deux procédés nous fournissent des éléments importants pour apprécier deux fonctions différentes des reins : ce sont l'excrétion de l'urée et l'excrétion des acides et des bases, grâce à laquelle le rein participe d'une façon si importante au maintien de l'équilibre acide base. Mais la perturbation rénale ne suffit pas pour créer une acidose, l'organisme dispose en effet d'un mécanisme extrêmement compliqué et de ressources très variées pour compenser la déficience rénale. Pour que celle-ci puisse se manifester sous forme d'une acidose, il faut que les moyens de compensation de l'organisme soient insuffisants. Ainsi l'acidose nous renseigne non seulement sur l'altération de la fonction rénale, mais encore sur la réaction générale de l'organisme.

Il résulte que la présence d'une acidose prononcée chez un urinaire indique une intoxication grave avec insuffisance des moyens de défense. Ces malades sont extrêmement sensibles à toutes les influences extérieures, tout comme les diabètiques avec forte acidose. On comprend que pour ces sujets l'anesthésie générale est particulièrement dangereuse car elle renforce l'acidose; elle peut ainsi déclancher à elle seule des accidents mortels, comme cela s'est produit dans l'observation n° V. Chez les urinaires

avec forte acidose on fera donc bien de s'abstenir de toute intervention importante même si l'azotémie est peu élevée.

Comment se comporter par contre quand la réserve alcaline est normale ? Peut-on considérer ces malades comme opérables même si le taux de l'urée est important? Si l'on excepte les faits où un taux très élevé de l'azotémie commande par lui-même l'abstention, cela nous paraît probable; mais en égard à la gravité des décisions qu'impliquerait une telle conclusion, il nous semble qu'il vaut mieux se baser sur une documentation plus vaste que celle dont nous disposons pour porter un jugement définitif. Malgré cette réserve nous pensons que la détermination de la réserve alcaline qui est facile à pratiquer et n'exige que très peu de sang, fournit des renseignements très précieux qu'il y aurait avantage à ajouter aux résultats donnés par les autres procédés pour juger de l'état et de la résistance des urinaires.

ACTUALITÉS

LA FIÈVRE DANS LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Les *Annales de médecine* ont groupé, dans un numéro spécial (1), plusieurs études très intéressantes sur la fièvre. C'est d'abord, en manière d'introduction, des remarques sur la *température normale du corps humain*, par le professeur Bezançon. Comment prendre la température et quelle est la température normale ? En France, on conseille de se fier surtout à la température rectale, qui doit être de 36°5 à 36°8 le matin, de 37°2 à 37°4 dans l'après-midi. En Belgique, on adopte volontiers l'opinion de Bertrand, que la température buccale a une grande valeur pratique; on trouve ainsi, chez un sujet sain, 36 à 36°5 le matin, 37 à 37°2 l'après-midi vers cinq heures. Quant à la température axillaire, elle serait la plus sûre pour certains auteurs et, d'après Marx, elle doit osciller, chez un homme bien portant, entre 36°1 et 36°7; pour Bertrand, la température normale maxima peut atteindre, sous l'aisselle, jusqu'à 37°3 et même 37°5.

On discute donc encore sur la température normale. C'est qu'en réalité elle peut varier, dans une certaine mesure, selon les individus et aussi qu'elle est sujette à des modifications physiologiques. Les variations thermiques peuvent être influencées par l'âge; on connaît la monothermie des nouveau-nés, les élévations légères de la température chez certaines femmes dans les jours qui précèdent les règles. Après un repas riche en hydrates de carbone, le thermomètre marque quelques dixièmes de plus. Le travail intellectuel et surtout l'activité physique élèvent la température; l'hyperthermie due au mouvement doit être bien connue, sinon, des réactions thermiques seraient considérées comme pathologiques alors que, dans les conditions où elles sont observées, ce sont des réactions physiologiques. Chez des joueurs de foot-ball, on a constaté, à la fin d'une partie, des températures de 38°6, 39 et même 40 degrés; après avoir fait 12 kilomètres en bicyclette, un sujet sain observé par Küss avait une élévation de température de 2 degrés. Plus intéressantes sont les recherches qui portent sur la température après une marche sans fatigue ; chez les individus sains, la marche en terrain plat fait monter rapidement la température de quelques dixièmes de degré et, si on accélère l'allure, on observera souvent des températures rectales de 38°2, 38°5; mais, la marche finie, après une heure de repos, la température doit être redevenue normale. De l'observation des réactions thermiques déterminées par la marche, découle l'épreuve de marche proposée par Daremberg pour le diagnostic des cas suspects de tuberculose; on attachera surtout de l'importance aux élévations de la température qui sont durables et ne cèdent pas à une heure de repos.

Après ces considérations sur la température normale du corps humain, nous trouvons dans les *Annales de médecine* un article sur la régulation thermique, article écrit par un physiologiste J. Gautrelet; l'analyser nous entraînerait malheureusement trop loin, et il nous faut, sans plus tarder, aborder, avec le professeur Bezançon, la question de la *fièvre dans la tuberculose pulmonaire*.

Quels sont les caractères de la fièvre dans les diverses formes de l'infection tuberculeuse pleuro-pulmonaire? Notons d'abord que la fièvre n'est pas un symptôme nécessaire de l'infection tuberculeuse, qu'il y a des tuberculoses pulmonaires, même mortelles, qui restent presque constamment apyrétiques et que, dans les formes fébriles, il y a des phases plus ou moins longues d'apyrexie.

C'est ainsi que la tuberculose du nourrisson est, le plus souvent, apyrétique, comme l'ont montré Hutinel, Marfan, Aviragnet. Le professeur Marfan a décrit la *tuberculose généralisée chronique apyrétique du nourrisson*, forme dans laquelle on observe cependant de temps à autre des poussées fébriles subites, en clocher, et une élévation thermique terminale, due le plus souvent à une méningite ou à une broncho-pneumonie. Dans d'autres cas de tuberculose des nourrissons, la température monte d'emblée à 39, 40 degrés et se maintient élevée jusqu'à la mort qui survient très rapidement (Hutinel et Tixier).

Dans la *tuberculose des enfants plus âgés*, la fièvre fait rarement défaut. Quelques petits malades n'ont qu'un état subfébrile, avec une température normale le matin, atteignant 38 degrés le soir, et, de temps en temps, des ascensions thermiques brusques qui surviennent sans régularité, parfois la nuit, d'où le conseil de prendre la température une ou deux fois dans la nuit (Barbier); une fièvre continue peut encore apparaître, symptomatique d'une typho-bacillose. D'autres enfants ont une fièvre de type rémittent, souvent de type à grandes ondes (Hutinel); la fièvre dure alors plusieurs semaines, avec des périodes d'accentuation et de diminution. Dans les formes de tuberculose généralisée et dans les formes aiguës de tuberculose pulmonaire, la température ne diffère guère, chez l'enfant, de celle que présentent les adultes dans les formes analogues.

Chez l'adulte, le professeur Bezançon distingue la fièvre correspondant à la période dite de début de la tuberculose pulmonaire et la fièvre de la phtisie confirmée. Le début clinique de la tuberculose évolutive des adolescents et des adultes est insidieux ou brusque. En cas de *début insidieux*, la fièvre fera parfois complètement défaut; c'est alors la diminution des forces, c'est la toux qui constituent les seuls symptômes de lésions bacillaires révélées par l'auscultation des poumons; mais, le plus souvent, l'infection tuberculeuse s'accompagne d'éléva-

(1) *Annales de méd.*, déc. 1924, n° 6, t. XVI.

tion thermique. Cette fièvre est, dans un grand nombre de cas, transitoire et éphémère ; l'accès pourrait passer inaperçu si l'on se contentait de prendre la température matin et soir; il faut la prendre quatre fois par jour; parfois, c'est une sueur profuse nocturne qui fera soupçonner un accès fébrile survenant la nuit; l'accès est souvent unique, quelquefois double dans la journée, l'un moins intense que l'autre; il a parfois tous les caractères d'un accès intermittent, débutant par une grande sensibilité au froid, voire par un frisson ; puis la face rougit, le malade ressent l'augmentation de température; la chute de la fièvre est brusque, pouvant s'accompagner de sueurs et d'hypothermie. D'autres malades sont pendant plusieurs jours sans fièvre et c'est seulement en prenant la température pendant huit à quinze jours de suite que l'on constate une élévation anormale. Dans certains cas encore, la température s'élève peu; mais, ce qui attire l'attention, c'est la grandeur de l'oscillation entre les températures du matin et du soir (Mantoux).

Voici maintenant les cas dans lesquels la tuberculose pulmonaire a un *début brusque* avec constitution d'une poussée évolutive cyclique. Qu'il s'agisse d'une première poussée ou de manifestations évolutives survenant chez des tuberculeux avérés, la fièvre de ces poussées évolutives a trois principaux caractères, signalés par Bezançon et de Serbonnes : elle est cyclique, avec trois périodes d'ascension, d'état et de déclin; elle est rémittente, avec des écarts plus ou moins accentués entre les températures du matin et du soir; elle a une défervescence très longue, avec un lysis prolongé, la température se maintenant presque indéfiniment entre 37 et 37°5, sans présenter jamais d'hypothermie franche, comme dans les maladies infectieuses aiguës. Après certaines poussées de début, quand l'amélioration se prolonge, l'état subfébrile disparaît et on observe un retour tardif mais complet de la température à la normale; longtemps encore, les malades conservent de l'instabilité thermique sous l'influence de la fatigue. D'autres tuberculeux ont, après la poussée évolutive un état subfébrile ou un certain degré d'hyperthermie dans lesquels on ne peut manifestement pas reconnaître une allure de poussée.

De la fièvre des poussées évolutives, on peut rapprocher la *fièvre tuberculeuse à forme ondulante*, décrite par Hutinel, Roussy, Piéry, longuement étudiée par Burnand : on voit, sur le graphique, des poussées thermiques périodiques, récidivant en série; ces poussées sont approximativement égales entre elles comme durée, huit à quinze jours, et comme intensité ; chaque poussée est séparée de la suivante par une phase de défervescence plus ou moins profonde, d'une durée approximativement égale au paroxysme fébrile, dessinant une courbe inverse; l'ascension de la fièvre et la défervescence s'effectuent en lysis (Burnand).

Chez les tuberculeux à lésions anciennes et accentuées, dans la *phtisie chronique*, il ne se produit plus de poussées évolutives cycliques avec défervescence; la fièvre prend alors soit le type hectique, soit le type rémittent irrégulier ; une fièvre continue à plateau peut s'intercaler au milieu des oscillations de la fièvre hectique, et elle a une signification pronostique très grave. Burnand et Bothezat ont encore signalé, chez certains tuberculeux cavitaires, des poussées fébriles brusques et périodiques séparées par une phase intercalaire d'apyrexie complète; il ne s'agit ni de poussées évolutives, ni de phénomènes de rétention intracavitaire, ni de granulies épisodiques ; Burnand et Bothezat se demandent s'il ne faut pas rattacher cette forme à des phénomènes d'immunité alternante.

M. Bezançon insiste ensuite sur l'*instabilité thermique* des tuberculeux; même dans les périodes d'accalmie de la maladie, le tuberculeux réagit par des élévations anormales de la température aux diverses excitations que provoquent les actes de la vie ou les états physiologiques. La marche, la fatigue, l'alimentation, et même une émotion, une discussion suffisent à amener de l'hyperthermie. Parmi ces réactions fébriles, une des plus importantes est la fièvre prémenstruelle (Daremberg, Turban, Sabourin). Quant à l'instabilité thermique provoquée par l'épreuve de la marche, elle peut fournir des données intéressantes pour le diagnostic et le pronostic de la tuberculose, mais il ne faut pas lui accorder trop d'importance : la réaction thermique est souvent négative chez des tuberculeux avérés et souvent positive dans des cas où la bacillose n'est pas en jeu; on notera que, chez le tuberculeux avéré, une épreuve négative s'observe surtout dans les formes peu évolutives ou cicatricielles.

Un dernier chapitre est consacré par M. Bezançon au diagnostic des *hyperthermies légères*, des *états subfébriles*, symptomatiques d'infections larvées, parmi lesquelles la tuberculose est une des plus fréquentes. Chez l'enfant, les états subfébriles prolongés relèvent souvent de la tuberculose, mais peuvent aussi dépendre de l'auto-intoxication digestive, d'appendicite chronique, d'entérite, d'adénoïdite chronique, d'amygdalite lacunaire, voire de troubles thyroïdiens. Chez l'adulte, une hyperthermie prolongée sans cause apparente fera craindre un état bacillaire chronique (Burnand) ou une tuberculose atténuée (Bezançon) ; mais on se souviendra que la tuberculose est loin d'être la seule cause de ces états subfébriles prolongés ; on recherchera donc s'il ne s'agirait pas d'une appendicite chronique, d'une épiploïte chronique, d'une suppuration cachée au niveau des sinus, d'une cholécystite subaiguë, d'une infection coli-bacillaire, etc... Les femmes ayant une fièvre prémenstruelle seront examinées très complètement; on recherchera chez elles l'infection coli-bacillaire latente, l'endométrite, on discutera l'hypothèse d'un trouble endocrinien thyro-ovarien, avant de conclure à la tuberculose.

M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 1er MAI 1925)

Emission sanguine avec restitution globulaire (au cours des néphrites chroniques avec azotémie et anémie). — MM. A. GILBERT et A. TZANCK préconisent une technique de réinjection globulaire à la suite de saignées au cours de néphrites chroniques avec azotémie et anémie. Cette intervention a été pratiquée dans quatre cas chez l'homme. Les réinjections globulaires ont toujours été parfaitement tolérées. Les éléments réinjectés semblent s'être parfaitement réadaptés à l'organisme comme en témoigne l'absence de pigments sanguins en excès dans les urines et dans le sérum des malades.

Prévention de la rougeole par l'emploi de sérum d'adultes ayant eu la rougeole. — M. Marcel PINARD rapporte le cas

d'une épidémie familiale dans laquelle trois enfants injectés avec 6 centimètres cubes, 3 centimètres cubes et 5 centimètres cubes de sérum d'adulte ayant eu la rougeole, le premier n'a pas contracté la rougeole et les deux autres ont présenté une rougeole légère ayant duré un et deux jours.

Endocardite infectieuse à évolution lente améliorée par le mercurochrome. — MM. G. Caussade et Lafont rapportent le cas d'une femme de trente-huit ans, ancienne rhumatisante, qui, au mois de février dernier, après avoir été légèrement fébrile (37°1-38°4) et après avoir présenté les signes d'hyposystolie à prédominance hépatique, consécutive à une insuffisance mitrale, a subi une poussée d'allure infectieuse qui s'est traduite par une recrudescence de la fièvre, par l'apparition d'un souffle systolique siégeant à la base, par une hypertrophie de la rate et une épistaxis abondante. Tous ces phénomènes survinrent en l'espace de sept jours. Le mercurochrome dilué dans 2 centimètres cubes d'eau distillée fut injecté dans les veines à deux reprises différentes, 0,10 pour la première fois, 0,15 la seconde fois, à intervalle de cinq jours.

A la suite de la première injection, la fièvre est tombée à 38 degrés et au-dessous; à la suite de la deuxième injection, la température est revenue à la normale, et depuis deux mois, sauf quelques petits clochers thermiques, il n'y a plus de fièvre et même, le plus souvent, il y a de l'hypothermie. Les effets du mercurochrome ont été surtout appréciables sur la courbe thermique et sur l'état général qui est notablement amélioré.

Ictère et ascaridiose. — MM. M. Labbé et L. Denoyelle rapportent l'observation d'une malade soignée pour ictère franc du type catarrhal dont la cause n'apparaissait pas à l'examen. La malade expulsa spontanément plusieurs ascaris et présenta une amélioration nette, mais passagère. Le traitement anthelminthique appliqué à la suite de cette rechute amène le rejet de quatorze nouveaux parasites, suivi de guérison complète.

Hypertension et hyperglycémie. — MM. M. Labbé et L. Denoyelle ont étudié les réactions d'hyperglycémie chez douze malades atteints d'hypertension pure ou associée, soit à la néphrite, soit à l'aortite. Ils n'ont pas observé l'hyperglycémie à jeun, comme le signalent un certain nombre d'auteurs étrangers. Par contre, l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée au glucose leur a montré d'une façon absolument constante l'existence d'une réaction nettement exagérée. La durée de la réaction est souvent augmentée, variant entre deux heures et trois heures et demie. L'épreuve de l'adrénaline a donné, par contre, une réaction d'hyperglycémie très variable, tantôt nulle, tantôt normale, rarement exagérée. Le réflexe oculo-cardiaque a été trouvé presque toujours inversé chez ces hypertendus, et l'injection d'adrénaline agissant d'une façon paradoxale l'a, soit ramenée à la normale, soit exagérée. De même, les auteurs ont constaté que, dans 9 cas sur 12, l'adrénaline provoquait un abaissement immédiat de la tension artérielle. L'action hypotensive de l'adrénaline a d'ailleurs été signalée par plusieurs observateurs, mais les auteurs ne l'ont pas constatée chez les sujets normaux, alors qu'elle est fréquente chez les hypertendus.

Les deux rhumatismes dentaires. — M. Jean Troisier signale que le rhumatisme articulaire aigu — maladie de Bouillaud — peut être précédé à longue ou à brève échéance d'une crise d'alvéolo-arthrite généralisée, avec sensation d'allongement et d'ébranlement des dents, avec douleurs à la pression et à la mastication. M. Troisier insiste sur le caractère régional des alvéolo-arthrites rhumatismales, si l'on admet que le virus rhumatismal siège communément dans les premières voies digestives. Il relève également dans le rhumatisme infectieux d'origine septico-dentaire des manifestations régionales, angine, arthropathies cervico-rachidiennes, torticolis, qui précèdent les manifestations arthropathiques des membres.

Grand abcès amibien du foie guéri par le traitement médical. — MM. A. Chauffard et Robert Clément rapportent l'observation d'un volumineux abcès amibien du foie survenu douze ans après les manifestations dysentériques, qui a guéri entièrement sous l'effet de la cure émétinienne. L'association du traitement arsenical par le stovarsol à la cure émétinienne a paru très favorable à tous les points de vue.

SOCIÉTÉ DE PÉDIATRIE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1925)

Un cas d'obésité par tumeur du IIIe ventricule. — MM. P. Lereboullet et G. Boulanger-Pilet présentent une fillette de quatorze ans avec une obésité dont le début remonte à trois ans. A ce moment elle avait présenté un syndrome choréiforme avec accès de narcolepsie ayant pu faire penser rétrospectivement à une encéphalite épidémique.

L'examen ne révéla aucune tare endocrinienne importante, mais des troubles oculaires progressifs, avec stase papillaire firent suspecter une tumeur cérébrale dont l'existence fut confirmée par la radiographie. Il existait au-dessus des apophyses clinoïdes postérieures des calcifications imputables à une tumeur que l'on peut situer au niveau du plancher du IIIe ventricule. La trépanation décompressive arrêta l'évolution des troubles visuels; un traitement par radiothérapie profonde fut institué et est encore continué.

A propos de l'adénopathie trachéo-bronchique non tuberculeuse. — MM. Robert Debré, Duhem et Mlle Pelot, rappellent les difficultés du diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique non tuberculeuse chez l'enfant : non seulement les signes généraux et les signes physiques cliniques, mais même les signes radiologiques doivent être soumis à une critique serrée.

La confrontation d'une part des clichés, d'autre part des résultats nécropsiques permet les conclusions suivantes :

1° Les ombres hilaires sont de signification variable : le plus souvent elles sont d'origine vasculaire; les ombres situées dans les champs pulmonaires sont d'interprétation impossible dans l'état actuel de nos connaissances;

2° Les autopsies montrent que deux groupes ganglionnaires seuls sont nettement hypertrophiés : l'intertrachéo-bronchique et l'antéro-latéro-trachéal droit. L'intertrachéo-bronchique caché derrière le cœur ne peut être visible aux rayons : seul l'antéro-latéro-trachéal droit peut être visible, mais il est situé très haut franchement latéro-trachéal, et il n'est pas démontré qu'un ganglion inflammatoire simple soit visible aux rayons X;

3° Toute lésion pulmonaire manifeste (pneumonie, broncho-pneumonie, abcès du poumon, dilatation des bronches) s'accompagne d'adénopathie; celle-ci ne subsiste pas après la lésion pulmonaire, la rougeole, la coqueluche ne s'accompagnent d'adénopathie que lorsqu'elles sont compliquées de broncho-pneumonie.

Discussion. — M. Comby se range à l'avis des auteurs et constate que la radiographie a pendant quelque temps troublé les idées sur l'adénopathie trachéo-bronchique.

M. Lesné reste convaincu que dans cette affection les signes cliniques ont plus de valeur que les signes radiologiques.

M. Debré ne donne pas aux signes cliniques plus de valeur absolue qu'aux symptômes radiologiques, on peut en rencontrer dans d'autres affections.

Un cas de polydactylite hérédo-syphilitique du nourrisson. — MM. P. Lereboullet, F. Saint-Girons et J.-J. Gournay présentent un nourrisson de quatre mois dont les mains sont remarquables par l'existence sur huit doigts d'un épaississement particulier des phalanges et des phalangines rappelant le spina-ventosa et dû à une hyperostose périostique visible à la radiographie. L'origine syphilitique de ces lésions est rendue manifeste par l'existence de syphilides péri-anales, de coryza, de splénomégalie coïncidant avec une réaction de Wassermann franchement positive. Les lésions sont en voie d'amélioration par le traitement mercuriel. L'ostéopériostite hérédo-syphilitique est d'ailleurs généralisée à d'autres os (carpe, avant-bras, jambe, etc.), mais ne s'y révèle que par la radiographie.

Un cas de rougeole sans exanthème. — M. Georges Schreiber vient d'observer un nouveau cas.

Une fillette de trois ans et demi fait une rougeole.

Le lendemain de l'apparition de son éruption, on injecte à la sœur de la petite malade, âgée de dix mois, — au cinquième jour de l'incubation présumée — 3 centimètres cubes de sérum de convalescent de rougeole. Dix jours plus tard cette dernière fillette présente à son tour un catarrhe oculaire et nasopharyngé avec température évoluant pendant trois jours entre 38 et 39 degrés. Le quatrième jour la température redevient normale sans qu'aucune trace d'éruption ait été constatée.

Tétanos du nouveau-né. — M. VAUDOURIS (d'Athènes) communique une observation de tétanos chez un nouveau-né, Cas classique avec porte d'entrée du microbe vraisemblablement au niveau de l'ombilic.

M. HALLÉ rappelle à cette occasion que le tétanos du nouveau-né existe encore malgré les progrès de l'aseptie. Il a pu en observer un certain nombre de cas.

— Sur la proposition de M. LESNÉ, la Société émet le vœu d'envoyer des malades des hôpitaux d'enfants de l'Assistance publique à Salins-du-Jura dans le cas d'anémie chronique.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 28 MARS 1925)

La constitution lipoïdique du sang dans ses rapports avec la résistance globulaire. — MM. A. GRIGAUT, M. DEBRAY et W.-E. FURSTNER, par des analyses pratiquées sur le sérum sanguin et les hématies des divers animaux et au cours des états pathologiques, montrent que la résistance globulaire est indépendante des variations du rapport $\frac{\text{cholestérine}}{\text{lécithine}}$ et $\frac{\text{lipoïdes totaux}}{\text{graisses totales}}$ du sérum sanguin et des hématies. Ces rapports d'ailleurs sont des constantes et gardent une même valeur dans le sang de tous les animaux. Mais si par contre on envisage la valeur absolue du taux des lipoïdes dans le sérum sanguin, on voit que la résistance globulaire croît avec la teneur en lipoïdes du sérum lorsqu'on l'envisage à travers la série animale. Bien que les divers éléments de la lipoïdémie et de la lipémie varient toujours d'une manière parallèle, il semble toutefois logique de rapporter le phénomène observé à l'accroissement de la cholestérine libre dont on connaît les propriétés antihémolytiques puissantes.

Déviation du complément dans la variole et l'alastrim. — MM. Arnold NETTER et Achille URBAIN. Pour élucider les relations entre l'alastrim et la variole nous avons eu recours à la fixation du complément. Grâce aux docteurs Marcel Robineau, Thubert et Heyrand nos recherches ont pu porter simultanément sur le sang de 19 soldats indigènes atteints d'alastrim en avril et mai 1924 et de 6 habitants de Saint-Malo dont la variole vraie remontait à janvier et février 1925.

Comme dans nos recherches antérieures, nous avons utilisé la technique de Calmette et Massol qui permet d'évaluer le taux des unités d'anticorps.

A défaut de croûtes varioliques, nous avons employé la lymphe vaccinale qui exerce sur les anticorps varioleux la même action que l'antigène varioleux.

Le sérum des anciens varioleux nous a donné dans tous les cas sans exception une fixation du complément dont le taux a été 1 fois de 5, 2 fois de 15, 1 fois de 25 unités et qui 2 fois a dépassé 50 unités. Ces 2 derniers cas se rapportaient à des varioles discrètes.

Le sérum des anciens alastrimés prélevé plus de dix mois après le début de leur maladie a fourni des résultats positifs 17 fois sur 19. Le taux de fixation a été 9 fois de 10 unités, 2 fois de 15, 4 fois de 20, 2 fois de 50 à 100.

On voit que la déviation du complément rapproche l'alastrim de la variole et fournit un argument précieux en faveur de l'identité entre les deux maladies.

L'alastrim ayant conservé ses caractères cliniques et notamment sa bénignité comme le font depuis quatre ans des épidémies analogues qualifiées de variole bénigne en Suisse et en Angleterre, cette particularité implique que le virus variolique a subi une *mutation* comparable à celle qui intervient dans sa transformation en virus vaccinal.

M. et Mme A. CHAUCHARD ont déterminé la **chronaxie de la voie motrice depuis l'écorce cérébrale jusqu'au muscle.** Ils montrent qu'il y a synchronisme entre les différents points du trajet, et qu'elle est égale, comme pour le neurome moteur périphérique, à 3 dix-millièmes de seconde.

Le chloroforme, qui est sans influence sur la chronaxie de la fibre nerveuse, modifie, au contraire, en l'allongeant, la chronaxie de l'écorce cérébrale et des fibres de la substance blanche.

Emission sanguine avec restitution globulaire (instrumentation et technique). — MM. A. GILBERT et A. TZANCK présentent une méthode destinée à combiner les effets heureux de la saignée classique avec la restitution des éléments figurés chargés d'hémoglobine.

Après s'être assurés sur l'animal de l'innocuité et de l'efficacité de leur technique les auteurs l'ont appliquée à l'homme; ils opèrent rigoureusement à l'abri de l'air grâce à un dispositif spécial « le distributeur à deux voies ».

L'intervention comporte les trois temps suivants : 1° une saignée abondante; 2° deux lavages successifs dans un milieu isotoniqne par centrifugation (ainsi se trouve éliminé avec le plasma l'anticoagulant employé); 3° la réinjection des éléments figurés du sang.

Les résultats obtenus se sont montrés des plus encourageants.

La quinine agit-elle sur le parasite du paludisme? Oui, pour MM. FOLEY et BROUARD, à condition d'employer, pour la recherche du parasite, le temps suffisant. Fait surprenant, et en contradiction avec toutes les données classiques, la quinine agirait plus sur *P. præcox*, agent des fièvres malignes, que sur *P, vivax,* agent des tierces bénignes.

D'une immunisation du cobaye à l'injection de sérum d'éclamptique. — MM. LÉVY-SOLAL, A. TZANCK et Jean DALSACE reproduisent à nouveau les accidents convulsifs du cobaye par injection intracardiaque de sérum d'éclamptique.

Ces accidents n'ont plus lieu si l'on opère sur des cobayes désensibilisés au sérum de cheval.

Cette immunité semble plaider en faveur de la nature anaphylactique de l'éclampsie expérimentale.

MM. Marcel LABBÉ et P.-L. VIOLLE montrent que le muscle gastrocnémien de grenouille plongé dans le plasma normal a un pouvoir d'imbibition diminué. Au contraire, ce même muscle plongé dans du plasma de sujet œdémateux (que cet œdème soit d'origine rénale, cardiaque ou cardio-rénale) augmente constamment de poids. Il est remarquable de noter que l'imbibition tissulaire a toujours été augmentée lorsqu'il y avait, ou avait eu, œdème, et seulement lorsqu'il y avait, ou avait eu, œdème.

M. LAPICQUE. Il y aurait avantage à prendre pour ces expériences, au lieu du tissu musculaire qui subit les phénomènes très complexes de l'*imbibition*, certains tissus conjonctifs plus susceptibles de s'*œdématier*.

— Société de biologie de Marseille (séance du 24 mars 1925) :

Essai d'immunisation du lapin contre le rouget par un vaccin formolé. — MM. S. COSTA, L. BOYER et L. PLACIDI, en employant la méthode générale de préparation des vaccins bactériens de S. Costa par le formol, ont obtenu un vaccin atoxique qui confère au lapin, par deux ou même une seule injection sous-cutanée, l'immunité contre l'inoculation intraveineuse d'une dose mortelle de virus.

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1925)

L'action conjointe du formaldéhyde et de la chaleur sur la tuberculine brute diminue d'abord, puis fait disparaître ensuite la cutiréaction tuberculinique, assez lentement à 38 degrés et plus rapidement à 70 degrés. — M. A. BOUVEYRON. — Cette action de désintoxication déjà démontrée *in vitro* pour un certain nombre de toxines et de microbes toxiques serait à rapprocher de l'action que peut exercer la formine *in vivo* dans des toxi-infections variées.

Action in vitro des rayons ultra-violets sur l'hémoglobine oxycarbonée. — MM. Henri BÉNARD, E. et H. BIANCANI constatent que les rayons ultra-violets arrêtèrent dans des proportions considérables la dissociation spontanée de l'hémoglobine oxycarbonée à l'air libre.

Ils attribuent ce phénomène à la destruction du CO dégagé qui dans les conditions normales met obstacle aux progrès de la dissociation.

Sur l'herpès du singe. — MM. P. TEISSIER, P. GASTINEL, J. REILLY. Parmi les singes inférieurs, les callithrix offrent une sensibilité particulière au virus herpétique humain. L'inoculation sur la peau scarifiée détermine des vésicules ou seulement des lésions papulo-croûteuses. Avec le produit de grattage de cette éruption expérimentale il est aisé d'obtenir un passage positif sur l'homme. L'évolution de l'herpès chez le singe ne s'accompagne même tardivement d'aucune manifestation nerveuse. L'inoculation cornéenne a provoqué deux fois une opacité transitoire non transmissible au lapin. Quant à l'inoculation intracérébrale, elle est restée négative. Il apparaît donc que chez le singe de l'espèce étudiée, l'herpès est comparable à celui de l'homme par son caractère uniquement tégumentaire, alors même que le transfert du virus chez le lapin prouve la persistance de sa propriété neurotrope. Mais l'herpès du singe semble se différencier de celui de l'homme par la rapide constitution d'un état réfractaire. Pour l'un des singes cet état persiste depuis quatre mois malgré des tentatives multiples d'inoculation faites avec des virus contrôlés. Chez l'homme il n'est pas d'observation probante clinique ou expérimentale d'immunisation acquise vis-à-vis du virus herpétique.

La réaction de fixation au cours de l'inoculation herpétique chez l'homme et chez le singe. — M. K. FODOROVITCH a étudié la réaction de fixation chez l'homme atteint d'efflorescences herpétiques spontanées ou expérimentales étendues en utilisant comme antigène soit le contenu de la sérosité de vésicules d'herpès, soit une émulsion de croûtes; en aucun cas la déviation de complément ne fut obtenue. Par contre, chez trois singes callitriches infectés à plusieurs reprises sur la peau avec un virus humain et devenus réfractaires, la réaction fut positive vis-à-vis de l'antigène constitué par la sérosité, en l'absence de tout pouvoir virulicide du sérum des animaux. Reste à noter que le sérum des varicelleux ne dévie pas l'alexine en présence de l'antigène herpétique.

Transformation dans les tissus de certains animaux des dépôts d'oxalate en carbonate de chaux. — MM. M. LOEPER, R. SCHULMANN et J. TONNET. Nous nous sommes exclusivement attachés à prouver la transformation dans certains tissus animaux des dépôts d'oxalate en carbonate de chaux. Nous avons pris de l'oxalate de chaux absolument pur, nous l'avons introduit dans des sacs de collodion à des doses exactement pesées de 25 à 1 gramme et nous avons placé ces sacs dans le tissu musculaire, dans le péritoine et sous la peau du lapin et du cobaye. Nous avons extirpé ces sacs après un temps variable de onze à trente et soixante jours.

Voici quelques-uns des résultats obtenus :

ANIMAUX	LIEU D'INTRODUCTION	TEMPS ÉCOULÉ	OXALATE INTRODUIT	OXALATE RESTANT	CARBONATE FORMÉ	POURCENTAGE
Cobaye.	Péritoine.	11 jours.	0,995	0,877	0,118	11,8
Cobaye.	Péritoine.	11 —	1,10	1	0,10	10
Lapin.	Péritoine.	60 —	1,02	0,89	0,13	12,07
Cobaye.	Muscle.	30 —	0,25	0,22	0,015	7
Cobaye-	Peau.		—	0	0	0

En conclusion : dans le péritoine, après onze jours la proportion de carbonate de chaux formée est déjà de 11,8 p. 100. Elle s'accroît légèrement après soixante jours pour atteindre 12,7 p. 100.

Dans le muscle, elle est de 7 p. 100.

Dans la peau, elle est nulle.

Nous avons vérifié que pareille modification ne se produisait pas, même après soixante jours, dans d'autres dépôts de substance calcaire, tels que le phosphate de chaux, introduits dans le péritoine en sacs de collodion.

Il ne peut donc être question d'une simple adjonction de sel carbonique, mais bien d'une substitution véritable de l'acide carbonique à l'acide oxalique, et partant d'une transformation sur place.

Et cette transformation ne peut guère être le fait que d'une substance vivante ou d'un ferment.

Ces faits sont intéressants, car ils expliquent au moins en partie la rareté dans les tissus des concrétions d'oxalate de chaux.

Ils permettent même de supposer que certains dépôts carboniques ne sont que des dépôts oxaliques transformés.

Morphologie du tréponème pâle. — MM. JEANTET et KERMORGANT. Le tréponème pâle est constitué par une série d'ondulations contenues *dans le même plan*. Seul, le sp. cuniculi présente la même particularité.

La fausse réaction de Dick. Purification de la toxine streptococcique. — MM. Chr. ZŒLLER et MANOUSSAKISS soulignent l'importance de la pseudo-réaction de Dick; elle impose l'usage d'un double contrôle de la réaction : contrôle-sérum; contrôle chauffé. Elle a pour origine probable les substances protéiques lysées dans le bouillon de culture.

Afin d'éliminer cette pseudo-réaction, les auteurs ont étudié divers procédés de purification de la toxine, basés sur la précipitation des substances protéiques; ils conseillent la précipitation à chaud par l'acide nitrique ou le chlorure de sodium acétique, suivie de neutralisation et de filtration.

L'usage de la toxine purifiée permet l'identification de la réaction de Dick retardée ou réaction du surlendemain, qui doit être considérée comme une réaction de Dick vraie momentanément inhibée par le mélange avec un sérum neutralisant.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 13 MARS 1925)

La rééducation respiratoire associée à la cure thermale de Saint-Honoré. — M. DU PASQUIER. En rendant la respiration plus ample et plus profonde, la rééducation respiratoire accentue les effets de l'inhalation thermale. Celle-ci améliore l'état des muqueuses, mais reste impuissante contre les troubles mécaniques de la respiration.

Les vapeurs d'iode. — M. H. LEGRAND a obtenu les meilleurs résultats en chauffant à sec de l'iodoforme dans un ballon de laboratoire et en envoyant les vapeurs d'iode ainsi formées dans les fistules osseuses infectées.

Cancer de la langue. — M. Robert DUPONT présente un malade âgé de 70 ans, opéré en 1922 pour cancer de la langue par voie endobuccale. Histologiquement, cancer malpighien baso cellulaire avec bon stroma, forme très bonne au point de vue pronostic que justifie l'état actuel du malade.

Radiographie d'ulcère gastrique réséqué. — M. Victor PAUCHET. Après la résection d'estomac terminée par une anastomose bout à bout entre l'estomac et le duodénum, la forme de l'estomac est celle-ci : dimensions réduites, mais formation nouvelle d'un pylore et d'un bulbe duodénal. C'est ce que produit l'opération de Péan que l'on doit pratiquer chaque fois que l'on peut, c'est-à-dire une fois sur 7 ou 8 quand le duodénum est assez long et assez large.

Cancer du col de l'utérus et radium. — M. P. DEGRAIS. Grâce à une technique prudente qui consiste à utiliser des doses faibles et fractionnées, on ne doit pas exclure de la curiethérapie les cas où la paroi vésico-vaginale est envahie. On ne doit pas se priver non plus de la curiethérapie post-opératoire sus-

ceptible, malgré les difficultés qu'elle présente, de compléter un acte opératoire incomplet.

Ecrans chimiques en actinothérapie. — M. M. LIVET, BONNET LEMAIRE rappelant quelques propriétés du rayonnement, montrent que l'on peut, avec certains écrans chimiques, convenablement choisis (rhodanine, discyanine, sulfure phosphorescent), réduire les longueurs d'ondes extrêmes de l'ultra-violet et les ramener vers la zone cubicotique de l'infra rouge. Ils présentent une lampe portative à vapeur de mercure, fonctionnant sur tous les courants, permettant les traitements d'ultra-violet à domicile. L'allumage du brûleur *se fait par la haute fréquence* et un dispositif permet l'adaptation des électrodes de Mac Intyre sur cet appareil.

(SÉANCE DU 28 MARS 1925)

Retentissement dangereux des dysmorphoses facio-cranio-vertébrales sur l'évolution organovégétative et psychique des enfants. — M. Pierre ROBIN, par l'application de sa méthode chez les dysmorphiques, obtient la guérison de la respiration par la bouche, la mise en place du menton fuyant ou en galoche, la régularisation des dents projetées en avant ou en chevauchant, et la restauration esthétique de la face. A ces corrections correspondent une santé et un développement normal des enfants. Les appareils employés ne sont jamais douloureux et sont très bien supportés.

Jeune thérapeutique, otorrhée, mastoidite et obésité. — M. NATIER apporte l'observation d'un homme de 50 ans, obèse, d'un état général déplorable, atteint d'otorrhée avec menaces de complications mastoïdiennes. Situation s'aggravant, malgré les soins ordinaires. Cure exclusive de désintoxication. Soulagement immédiat, guérison définitive.

Médecine légale et cinéma. — MM. A. MARIE et ROGUES DE FURSAC attirent l'attention sur les dangers grandissants du cinéma imprudemment suggestif de crimes et de délits : progression alarmante de délits et crimes de mineurs, isolés ou en bandes, réalisant les attentats tels qu'ils les ont vus figurer en films quotidiens. Les auteurs citent des exemples caractéristiques de cambriolages simulés ou réalisés. Les médecins légistes, comme les juges, constatent ces faits de contamination par le film et réclament des mesures de prophylaxie.

La toux des faux tuberculeux (avec projections). M. MAURICE.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 10 MARS 1925)

La transfusion sanguine en médecine vétérinaire. — M. J. VERGE. Après avoir étudié minutieusement les méthodes et les indications de l'hémothérapie (inoculation dans le tissu conjonctif sous-cutané d'un animal du sang d'un individu de même espèce), l'auteur aborde le problème des transfusions sanguines (inoculation directe du sang d'un donneur dans la veine du receveur).

De cette étude, il ressort que la transfusion sanguine est une méthode qui n'a pas encore donné, dans la médecine des animaux, tout ce qu'on en pourrait attendre. Une expérimentation prolongée permettra seule de formuler définitivement et la technique la meilleure et les indications de la transfusion du sang.

Présentation d'une chienne dépancréatée depuis treize mois. — MM. H. PENAU et H. SIMONNET présentent une chienne ayant subi, le 24 janvier 1924, l'ablation du pancréas en un seul temps. Traitée d'une manière régulière par l'insuline, elle a pu être maintenue en survie, elle se trouve actuellement en excellent état de santé. Les remarques que l'on peut tirer de cette expérience sont principalement : 1° l'influence nettement favorable de l'administration d'hydrates de carbone, concurremment avec les matières protéiques ; 2° l'innocuité des fortes doses d'insuline, même administrées pendant des mois, à condition d'être fractionnées et d'être proportionnées à la quantité d'hydrates de carbone du régime; 3° et défaut de sensibilisation et surtout d'accoutumance, les réponses obtenues dans les premières semaines sont semblables à celles qui sont obtenues dans les dernières; 4° la tolérance parfaite aux inoculations répétées; 5° la possibilité d'intervenir chirurgicalement chez un tel sujet (anesthésie générale et laparotomie).

Cette communication confirme les conclusions du professeur Hédon [de Montpellier] (1).

Les préjugés des médecins et des profanes sur l'origine et le traitement de l'obésité. — M. HECKEL.

Métabolisme de base et quotient respiratoire chez les obèses. Importance comparée de ces deux facteurs au cours d'une cure d'amaigrissement. — M. FAILLIE.

Traitement de l'obésité basé sur les échanges respiratoires. — M. D'ARBOIS DE JUBAINVILLE.

Méthodes à suivre pour connaître les effets des produits opothérapiques administrés par voie buccale. — M. Félix REGNAULT.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LILLE

(SÉANCE DU 11 MARS 1925)

Note sur la mobilité de la chaîne des osselets. — M. DELOBEL. L'auteur a eu l'occasion d'observer un homme qui contractait à volonté les muscles de sa chaîne tympanique; cette contraction s'accompagnait de bruits membraneux, nettement perceptibles à distance, et de contractions isochrones de l'ensemble de la musculature du voile du palais.

Depuis qu'il a eu l'attention attirée sur ce point, il a eu l'occasion de rencontrer plusieurs sujets capables, à des degrés divers, de la même action sur les muscles, les uns étant obligés de garder les mâchoires serrées au cours de cet exercice, les autres pouvant ouvrir la bouche.

Cette faculté, qui semble ne pas être exceptionnelle, confirme de manière en quelque sorte expérimentale la non ingérence du facial dans la musculature du voile, et l'action exclusive des noyaux moteurs du trijumeau, soit directement, soit par l'intermédiaire du ganglion otique, dans l'innervation motrice du voile du palais et du muscle du marteau.

Un cas de « cortico-pleurite prolongée avec crachats bacillifères ». — M. DEFAUX. L'auteur relate un cas de cortico-pleurite prolongée. avec crachats bacillifères, observé chez une jeune fille de dix-neuf ans et demi et dont les caractères cliniques sont particulièrement typiques.

L'auteur attire l'attention sur la lenteur d'évolution de ces processus, sur leur bénignité relative en raison de la conservation de l'état général, et sur l'élément de gravité que vient introduire la ténacité des lésions. Il insiste également sur le danger que créent autour d'eux ces semeurs inconscients de bacilles.

Deux cas d'amaurose consécutifs à de grosses hémorragies. — M. DESPRETS. Le premier, dû à une hématémèse, se termina par une atrophie complète et définitive des deux nerfs optiques. Dans le second cas, une femme fait une atrophie optique sous-latérale à la suite d'une hémorragie utérine post-abortive.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 7 MARS 1925)

Cancer du sein chez une diabétique; radiumthérapie; résultats éloignés. — M. Jean FÉLIX présente une malade de soixante et onze ans, diabétique ancienne, qu'il a traitée par le radium pour un épithélioma du sein ulcéré qui commençait à envahir les plans profonds. La tumeur a reçu en six jours 30 millicuries; on a associé à ce traitement la radiothérapie des territoires lymphatiques et des ganglions axillaires.

Cicatrisation rapide de l'ulcération; disparition de la

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, p. 298 et 345.

tumeur. La guérison se maintient depuis deux ans. Disparition temporaire de la glycosurie.

Thrombus puriforme pseudo-kystique de la pointe du cœur. — MM. Caffort et Faur, à l'autopsie d'un malade ayant succombé à une crise d'asystolie irréductible, ont trouvé à l'intérieur du ventricule droit, plaquée contre l'extrémité inférieure de la cloison interventriculaire, une petite tumeur grisâtre. Après incision de sa paroi, cette tumeur a laissé sourdre une bouillie blanchâtre constituée par des leucocytes et des globules rouges au milieu d'un réseau fibrineux. Il s'agissait d'un thrombus puriforme consécutif à une ancienne endocardite pariétale.

Traitement de l'incontinence d'urine par la radiothérapie. — M. Constantin. A propos de trois cas d'incontinence essentielle traitée avec succès, l'auteur conseille les irradiations hebdomadaires au niveau de la moelle sacrée avec un rayonnement peu pénétrant. Il insiste sur la nécessité de prolonger ce traitement un temps suffisant avant de porter sur lui un jugement définitif.

Gangrène et perforation de l'appendice. (*Présentation de pièces.*) — M. Bernardbeig.

Hernie crurale externe. — M. Bernardbeig rapporte l'observation d'une hernie crurale dont l'orifice de sortie était situé en dehors et en avant des vaisseaux fémoraux. La cure radicale de pareilles hernies est particulièrement difficile; l'auteur a eu recours, pour fermer solidement l'orifice herniaire, à une myoplastie faite aux dépens du couturier.

BIBLIOGRAPHIE

LA MORT RECULE

Sous ce titre, notre excellent confrère et ami le docteur E. Apert vient de dresser dans le nº du 1er mai de la *Revue des Deux Mondes* le bilan des progrès réalisés par les sciences médicales dans la lutte pour la défense de la vie humaine.

A une époque où les gens *bien portants* n'ont souvent pas pour les médecins toute la considération qu'ils méritent, il n'est pas mauvais de mettre sous leurs yeux le tableau saisissant que M. E. Apert a brossé de main de maître.

Il n'y a pas trois cents ans l'humanité était ravagée sans arrêt par les maladies de tout genre et par des épidémies qui causaient de véritables hécatombes.

Depuis un siècle environ la lutte s'est poursuivie sans arrêt et nous voyons la variole vaincue par la vaccination jennerienne, le rhumatisme articulaire aigu enrayé par le salicylate de soude où à Germani Sée. Puis arrive la grande épopée pastorienne, et le charbon, la rage, les infections puerpérales et chirurgicales sont vaincus à leur tour.

La diphtérie aux ravages de laquelle a encore pu assister M. Apert quand il était interne à l'hôpital des enfants, recule devant Emile Roux. La fièvre typhoïde en regression depuis les travaux de Dionis des Carrières, Brouardel, Thoinot, Eberth, Gaffky, Chantemesse et Widal est vaincue, depuis que grâce à Chantemesse, Widal et Vincent nous possédons un vaccin efficace contre la maladie et inoffensif pour l'inoculer. Il en est de même pour les parathyphoïdes. La peste, le choléra qui dominent des épidémies formidables, sont devenus moins meurtriers que la grippe.

Le paludisme a disparu de France et grâce à Laveran, Manson, à Pelletier et Caventou est près de disparaître.

Les ravages de la fièvre jaune, la dysenterie, la lèpre, le tétanos sont enrayés.

Du côté des maladies infectieuses dont l'agent causal nous échappe encore, la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, d'immenses progrès ont été accomplis. D'autres maladies ont disparues devant les progrès de la médecine; la pellagre, le scorbut, le béribéri.

Le rachitisme qui sévit encore peut maintenant être utilement combattu. La goutte, la lithiase rénale sont grâce aux progrès de l'hygiène plus rares qu'autrefois.

Ce n'est pas à des médecins qu'il faut rappeler le perfectionnement des moyens de diagnostic et de traitement. M. Apert en dresse un tableau magistral puis il aborde la fameuse trinité : la tuberculose, la syphilis, le cancer, il montre bien les progrès réalisés contre ces trois fléaux et indique nos espoirs.

Les statistiques de mortalité lui permettent de prouver ce qu'il avance. La mortalité de la France est tombée de 224 en 1887 à 186 en 1913 pour 10000 habitants.

Chiffre, certes, encourageant et qui justifie les dépenses que la collectivité a faites et fera plus encore dans l'avenir pour soutenir nos laboratoires.

Combien devrait être grande la reconnaissance du monde pour les travaux des médecins « qui, grâce à de patientes recherches, d'ingénieux labeurs, et à de dangereuses observations et expérimentations, sont arrivés à conserver aux populations beaucoup plus largement qu'autrefois cet incomparable bien, sous lequel tous les autres sont décevants : la santé ! »

F. L. S.

Albert RÉMY

L'ophtalmologie française vient de subir une perte irréparable; Albert Rémy s'est éteint à Plombières-les-Dijon, à soixante-seize ans, dans la maison paternelle.

Ancien interne des hôpitaux de Paris, enthousiasmé par les leçons de son maître Panas, il choisit l'ophtalmologie pour pouvoir donner libre cours à son esprit original et inventif.

C'est vers 1902 qu'il eut l'idée du diploscope : une tige de bois de 1m20, une plaque perforée de quelques trous, quelques lettres servant de test, tel est l'appareil qui, au début, était destiné à déjouer les simulations. Mais Rémy ne tarda pas à s'apercevoir que, en réalité, son invention permettait d'expliquer et de résoudre les problèmes les plus complexes de la physiologie et de la pathologie oculaires.

Ce n'est ici ni le moment, ni le lieu de s'étendre en détail sur ses travaux : nous ne saurions mieux dire, pour résumer cette vie de labeur, que de reproduire les termes du professeur Terrien dans sa leçon d'ouverture :

« Rémy, l'homme du diploscope, aux allures d'apôtre, allant toujours muni de multiples modèles et toujours prêt, en quelque endroit qu'il se trouve, à en faire la démonstration?

Non content de déceler les moindres troubles de convergence, l'insuffisance des verres correcteurs, de reconnaître et souvent aussi de guérir, sinon toutes les formes, du moins quelques variétés de strabisme, de mettre en défaut les simulateurs les plus avertis, Rémy à l'aide de cet ingénieux appareil, dont l'emploi s'est généralisé, a pu étudier la diplopie physiologique et pathologique, voire la triplopie, le problème de la neutralisation qui domine toute la physiologie du strabisme et tant d'autres sujets qu'on pourrait s'étonner de trouver à cette place.

N'est-il pas allé même jusqu'à interroger le firmament et démontrer pourquoi le ciel était bleu ? »

Rémy eut la foi agissante de tous ceux qui détiennent une parcelle de vérité.

Bien peu peuvent se vanter de l'avoir bien connu; ceux là seuls qu'il comptait au nombre de ses amis pourront dire tout ce qu'il y avait chez lui de finesse, de bonté, de délicatesse, de générosité.

Sa dernière joie fut d'apprendre sur son lit de mort que le professeur d'ophtalmologie de la Faculté de médecine de Paris avait glorifié son nom dans la liste du nombre des élus.

Il eut une vie enviable, uniquement faite de probité, de science et de conscience, la vie d'un savant et d'un sage.

JEAN BLUM.

Traité pratique d'orthopédie, par le docteur G. Potel, professeur à la Faculté de médecine de Lille. Un volume in-8 de 734 pages avec 399 figures dans le texte et 4 planches en chromotypographie hors texte. — Prix : 80 fr. — Paris, G. Doin.

Travaux du Laboratoire de psychologie expérimentale de l'Université de Cracovie, édités par Heinrich, directeur du Laboratoire. — Paris, Alcan; Cracovie, Académie polonaise des sciences et des lettres.

QUESTION D'INTERNAT

CALCULS DE L'URETÈRE

Le calcul enclavé de l'uretère constitue pour le rein un péril plus direct que le *calcul du bassinet* lui-même. Progressivement s'atrophie le parenchyme jusqu'à *destruction de l'organe*.

C'est dès lors l'*anurie calculeuse* qu'il faut craindre avec son pronostic si souvent fatal. Elle se produira du jour où l'uretère opposé sera oblitéré.

Ce n'est pas d'ailleurs le seul cas où le calcul de l'uretère déclanche l'anurie. Au moment de l'enclavement, même avec un rein opposé sain, on peut voir s'installer cette redoutable complication.

La gravité de leur pronostic impose donc l'extraction de ces calculs « plus systématiquement et plus hâtivement que celle des calculs rénaux » (Jeanbrau).

PATHOGÉNIE

Il est exceptionnel d'observer des calculs nés sur place. Il s'agit dans la règle d'un *calcul migrateur du rein* arrêté dans sa descente.

Où s'effectue l'arrêt? — Au niveau d'un rétrécissement congénital ou acquis de l'uretère, éventualité rare.

Au niveau d'un des rétrécissements physiologiques du canal, cas habituel.

Pourquoi le calcul s'enclave-t-il? — Le calcul a pu franchir le collet de l'uretère, mais son volume lui interdit le passage des points rétrécis, soit au *détroit supérieur*, soit à l'*orifice uretéral*.

Enfin, de vertical le calcul a pu, par bascule, devenir transversal; les rugosités dont peut être semée sa surface accrochent la muqueuse.

Le *spasme*, puis l'*œdème de la muqueuse* complètent l'oblitération.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Siège. — Par ordre de fréquence le calcul s'enclave :
Dans la *portion pelvienne*,
Dans la *portion intravésicale* : *calcul intramural*,
Dans la *portion lombaire*,
Dans la *portion iliaque*.

Nombre, volume, forme, situation. — *a.* UNIQUE dans la majorité des cas le calcul est *arrondi* ou *ovalaire*, plus rarement *cylindrique*.

Il est lisse, granité, mûriforme ou hérissé de saillies.

De petit volume il ne dépasse guère la taille d'un noyau de cerise. C'est exceptionnellement qu'il peut atteindre les dimensions d'une amande.

Il est FIXE, obstruant la lumière du canal complètement ou partiellement. Il peut être *enchâtonné* dans la paroi laissant libre l'uretère.

La sonde pourra donc quelquefois méconnaître l'existence du calcul.

b. MULTIPLES. — Très rarement, 2 fois sur 10. Calculs polyédriques à facettes MOBILES, le plus souvent au-dessus d'un calcul fixé. Il faut insister sur la rareté de ces calculs à facettes d'origine rénale. Un tel aspect radiologique, à droite, doit plutôt faire pencher vers une lithiase vésiculaire que vers une lithiase rénale.

Constitution. — Le calcul est formé de couches concentriques. Les *calculs oxaliques* sont les plus fréquents, puis viennent les calculs de *carbonates*, de *phosphates*, d'*acide urique* ou d'*urates* purs ou associés à des phosphates, à des carbonates.

Etat de l'arbre urinaire. — **Au-dessous du calcul,** uretère normal, sauf si l'obstruction porte sur l'orifice uretéral dans la vessie. Dans ce cas existe une *dilatation intra-vésicale de l'uretère*.

Au niveau du calcul, la *muqueuse* peut être ulcérée et adhérente au calcul, ou bien la *paroi* est épaissie, sans lésion de la muqueuse. Une *gangue fibrolipomateuse de péri-urétérite* entoure dans certains cas le canal, indice d'infection.

Au-dessus du calcul : *a.* SI L'OBSTRUCTION EST RÉCENTE, le REIN EST BLOQUÉ; rein et uretère sont d'aspect normal.

b. SI L'OBSTRUCTION EST ANCIENNE, le REIN EST DÉTRUIT.

Soit distendu avec un uretère qui peut atteindre les dimensions d'une anse intestinale.

Soit atrophié.

Soit supprimé, réduit à une poche de pus.

c. Enfin, parfois existe un *calcul du rein*.

CLINIQUE

Le malade. — Il s'agit *d'un homme, d'un adulte*, dont la lithiase est rarement restée latente; le plus souvent le **calcul du rein** a manifesté sa présence, ou par des *douleurs lombaires*, ou par des *crises de colique néphrétique*, ou par des *hématuries*, tous symptômes nettement influencés *par le mouvement*, calmés par le repos.

On diagnostique le *calcul de l'uretère* dans deux cas bien différents : *calcul non compliqué*, *calcul compliqué*.

I. CALCULS NON COMPLIQUÉS

Symptômes. — *A.* CALCUL PELVIEN. — Possède une *symptomatologie vésicale*.

Signes fonctionnels. — Ce sont des *crises douloureuses, rappelant la cystite*, qui traduisent son existence.

LA DOULEUR *provoquée par les mouvements* irradie à la *vessie*, au *rectum*, parfois même *au niveau du gland*.

SIGNES VÉSICAUX. — Elle s'accompagne de *ténesme vésical*, de *pollakiurie*, de *dysurie*.

Signes physiques. — Toute cystalgie apparue sans blennorragie antérieure doit faire procéder d'instinct à l'examen du rein.

a. On peut trouver DANS LA FOSSE LOMBAIRE l'organe augmenté légèrement de volume, perceptible au palper bimanuel. C'est un signe inconstant, mais de la plus *haute valeur diagnostique*.

b. Il ne faut jamais négliger le *toucher rectal* ou le *toucher vaginal*. On éveillera la douleur au point *uretéral inférieur* et parfois on *sentira le calcul*.

B. CALCUL LOMBAIRE. — Bien plus rare que le calcul pelvien.

Signes fonctionnels. — La douleur : *a.* Est *rarement paroxystique* à type de colique néphrétique, colique sans résultats, peut être attribuable à la mise en tension du bassinet,

b. Plus souvent ELLE EST CONTINUE.

SIÈGE dans la *région lombaire, sous le foie*, dans la *fosse iliaque*.

NATURE continue elle s'exaspère néanmoins au mouvement, après une marche en terrain difficile.

IRRADIATION : *en haut* vers le rein, vers le foie; *en bas* vers la fosse iliaque, *vers la vessie* ou le *testicule*.

Signes physiques. — LE POINT PARA-OMBILICAL de Bazy est douloureux à la pression mais il est bien proche du point de Mac Burney, du point vésiculaire.

LES AUTRES POINTS URETÉRAUX sont très inconstants.

L'AUGMENTATION DE VOLUME DU REIN si elle existe possède là encore une valeur d'orientation capitale.

Diagnostic. — Tels sont les symptômes par quoi se révèlent les *calculs enclavés de l'uretère*. C'est avant tout un diagnostic d'impression : il faut songer à les rechercher.

DIAGNOSTIC CLINIQUE. — Il ne faut pas croire à un *mal de Pott*, à un *rhumatisme vertébral*, à une *cholécystite*, à une *appendicite*, à une *salpingite*, à une *cystite*.

La tuberculose rénale est le gros diagnostic que l'on doit toujours discuter en présence de phénomènes de cystalgie apparus en dehors de toute blennorragie, même chez un sujet qui ne présente aucun stigmate de tuberculose, chez qui rien n'attire l'attention sur le rein. Mais un gros rein n'est pas le fait de la tuberculose rénale du moins avant le stade de *pyurie franche*.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. [illegible] ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Les Rayons ultra-violets. Contribution à l'étude des propriétés physiques et biologiques des rayons ultra-violets. Essai sur leur posologie. Broch., 61 pages. Prix : 6 fr. — Paris, Le François.



Le VIN GIRARD
IODOTANNIQUE PHOSPHATÉ
SUCCÉDANÉ DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE
est le véritable
SPÉCIFIQUE DU LYMPHATISME
chez les Enfants et les Adultes
Le VIN GIRARD, de l'aveu des milliers de praticiens qui le prescrivent journellement, est un des modes d'administration de l'iode les plus parfaits. L'iode, en combinaison avec le tanin, est facilement assimilable, très actif, et n'occasionne jamais ni irritation des voies digestives, ni accidents d'iodisme. D'un dosage rigoureux, d'une conservation parfaite, le VIN GIRARD est, de plus, d'un goût fort agréable et toujours pris avec plaisir.
Sa haute teneur en lacto-phosphate de chaux lui permet de lutter contre cette déminéralisation de l'organisme, dont le professeur ROBIN a montré le rôle prédisposant à la tuberculose.
LYMPHATISME, MALADIES DE POITRINE
ENGORGEMENTS GANGLIONNAIRES
TUBERCULOSE
UN VERRE A MADÈRE
AVANT LE REPAS
SIROP GIRARD
Même Composition
S'ordonne plus spécialement
en Médecine infantile
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
Succédané de l'Huile de Foie de Morue
A. GIRARD
48 Rue d'Alésia PARIS
VIN GIRARD
48, Rue d'Alésia, PARIS

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
BELGIQUE et ITALIE. . . **40 fr.** — UNION POSTALE. . . . . . **50 fr.**
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 11 mai. — MM. Binet, 39,90; Léchelle, 39,72; Leblanc, 39,54; Schulmann et Mouquin, 38,90.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Binet, Léchelle et Leblanc.

— CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Composition écrite.* — Séance du 11 mai. — MM. Oberlin, 16; Petit-Dutaillis, 17; de Gaudart d'Allaines, 18; Moulonguet, 15.

Candidats admissibles aux épreuves définitives :

MM. de Gaudart d'Allaine, 64; Girode, Lorin et Bopp, 63; Petit-Dutaillis, 62; Bloch (Jacques) et Bloch (René), 61; Maurer, 59.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le deuxième concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux de Paris sera ouvert le mardi 9 juin 1925, à 9 heures du matin, dans la salle des concours de l'administration, rue des Saints-Pères, n° 49.

MM. les docteurs en médecine qui voudront concourir devront se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, du lundi 18 au mercredi 27 mai 1925 inclusivement.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 11 mai. — MM. Boissier, 15; Puig, 19; Raison, 15.

Séance du 12 mai. — MM. Richard, 19; Merville, 17; Gornouce, 15.

— CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Exposé des titres.* — Séance du 11 mai. — MM. Foubert, 16; Delapchier, 21; Gibert et Kahn, 25; Coliez, 20; Lepennetier, 23; Nahan, 21; Gally, 22; Saïdman, 19; Moutard, 18; Prot, 24; Chaperon, 22.

— INTERNAT EN PHARMACIE. — Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

M. Fontaine, Mlles Lambin, Fourmont, MM. Piettre, Simon, Charpentier, Castel, Cesbron (René), Cesbron (André), Mlle Boudard, MM. Edgard-Rosa, Meneux, Gallier, Gaffre (André), Cabrol, Cahen, Daniel, Vergnoux, Heuriault, Robert, Boutroue, Mlle Lefebvre, MM. Coudrain, Gaffre (Jean), Mlles Marlin, Boutin, Dumery, MM. Tronche, Carlier, Froidevaux, Mlle Bonnard, MM. Menobian, Delaunay, Mlle Michel, MM. Chatron, Goudouin, Mlle Logerot, M. Morin, Mlles Leblanc, Rodiet; M. Mallet, Mlle Allègre.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — MARSEILLE. — Le concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M, le docteur Jean Piéri.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — *Lecture des copies.* — Séance du 11 mai. — MM. Fèvre et Iselin, 26; Blondin, 22; Lemonnier, 21.

Composition écrite. — Séance du 13 mai. — MM. Cuvigny et Garnier, 23; Meillière, 26; Redon, 22.

— *Concours du prosectorat.* — *Composition écrite.* — Séance du 11 mai. — Questions données : « Côlon et méso-côlon iléo-pelvien. — Histologie de la muqueuse du côlon. — Volvulus du côlon iléo-pelvien. »

La première séance de lecture aura lieu le 25 mai, à 16 h. 1/2.

— La dénomination des chaires de la Faculté de médecine de l'Université de Paris ci-après désignées est modifiée ainsi qu'il suit :

ANCIENNE DÉNOMINATION	NOUVELLE DÉNOMINATION
Hygiène.	Hygiène et médecine préventive.
Anatomie médico-chirurgicale	Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.

ADDITIONS ET MODIFICATIONS AU CODEX. — Le *Journal officiel* du 13 mai publie un arrêté du ministre de l'Instruction publique portant additions et modifications au Codex.

Les *additions* concernent les alcoolatures stabilisées de marron d'inde et de valériane, le chanvre indien, des espèces

calmantes, l'extrait de bile de bœuf, l'extrait de chanvre indien, un gargarisme calmant, l'huile camphrée stérilisée pour injection hypodermique, l'hyoscyamine, le marron d'inde, le carbonate d'éthyle et de quinine, le formiate de quinine, le bromhydrate de scopolamine, le sirop de bromoforme, l'anilarsinate de sodium, la teinture de chanvre indien.

Les *modifications* portent notamment sur l'adrénaline dont l'article est remanié, les capsules médicamenteuses, l'extrait de cascara sagrada, l'huile d'olive stérilisée et l'eau oxygénée.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. (Professeur : M. G. Roussy.) — *Cours de technique hématologique et cytologique*, par M. S.-I. de Jong, agrégé, et M. Ed. Peyre, chef de laboratoire.

Ce cours de quinze leçons commencera le mardi 2 juin, à 15 heures, pour continuer les jeudis, vendredis et mardis suivants; les séances comprendront deux parties :

1° Un exposé théorique et technique;

2° Une application pratique où chaque auditeur exécutera les méthodes et les réactions indiquées.

Le droit à verser est de 150 francs. — Le nombre des auditeurs est limité à 30.

Le matériel sera fourni par le laboratoire. Les préparations faites par les élèves resteront leur propriété.

Les auditeurs qui auront fait preuve d'assiduité pourront, s'ils le désirent, recevoir un certificat à la fin de la série de conférences.

Seront admis les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur Jean-Louis Faure.) — *Gynécologie. Cours de perfectionnement.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Michon, chef de clinique; Leroy, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 18 mai au samedi 30 mai 1925.

Le cours complet en douze leçons aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 h., sauf le dimanche.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu à la fin du cours.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance de versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3), les lundis, mercredis, vendredis, de 15 à 17 heures.

COURS D'ACTUALITÉS DU VAL-DE-GRACE. — Les cours d'actualités médicales et chirurgicales du Val-de-Grâce, qui avaient été suspendus pendant le mois d'avril en raison des vacances de Pâques et du Congrès international de médecine militaire, ont repris le 9 mai par un exposé du docteur Roux-Berger sur « la chirurgie et la curiethérapie devant le cancer ».

Ils continueront, comme par le passé, les deuxième et quatrième samedis de chaque mois, à 17 heures.

Le 23 mai : Les acquisitions récentes sur le traitement de la méningite cérébro-spinale, par le médecin inspecteur Dopter.

Le 13 juin : La tuberculose chirurgicale et l'héliothérapie dans la région parisienne, par le professeur Duguet.

Le 27 juin : Le problème du cancer, par le professeur Borrel (de Strasbourg).

CHRONIQUE

LE MUSÉE DU COLLÈGE DES MÉDECINS DE PHILADELPHIE

Le Collège des médecins de Philadelphie vient de publier une plaquette de 32 pages consacrée aux souvenirs, provenant de savants célèbres, dont il assure la conservation.

Cette plaquette est intitulée : « La conservation des souvenirs de Rush, Jenner, Pasteur, Lister et Curie dans le cabinet du Collège des médecins de Philadelphie, successivement assurée par des personnalités de la profession médicale aux Etats-Unis ».

La préface rappelle que le Collège de Philadelphie, fondé en 1787, a toujours représenté tout ce qu'a d'élevé la profession médicale et son meilleur esprit scientifique depuis la fondation des Etats-Unis et qu'il était particulièrement désigné pour recevoir des reliques historiques dont la garde est un honneur pour les plus hautes personnalités.

Elle expose ensuite que « l'esprit qui guide la vie des grands hommes est mis en lumière par l'exemple des cinq savants dont les souvenirs sont conservés dans le cabinet du Collège; on peut analyser ainsi cet esprit : préparation intensive, ressources illimitées dans le travail, observation serrée et exacte, forte conviction d'être dans le droit chemin, bravoure audacieuse, idéalisme, culture, foi religieuse, humanitarisme, et zèle éducateur ».

La préface se termine par l'énumération des conservateurs du cabinet depuis qu'il fut donné au Collège par le docteur Robert ABBE (de New-York), ce fut d'abord, désigné par le donateur, le docteur WEIR MITCHELL (de Philadelphie) [de 1910 à 1917], qui choisit pour son successeur le docteur Simon FLEXNER (de New-York) [de 1917 à 1920], celui-ci choisit à son tour le docteur William Henry WELCH (de Baltimore), [de 1920 à 1924], lequel désigna le docteur William W. KEEN (de Philadelphie), actuellement conservateur du cabinet, et qui a déposé aux archives du Collège un pli scellé contenant le nom de son successeur.

La plaquette donne ensuite un historique des reliques conservées, leur photographie et un portrait de chacun des savants illustrés de qui elles proviennent.

Pour Benjamin RUSH, une boucle de ses souliers, et une montre portant son nom suivi de la mention « signataire de la déclaration de l'Indépendance ».

Pour JENNER, son encrier et un médaillon contenant une mèche de ses cheveux.

Pour LISTER une de ses trousses d'instruments, et des tubes d'essai pour la fermentation de l'acide lactique.

Pour PASTEUR, un modèle en carton pâte (qu'il a lui-même confectionné et étiqueté) représentant un cristal d'acide tartrique; ce modèle lui a servi au cours de ses leçons et a été donné au Collège par le docteur CALMETTE.

Pour CURIE, un appareil donné par Mme CURIE qui a servi à son mari et à elle dans leurs premières recherches sur le radium.

Le présent conservateur du cabinet verrait ses vœux comblés s'il pouvait être mis sur la trace de reliques ayant appartenu ou ayant servi à HARVEY, à VESALE, et à Ambroise PARÉ : nous souhaitons qu'il ne soit pas impossible à nos lecteurs d'y parvenir, et de permettre ainsi au docteur W. W. KEEN de compléter la précieuse collection du Collège des médecins de Philadelphie.

R. L.

REVUE GÉNÉRALE

LES RÉTRÉCISSEMENTS CONGÉNITAUX DU DUODÉNUM

Par M. D. EBRARD,
Interne des hôpitaux de Paris.

Les rétrécissements congénitaux du duodénum se présentent sous deux aspects différents :

1° Dans le premier cas, il s'agit d'une sténose extrêmement serrée, parfois même d'une atrésie complète du duodénum, la lésion est dans la règle sus-mésocolique, elle peut être sus- ou sous-vatérienne, elle se révèle dès les premiers jours de la naissance par des symptômes alarmants qui commandent l'intervention d'urgence, le pronostic vital est en jeu.

2° Dans le second cas, la nature du rétrécissement est variable, liée la plupart du temps à une disposition péritonéale anormale qui rétrécit le duodénum par compression, la lésion est sous-mésocolique, occupant dans la majorité des cas la troisième portion du duodénum, plus rarement l'angle duodéno jéjunal, elle ne se révèle qu'après une période de latence plus ou moins longue, par des signes de gravité progressivement croissants, n'entraînant que plus tardivement, par leur intensité et leur répétition, la nécessité d'une intervention chirurgicale.

Ces deux formes très différentes s'opposent donc par leurs causes, leur allure clinique, leur évolution et leur pronostic.

I

RÉTRÉCISSEMENTS INCOMPATIBLES AVEC LA VIE

Historique. — Le premier cas fut signalé par Aubery en 1803. Depuis cette date les autopsies ont été plus fréquentes et un nombre de cas relativement assez élevés ont été publiés par les auteurs de tous les pays.

Ernst (de Copenhague), en 1916, pratiqua pour la première fois avec succès une duodéno-entéro-anastomose chez un enfant de onze jours.

Récemment la question des rétrécissements congénitaux du duodénum a été remise à l'ordre du jour par différents travaux : la « Revue générale » de Comby (1921) dans les *Archives de médecine des Enfants;* dans ce même journal, la « Revue générale » de Péhu et Auberge (1924), enfin les thèses de J. Florand (Paris, 1924) et d'Auberge (Lyon, 1921).

Étiologie. — Il s'agit là de lésions relativement rares, représentant environ un tiers des malformations congénitales de l'intestin. Les statistiques récentes des Maternités évaluent sa fréquence à un cas sur 20.000 naissances.

Ses causes en sont obscures : on incrimine surtout la syphilis, l'hydramnios au cours de la grossesse.

Les enfants porteurs d'un rétrécissement congénital sont en général des prématurés et des débiles.

La lésion peut coexister avec d'autres malformations : pied bot, ectopie testiculaire, imperforation anale, exstrophie de la vessie, qui assombrissent le pronostic.

Anatomie pathologique. — 1° NATURE DU RÉTRÉCISSEMENT. — Il peut s'agir :

Soit d'une sorte de diaphragme muqueux, unique ou multiple, considéré par certains auteurs comme constitué par une hypertrophie des valvules conniventes; ce diaphragme peut être perforé dans certains cas, jouant le rôle d'une véritable soupape, mais l'orifice reste imperméable aux gaz;

Soit d'une biloculation duodénale, la partie rétrécie pouvant être formée par un cordon fibreux présentant les caractères histologiques de l'intestin grêle moins la muqueuse. Ce cordon peut du reste disparaître et le duodénum présenter alors deux culs de sac s'opposant par leur convexité, sans communication.

2° SIÈGE. — Son siège est presque toujours sus-mésocolique, son lieu d'élection se trouve au niveau de l'ampoule de Vater, il occupe parfois l'angle duodéno-jéjunal, exceptionnellement il peut intéresser tout l'organe.

Sa plus grande fréquence sus- ou sous-vatérienne varie suivant les auteurs.

3° CONTENU. — On trouve de la bile dans le segment proximal si le rétrécissement siège au-dessous de l'ampoule de Vater, et dans le segment distal, une masse offrant la consistance de mastic dans laquelle l'examen chimique et histologique met en présence de la cholestérine, du mucus et des hématies.

A signaler parfois la présence paradoxale de bile dans l'estomac dans les sténoses sus-vatériennes en cas de branche surnuméraire du cholédoque.

4° LÉSIONS DE VOISINAGE. — Les vaisseaux mésentériques aboutissant au segment intestinal rétréci sont diminués de volume ou parfois complètement obturés.

La présence d'une adénopathie mésentérique, parfois volumineuse, est constante.

5° LÉSIONS SECONDAIRES. — Celles-ci n'ont le plus souvent pas le temps de se constituer, et il est exceptionnel que l'évolution rapide de l'affection laisse, comme le décrivent certains auteurs, à l'estomac le temps de se dilater, à l'intestin celui de s'atrophier.

Histologie. — L'examen histologique du duodénum peut montrer des lésions de la muqueuse, mais celle-ci est le plus souvent intacte, sans ulcérations. C'est dans la couche musculaire que siègent surtout les lésions : on trouve en effet d'une façon constante une hypertrophie toujours marquée des fibres musculaires.

Pathogénie. — Bien des théories ont été proposées, nous ne signalerons que les principales. On a invoqué comme causes déterminantes du rétrécissement :

Soit des maladies fœtales, surtout les inflammations péritonéales d'origine bacillaire ou syphilitique;

Soit des causes mécaniques, telles que la compression par un organe ou par une tumeur (adénome);

Soit des arrêts de développement;

Soit des anomalies au cours du développement : pour Jaboulay la lésion intestinale serait secondaire à une atrophie primitive des vaisseaux mésentériques, à l'opposé de l'opinion de ceux qui considèrent la lésion intestinale comme l'élément initial.

La théorie de Tandler, basée sur l'embryologie paraît plus séduisante : il ne s'agirait en réalité que de la permanence d'un état fœtal momentané; en effet au cours du développement vers la dixième

semaine, il se produirait une occlusion physiologique par bourgeonnement épithélial; dans la normale, ce bourgeonnement régresse ultérieurement.

Symptômes. — C'est en général le lendemain ou le surlendemain de la naissance que l'attention est attirée par l'apparition des vomissements.

Ces vomissements surviennent aussitôt après la tétée ou quelques instants plus tard; ils sont toujours précoces et d'autant plus précoces que le rétrécissement est plus élevé.

Ils peuvent survenir après une suite d'efforts, mais ils présentent le plus souvent le caractère explosif des vomissements en fusée signalé par tous les auteurs.

Leur odeur est à peine marquée, ils ne présentent jamais le caractère fécaloïde.

Ce sont des vomissements abondants, jaunes, verdâtres, renfermant de la bile le plus souvent, mais se présentant parfois sous forme de vomissements noirs, par suite de la présence de sang dû aux ulcérations secondaires de la muqueuse intestinale; celles-ci ont été constatées au cours des autopsies.

Contrastant avec ces vomissements précoces et abondants, on constate que l'enfant ne rend pas de méconium; même au bout de plusieurs jours; ses langes ne sont pas souillés; tout au plus parfois l'enfant expulse-t-il un faux méconium, peu abondant, de couleur mastic, de consistance crayeuse, dans lequel l'examen constate l'absence de cellules épithéliales, de graisse sébacée, de poils de lanugo.

Cet examen des selles présenterait pour Walz une grande importance diagnostique; il ne devrait jamais être négligé.

Quelques auteurs signalent l'apparition d'ictère, ictère par rétention le plus souvent; mais c'est là un signe inconstant et de peu de valeur étant donné la fréquence de l'ictère physiologique dans les premiers jours qui suivent la naissance.

Tous sont d'accord sur l'oligurie ou l'anurie constantes.

Enfin l'élévation thermique a été signalée.

A l'examen de l'enfant, on note la présence d'un météorisme localisé à la partie supérieure de l'abdomen; dans l'intervalle des cris, on peut voir se dessiner sous les téguments, toujours peu épais à cet âge, des ondes péristaltiques dirigées de gauche à droite et traduisant les contractions de l'estomac luttant contre l'obstacle.

Tous ces signes sont d'autant plus marqués qu'il s'agit d'un rétrécissement plus serré.

Abandonnée à elle-même l'affection présente une évolution essentiellement rapide. Sous l'influence de la dénutrition et de la déshydratation, la chute de la courbe du poids est progressive, pouvant atteindre 200 grammes par jour dans les rétrécissements très serrés.

L'atteinte de l'état général est précoce et la mort survient rapidement, du troisième au cinquième jour, en algidité, parfois au milieu de crises convulsives.

Pronostic. — Le pronostic de l'affection est donc toujours sombre.

Rapidement fatal en cas de rétrécissement serré et abandonné à lui-même, il reste cependant grave également dans les formes moins sténosantes et pour lesquelles on intervient à temps par une opération de dérivation intestinale, toujours choquante pour un organisme frêle et débile.

Diagnostic. — Le diagnostic positif reposera essentiellement sur l'existence de vomissements précoces et bilieux, survenant dès les premières tentatives d'alimentation, et sur le défaut d'expulsion du méconium.

On pourra le confirmer, si l'on a sous la main l'installation nécessaire pour un examen radiographique, souvent difficile à pratiquer à cet âge, après ingestion d'un biberon baryté.

Le diagnostic différentiel se posera tout d'abord avec les autres rétrécissements du tube digestif.

L'atrésie congénitale de l'œsophage se révèle par l'apparition de vomissements encore plus précoces. L'ingestion de la moindre quantité d'eau ou de lait provoque instantanément des accès de suffocation violente avec cyanose de la face. L'atrésie pylorique est impossible à différencier cliniquement sans l'intervention de la radiographie. L'imperforation ano-rectale s'accompagne, comme le rétrécissement duodénal, de l'absence du rejet de méconium; l'examen de la région périnéale et le toucher rectal faciliteront le diagnostic.

On pensera ensuite aux coudures intestinales, invaginations, volvulus, à l'étranglement intestinal par brides congénitales qui s'accompagnent des signes d'une occlusion aiguë.

La hernie diaphragmatique congénitale étranglée s'accompagne dès la naissance de signes extrêmement graves et pathognomoniques : l'enfant se présente en état de mort apparente, avec cyanose de la face, l'examen local montre une dépression épigastrique accompagnant une voussure thoracique.

Deux affections peuvent enfin être facilement éliminées :

1° La sténose pylorique par hypertrophie musculaire. Dans ce cas, l'apparition des premiers signes cliniques est toujours précédée d'une période de latence absolue, pouvant durer une vingtaine de jours; la connaissance de cet intervalle libre constant évitera cette erreur de diagnostic;

2° Le pylorospasme essentiel de la première enfance. Dans ce cas également les premiers symptômes de l'affection sont toujours tardifs, le lavage d'estomac amène une sédation rapide des vomissements.

Le diagnostic du siège sus- ou sous-vatérien du rétrécissement se fera par la constatation de la présence ou de l'absence de bile dans les vomissements.

Traitement. — Tout au début, quand le diagnostic n'est pas encore définitivement établi, on pourra prescrire un lavage d'estomac ou l'ingestion de quelques gouttes de belladone pour vaincre le spasme intestinal, mais on ne s'attardera pas à cette thérapeutique illusoire qui risque de faire perdre un temps précieux et, dès que le diagnostic aura été confirmé par la radiographie, le traitement chirurgical d'urgence s'imposera. On ne peut fixer à l'avance la technique opératoire : celle-ci variera suivant la lésion devant laquelle on se trouvera.

Les brides péritonéales seront liées et libérées.

S'agit-il d'une tumeur intrinsèque, on en pratiquera l'ablation ou, si cette manœuvre est impossible, on tentera, de même qu'en présence d'une atrésie complète, de rétablir le transit intestinal par une duodéno-jéjunostomie.

C'est là l'opération de choix pour tous les auteurs : elle doit être préférée, surtout chez le nourrisson, à la gastro-entérostomie.

La duodéno-jéjunostomie reste pourtant, dans tous les cas, une intervention toujours grave (premier cas suivi de guérison par Ernest-Copenhage 1916).

II

RÉTRÉCISSEMENTS COMPATIBLES AVEC LA VIE.

Il s'agit alors toujours d'un retrécissement vrai et jamais d'une atrésie.

Il peut se révéler quelques jours après la naissance, plusieurs mois après, au cours de l'adolescence ou vers la vingtième année.

Son origine congénitale est presque toujours facile à mettre en évidence cliniquement, car le sujet présente, dans la règle, un passé intestinal qui date de l'enfance, et anatomiquement, car l'intervention permet de constater la présence de dispositions congénitales anormales.

Historique. — C'est en 1908 que Lecène, dans une étude sur l'occlusion duodénale aiguë post-opératoire, mit le premier en évidence le rôle joué par l'artère mésentérique supérieure.

Plus récemment, l'attention fut de nouveau attirée en France sur cette question par une observation d'Ombrédanne publiée en 1919 à la *Société de chirurgie de Paris*. Il s'agissait d'un volvulus total de l'intestin avec écrasement du duodénum par la corde mésentérique : l'auteur pratiqua avec succès la détorsion de l'intestin suivie de colopexie.

Cette observation fut le point de départ d'une discussion importante à la *Société de chirurgie* à laquelle prit part notamment Grégoire apportant quatre nouvelles observations.

Depuis, de nouvelles observations ont encore été rapportées par Veau, Pehu, Audry, Marfan et Duval et Gatellier ont décrit en 1921, dans les *Archives des maladies de l'appareil digestif*, les diverses malformations péritonéales susceptibles de provoquer le retrécissement duodénal.

Anatomie pathologique. — Siège. — La sténose est en général toujours sous-mésocolique, son siège d'élection est la partie moyenne de la troisième portion du duodénum, lieu de passage de la mésentérique supérieure.

Causes. — Les malformations péritonéales sont de beaucoup les causes les plus fréquentes. Pour Duval et Gatellier, on peut rattacher le rétrécissement à quatre ordres de lésions péritonéales :

1° Brides péritonéales. — Au-dessus du mésocôlon on trouverait des formations membraneuses péricoliques, d'origine omentale, qui viendraient enserrer la deuxième portion du duodénum.

Il s'agirait plus rarement d'un ligament cystico-duodéno-colique anormalement court, créant le même ordre de lésion.

Les brides péritonéales sous-mésocoliques au niveau de l'angle duodéno-jéjunal seraient beaucoup plus rares (2 cas : Duval, Jean).

2° Défaut de coalescence du mésocôlon. — C'est là la lésion la plus fréquente ; elle peut être partielle ou totale :

a. *Totale.* — La mésentérique supérieure a été l'axe autour duquel s'est opérée la torsion de l'anse intestinale, par suite de la non-coalescence du mésocôlon, elle reste le pivot du gros intestin ; or celui-ci, non fixé, tend à se prolaber dans le bassin, il tire sur l'artère qui comprime D3.

La compression peut être plus ou moins marquée suivant l'état de vacuité ou de réplétion de l'intestin, ce qui explique l'évolution par crises.

Si le duodénum, lui aussi, ne se fixe pas, la torsion du gros intestin peut se faire sous le duodénum, la mésentérique passe alors sur D3 et sur le côlon transverse.

Enfin, le défaut de coalescence peut s'accompagner d'un volvulus total de l'intestin et D3 est alors écrasée par la racine du mésentère tordue sur elle-même (Ombrédanne) ;

b. *Partielle.* — Le côlon ascendant est le segment intestinal qui se fixe en dernier lieu ; si l'accolement ne se fait pas au niveau du côlon ascendant, de l'angle droit et de la partie droite du côlon transverse, la traction de l'anse intestinale sur la mésentérique supérieure et la colique supérieure droite suffit à amener un rétrécissement temporaire du duodénum.

3° Brièveté du mésentère. — Elle peut être une cause de compression par ce fait qu'elle entraîne l'aplatissement de D3 ou la coudure de l'angle duodéno-jéjunal.

4° Excès de longueur du mésocôlon. — La compression, dans ce cas, n'est plus d'origine vasculaire mais d'origine mésocolique, le mésocôlon venant comprimer l'angle duodéno-jéjunal sous-jacent.

A côté de ces causes péritonéales, de beaucoup les plus fréquentes, Alglave fait jouer un rôle important à la ptose rénale droite qui serait pour lui l'élément initial déclanchant secondairement une ptose colique droite. La majorité des auteurs, avec P. Duval, voit au contraire dans cette ptose rénale droite concomitante une conséquence de la non-coalescence péritonéale entravant la formation du fascia de Toldt.

Lésions secondaires. — La dilatation gastrique n'est pas exceptionnelle, car, dans ces cas, elle a eu le temps de s'installer progressivement depuis le début des accidents.

Certains auteurs notent une dilatation particulière des veines du mésentère et une adénopathie mésentérique notable.

Symptômes. — Le tableau clinique est celui d'une occlusion chronique sous-vatérienne. D'après ce que nous avons dit des causes du rétrécissement, on peut prévoir que l'affection évolue par crises intermittentes.

Les premiers symptômes apparaissent dès la naissance ou plus tardivement (dix-huit mois dans le cas d'Ombrédanne).

Dans l'intervalle des crises, le sujet présente des troubles digestifs constants, mais sans grande netteté : digestions pénibles, sensation de ballonnement épigastrique, surtout état nauséeux perpétuel allant rarement jusqu'au vomissement.

Le sujet est en général un constipé beaucoup plus souvent qu'un diarrhéique.

Les auteurs anglais attachent une particulière importance à la présence à jeun de bile dans l'estomac.

Tout à coup une crise aiguë va apparaître, caractérisée par des douleurs et des vomissements.

Les vomissements sont abondants : ce sont des vomissements verts renfermant de la bile presque pure.

Pour P. Duval, ils se présentent, soit sous la forme de vomissements en jet, sans effort, spontanés, traduisant un pylore forcé avec dilatation gastrique importante, soit sous la forme de vomissements pénibles, moins abondants, survenant après des crises de nausées douloureuses, ne s'accompagnant pas de dilatation gastrique.

Les douleurs sont essentiellement variables dans leur siège et dans leur modalité.

Ce sont parfois des douleurs sourdes : sensation de pesanteur, de plénitude épigastrique, beaucoup plus souvent elles se présentent avec des caractères plus aigus sous la forme de crampes ou de brûlures. Elles sont en général tardives dans leur apparition, survenant trois à quatre heures après les repas et soulagées par l'attitude genu-pectorale.

Elles peuvent se localiser au niveau de la région épigastrique ou s'irradier au contraire à toute la cavité abdominale.

L'examen physique en période de crise douloureuse peut montrer une voussure épigastrique ou une défense pariétale généralisée avec sonorité exagérée à la percussion. Celle-ci est elle-même le plus souvent douloureuse.

Certains auteurs ont conseillé de mettre en pratique la manœuvre de la « pression paradoxale » de Hayes, mais celle-ci est souvent douloureuse. En comprimant la masse intestinale en haut et à gauche, on peut parvenir dans certains cas à ouvrir l'angle duodéno-jéjunal; les gaz s'échappent aussitôt, le tympanisme disparaît en même temps que la région épigastrique s'affaisse avec production de bruits hydro-aériques.

En période de crise, les symptômes généraux peuvent être assez marqués. On a pu noter une ascension thermique atteignant 39 degrés, le malade est abattu, parfois légèrement dyspnéique, l'oligurie est constante.

La période de crise douloureuse dure en général deux à trois jours, puis tout rentre dans l'ordre.

La période de latence relative peut être plus ou moins longue, un à deux mois ordinairement, puis une nouvelle crise douloureuse va survenir.

A la longue, la persistance des troubles digestifs, la répétition des accidents aigus entraînent une atteinte marquée de l'état général, les malades s'amaigrissent, deviennent adynamiques, les téguments prennent la teinte jaunâtre et terreuse des cachexies digestives, il n'est pas rare de voir un retentissement psychique de l'affection chez ces malades qui deviennent irritables, neurasthéniques.

Formes cliniques. — P. Duval distingue deux grandes formes cliniques :

Une *forme gastro-duodénale* pure, qui nous intéresse surtout, dûe à une véritable sténose duodénale et caractérisée par la prédominance des vomissements;

Une *forme colique droite* se traduisant surtout par de la constipation, parfois par des vomissements espacés.

Il est cependant permis de se demander si véritablement la constipation par stase colique droite ne doit pas, dans l'immense majorité des cas, être rattachée à d'autres causes plus complexes parmi lesquelles les troubles sympathiques et endocriniens joueraient un rôle primordial.

Diagnostic. — Le diagnostic positif de l'affection est difficile à poser par la clinique seule. En pratique, on s'assurera toujours d'un examen radiographique qui donne une image pathognomonique.

On étudiera tout d'abord les contractions intestinales. Bien que les contractions antipéristaltiques du duodénum soient considérées par certains auteurs (Carnot) comme normaux, ils constituent pour d'autres et pour P. Duval, en particulier, un des signes les plus importants.

L'image duodénale elle-même sera capable de fournir de précieux renseignements en montrant une dilatation sus-stricturale, très marquée dans certains cas.

Enfin, l'étude du transit duodénal montrera que le duodénum, qui s'évacue lentement chez un sujet normal, s'évacuera plus lentement encore — une heure et plus — en cas de rétrécissement.

Du reste, on devra toujours étudier le transit intestinal complet par des examens répétés de douze en douze heures. Celui-ci montrera la stase colique droite si l'on constate la présence de baryte dans le cæcum et le côlon ascendant après trente-six heures.

On voit donc le rôle primordial joué par la radiographie dans le diagnostic de l'affection : elle permet de préciser le diagnostic, de localiser le siège du rétrécissement et même d'en prédire sa cause.

Pour P. Duval, en cas de sténose intrinsèque, l'image ne serait modifiée ni par la position du malade, ni par la palpation sous l'écran; en cas de sténose due à une malformation péritonéale, toutes les manœuvres qui tendent à soulager le pédicule mésentérique lèvent l'obstacle et permettent le passage de la baryte dans le jéjunum.

Le diagnostic différentiel se pose de façon différente suivant qu'on se trouve en présence d'une forme duodénale pure avec prédominance de la sténose — donc des vomissements —, ou d'une forme colique droite avec prédominance de la stase — donc de la constipation.

Dans le premier cas, le diagnostic peut se poser avec une sténose congénitale du pylore et seul l'examen à l'écran peut trancher le différend.

L'estomac biloculaire en sablier est une affection rare chez l'enfant, il est le plus souvent secondaire, soit à une lésion cicatricielle, soit à des brides péritonéales d'origine inflammatoire, tuberculeuse le plus souvent. Ici encore c'est la radiographie et l'étude des anamnestiques qui feront le diagnostic.

Les sténoses duodénales secondaires à un ulcère cicatrisé sont possibles (Schmidt, Langstein), mais l'ulcus duodénal est rare chez l'enfant et se signale toujours par une complication initiale.

On pensera enfin à une périduodénite localisée d'origine bacillaire.

Nous ne ferons que signaler le mégaduodénum, dilatation exceptionnelle, idiopathique, du duodénum, sans cause stricturale nette à l'intervention, (2 cas de Gamberini et Beckmann) et la compression par une tumeur intrinsèque (1 cas de Marfan et Turquéty : il s'agissait d'un adénome développé aux dépens des glandes de Lieberkühn).

Traitement. — Le traitement chirurgical s'impose dans tous les cas, quand le traitement médical a montré son impuissance. Toutefois il est permis de temporiser tant que le diagnostic n'est pas formellement confirmé par la radiographie et tant que l'état général reste bon. On ne doit pas dépasser une certaine limite de tolérance au delà de laquelle on s'exposerait à intervenir sur un terrain en état de

moindre résistance, ce qui diminuerait proportionnellement les chances opératoires.

L'intervention variera suivant la lésion :

Les brides péritonéales seront liées et réséquées;

En cas de malformation péritonéale, on a le choix entre deux interventions :

1° La gastro-entérostomie à la von Hacker. Mais cette opération est déconseillée par la majorité des auteurs. En effet, dans les jours qui suivent l'intervention, on voit les vomissements persister pendant quelque temps, de la diarrhée apparaît, et la gastro-entérostomie doit être complétée par une exclusion du pylore. La mortalité est de 30 p. 100 environ.

2° On recourra de préférence à la duodéno-jéjunostomie, transmésocolique pour les uns, précolique pour les autres (Ernst). C'est là l'opération de choix pour P. Duval.

En présence d'un volvulus total de l'intestin, on pratiquera tout d'abord la détorsion de la masse intestinale que l'on fera suivre d'une fixation colique, mais l'on sait, malgré les heureux résultats de certains auteurs (Ombrédanne, Grégoire) combien sont aléatoires les résultats des colopexies.

Reste, enfin, la forme colique droite. Ici encore, certains auteurs préconisent la colopexie (P. Duval), d'autres, au contraire, conseillent la résection colique droite suivie d'anastomose iléo-colique bout à bout : la question ne pourra être tranchée qu'ultérieurement quand seront connus les résultats éloignés des opérations déjà pratiquées.

BIBLIOGRAPHIE

ALGLAVE. Rapports de la ptose rénale droite avec certains accidents gastriques, duodénaux ou coliques, *Bull. et mém. de la Soc. de chir.*, Paris, 16 juin 1920, p. 966.

AUBERGE. Rétrécissements congénitaux duodénaux de l'enfant, *Th. de Lyon*, 1921-1922.

BEAURIN. Occlusion duodénale aiguë par la mésentérique supérieure, *Th. de Paris*, 1908.

BRINDEAU. Imperforation duodénale, *Bull. méd.*, 1895, p. 177.

COMBY. Rétrécissements congénitaux du duodénum, *Arch. de méd. des enf.*, 1921, n° 3.

DELBET. Occlusion duodénale chronique par compression mésentérique. Duodéno-jéjunostomie, *Soc. de chir. Paris*, 16 juin 1920.

DUVAL, BAZY et SAVARIAUD. Rétrécissements sous-vatériens du duodénum, *Soc. de chir. Paris*, 1920, p. 887.

DUVAL et GATELLIER. Sténose chronique sous-vatérienne du duodénum par malformation congénitale du péritoine, *Arch. des mal. de l'appar. digestif*, 1921, t. XI, n° 3, p. 145.

FLORAND. *Th. de Paris*, 1924.

FOISY. Occlusion duodénale par malformation congénitale du côlon ascendant, *Soc. de chir. Paris*, 10 déc. 1919.

GRÉGOIRE. Quatre cas d'occlusion chronique sous-vatérienne du duodénum, *Soc. de chir. Paris*, 19 mai 1920.

JABOULAY. Pathogénie de l'imperforation et des rétrécissements congénitaux des conduits naturels, analyse *Presse méd.*, avril 1902.

LECÈNE. Occlusion duodénale aiguë postopératoire, *Journ. de Chir.*, 1908, p. 781.

OMBRÉDANNE. Volvulus total de l'intestin à évolution chronique, *Soc. de chir. Paris*, 30 avril 1919.

PÉHU et AUBERGE. Rétrécissement congénital du duodénum, *Arch. de méd. des enf.*, juin 1924.

SAVARIAUD. Trois observations de coudure duodénale, *Soc. de chir. Paris* 1920, p. 890.

TURQUÉTY et FLORAND. Atrésies et sténoses du duodénum dans la première enfance, *La Médecine infantile*, fév. 1925.

IIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE & PHARMACIE MILITAIRES (1)

SPÉCIALISATION TECHNIQUE

DISCUSSION ET COMMUNICATIONS

Lieutenant-colonel médecin A. CASARINI (Italie) : *La spécialisation technique comme base du fonctionnement du service sanitaire dans l'armée italienne pendant la dernière guerre.* — L'auteur expose brièvement la spécialisation technique qui fut le caractère de l'organisation militaire italienne dans la dernière guerre, comme la base du fonctionnement des différents services sanitaires :

a. *Chirurgicale*; b. *neurologie*; c. *stomatologique*; d. *opthalmologique*; e. *oto-rhino-laryngologique*; f. *physiothérapique*; g. *médical*; h. *prophylactique*; i. *antimalarique*; l. *neuropsychiatrique*; m. *antituberculeux*; n. *antiseptique*; o. *contre les gaz*; p. *contre les congélations*; q. *médico-légal*.

En traitant de chaque organisation, l'auteur met en valeur les excellents résultats obtenus par la spécialisation technique dans toutes les branches du service sanitaire, soit pour le plus grand ménagement possible des forces combattantes, soit pour la lutte contre les maladies épidémiques et contagieuses.

Communication du gouvernement du Japon : *De la spécialisation technique comme base du fonctionnement du Service de santé.*

A. A. l'intérieur :

1° *Surveillance sanitaire.* — Le médecin sanitaire de la troupe est tenu de faire subir à chaque soldat une visite médicale par mois, d'examiner une fois par an l'état de son développement physique, de transmettre au commandant de la troupe des rapports sur l'état général de l'hygiène et de la santé et de proposer toutes réformes ou dispositions qu'il juge aptes à améliorer la situation sanitaire de la troupe.

Les expériences médicales ont lieu aux hôpitaux militaires et à l'Ecole de médecine militaire.

Les officiers et les médecins militaires, au moyen de conférences à l'aide de tableaux muraux, répandent et cherchent à populariser les notions de l'hygiène parmi les soldats.

2° *Prophylaxie des maladies contagieuses.* — L'Ecole de médecine fabrique la quantité de sérums nécessaires aux besoins de l'armée.

La direction du service sanitaire de chaque division doit, s'il y a lieu, tenir compte des maladies contagieuses signalées dans la région.

Les médecins militaires doivent effectuer l'injection du vaccin mixte antityphoïdique aux nouveaux conscrits. En cas de besoin, ils injecteront du sérum contre la maladie épidémique qui sévit dans la région et mettront en observation les sujets douteux. Ils prendront aussi les mesures opportunes pour éviter l'importation des germes à l'intérieur de la caserne et limiter la contagion.

Toute désinfection urgente se fait à la caserne même; l'hôpital militaire exclusivement est désinfecté à la vapeur.

3° *Traitement des maladies.* — Le médecin militaire reçoit tous les jours les malades à la caserne et tâche de diagnostiquer l'affection aux premiers symptômes. Les soldats qui ne sont pas gravement malades sont soignés à l'infirmerie de la caserne, mais, en général, les malades sont envoyés à l'hôpital militaire et soignés par des spécialistes.

L'hôpital militaire comprend plusieurs bâtiments spécialisés : un pour les maladies internes, un pour la chirurgie, un pour l'oculistique, un pour l'oto-laryngologie, un pour la dermatologie, un pour les maladies contagieuses, un pour la chirurgie dentaire.

B. En campagne :

1° *Service régimentaire.* — Les secours aux blessés, au front, sont assurés par le Service de santé régimentaire qui comprend

(1) *Association de la Presse médicale française.*
Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 35, p. 565.

un certain nombre de médecins-majors, de sous-officiers, d'infirmiers, de brancardiers.

On recueille les blessés dans un endroit abrité du feu où on leur fait les premiers pansements. — Chaque soldat est muni d'un paquet de bandes.

2° *Ambulance.* — L'ambulance a pour mission de recueillir les blessés et malades, de leur donner les premiers soins et de les envoyer à l'hôpital.

3° *Hôpital de campagne.* — L'hôpital de campagne complète l'ambulance : il possède des appareils radiographiques et microscopiques.

4° *Hôpital d'étape et hôpital de réserve de campagne.* — L'hôpital d'étape et l'hôpital de réserve de campagne se trouvent à chaque commandement d'étape. Ces hôpitaux sont mieux outillés que l'hôpital de campagne ; les blessés et les malades peuvent y recevoir les soins de spécialistes jusqu'à guérison complète.

Sous la dépendance de chaque commandement d'étape se trouvent un service d'évacuation et un magasin de matériel militaire.

5° *Application des règles de l'hygiène au front.* — Au front, les médecins militaires veillent à l'application des règles de l'hygiène dans chaque corps de troupe, et, s'il est au besoin, ils transmettent leurs observations au commandant du corps.

Tout examen estimé nécessaire est confié à la section physico-chimique du service de prophylaxie de campagne.

6° *La prophylaxie en campagne.* — Au moment de la mobilisation on doit tenir compte du fait qu'une maladie contagieuse existe dans les régions qui serviront de théâtre à la guerre et prendre les mesures nécessaires contre cette maladie.

Le service de prophylaxie en campagne doit procéder à la recherche de la source de la maladie contagieuse et charger les médecins régimentaires de la combattre, si elle existe.

Les appareils de désinfection se trouvent au magasin du matériel sanitaire.

Lieutenant-colonel médecin F. CACCIA (Italie). *De la spécialisation chirurgicale en temps de guerre : son application dans les formations sanitaires de division, de corps d'armée et d'armée.* — 1° Le service chirurgical proprement dit doit commencer dans la zone des divisions ; pour les blessés très graves et intransportables seulement, il doit être réalisé par une formation sanitaire spécialisée (centre chirurgical) ;

2° Une première spécialisation chirurgicale doit être commencée dans les hôpitaux de campagne de corps d'armée (viscéraux et osté-articulaires) et doit être complétée dans les hôpitaux d'armée avec toutes les spécialités ;

3° La condition indispensable pour le bon résultat de la cure est la direction technique unique, au moins jusqu'à la guérison chirurgicale ;

4° Dans la guerre de montagne, pour la bonne réussite de la cure, il est nécessaire de résoudre, la question de la rapide évacuation.

Lieutenant général médecin WILMAERS (Belgique). *Spécialisation technique.* — Je crois devoir insister sur la nécessité absolue pour le médecin en général, et pour le médecin militaire en particulier, de posséder des connaissances sérieuses, au moins générales et courantes, dans les diverses spécialités de sciences médico-chirurgicales.

Cette opinion a trouvé en Belgique sa sanction dans l'établissement d'un examen de maturité pour l'accession au grade d'officier supérieur médecin.

Le programme comporte trois épreuves obligatoires :

1° *Une épreuve médicale* comprenant la chirurgie, la médecine et la pratique courante des diverses et importantes spécialités ;

2° *Une épreuve médico-militaire* comprenant l'hygiène militaire le Service de santé militaire en temps de paix et en campagne, la législation militaire, etc ;

3° *Une épreuve militaire* proprement dite.

Enfin une épreuve facultative portant sur l'une ou l'autre spécialité déterminée dont le candidat doit faire la preuve d'une connaissance approfondie.

Lieutenant-colonel médecin ALARICO DAMASIO (Brésil) : *De la spécialisation technique comme base du fonctionnement du Service de santé. Son application aux différents échelons.*

M. le docteur PASTEAU (France) : *De l'affectation des spécialités au Service de santé militaire.*

Médecin-major QUIDET (France) : *A propos du rapport sur la spécialisation technique.*

Médecin-major SCHIKELÉ (France). *L'utilisation par le Service de santé en campagne des ingénieurs techniques sanitaires.*

Médecin-major ANDRIEU (France). *Organisation générale du traitement des tuberculoses chirurgicales en temps de guerre.*

Médecin-major VELTER et BARBAZAN (France). *Organisation d'un centre d'ophtalmologie d'armée.*

Colonel HUME (U. S. A.). *De la mobilisation des universités américaines.*

Capitaine en premier F. WATRY (Belgique) : a. *L'hospitalisation et le traitement des blessés maxillo-faciaux.*

b. *Quelques considérations sur les soins dentaires à l'armée en temps de paix et en temps de guerre.*

SIR ALMROTH E. WRIGHT a fait une conférence sur *Les leçons de la guerre*, dans laquelle il expose d'une manière intéressante et humoristique des idées originales et nouvelles sur la résistance des microbes dans le sang et l'action des antiseptiques sur les milieux vivants.

Cette conférence était accompagnée de projections et de tableaux qui ont vivement intéressé l'auditoire.

SÉLECTION DU CONTINGENT ET TUBERCULOSE

DISCUSSION

Lieutenant-colonel docteur Alberto LEVENE (République Argentine). Expose dans un travail très étudié les méthodes de sélection du contingent et l'établissement d'un diagnostic précoce de la tuberculose dans l'armée. En voici les conclusions :

1° En faisant la sélection du contingent, nous devons éliminer sans exception les faibles de constitution, qu'ils soient ou non porteurs de foyers bacillaires, du moment que ce sont toujours eux qui succombent devant le bacille.

2° Un homme vigoureux, même étant un tuberculeux latent, donnera difficilement une tuberculose évolutive, si, durant sa présence dans les rangs, on l'entoure des mesures hygiéniques nécessaires. Cette sorte de sujet bénéficie largement de la vie militaire.

3° Il est nécessaire d'inculquer à l'esprit de l'officier instructeur la conviction profonde de l'importance hygiénique énorme de l'entraînement.

4° Il n'existe non seulement aucune relation de cause à effet entre les maladies infectieuses (grippe, rougeole, scarlatine, oreillons, érysipèle, etc.) et la tuberculose dans l'armée, mais il n'y a pas même de parallélisme entre elles ; il paraîtra plutôt qu'elles soient antagonistes. La même déduction peut se faire pour le paludisme.

5° Jusqu'à présent il n'existe pas de procédé capable d'établir la limite d'admission au service quand il y a tuberculose ; puisque la réaction de Besredka nous permettra seulement de constater des lésions dont la plupart sont compatibles avec la vie militaire.

6° Quel que soit le procédé que nous étudions pour dépister la tuberculose, il doit, comme condition fondamentale, être facilement applicable. A ce point de vue, celui qui s'approche le plus de ce desideratum c'est le médecin militaire expérimenté et connaissant bien le milieu militaire.

Médecin principal RIEUX, professeur au Val-de-Grâce (France). Apporte le résultat de ses recherches dans le *dépistage de la tuberculose latente dans l'armée*, au moyen de sa méthode basée sur le trépied clinique, radiologique et biologique. Il en obtient des résultats comparables à ceux indiqués par M. Alberto Levene.

Communication du Gouvernement du Japon. *Prophylaxie contre la tuberculose.*

« Au conseil de revision, les médecins militaires attachent une grande importance aux réponses que font les conscrits à leur questionnaire ; ils tiennent également compte de la mine des conscrits, des résultats de la mensuration, de l'examen de

la capacité thoracique et de l'auscultation médiate et immédiate.

Lorsque nous estimons qu'un conscrit est faible de constitution ou lorsque nous constatons, par l'auscultation, qu'un conscrit présente des lésions pulmonaires, nous le déclarons inapte au service actif. A son entrée dans le service actif, nous faisons subir à chaque conscrit un deuxième examen, plus minutieux que le premier; si besoin est, nous nous servons de la radiographie, de la microscopie, du tuberculino-diagnostic, des sérums antituberculeux pour éliminer les phtisiques.

Si, au conseil de revision ou à la visite médicale des candidats à une Ecole militaire, nous découvrons un tuberculeux, nous faisons connaître au directeur du Comité régional de la Croix-Rouge son nom et son état civil afin que le sanatorium de la Société puisse le recueillir et le soigner et que la contagion soit ainsi évitée aux autres. »

Médecin principal de 2e classe G. ANTONOPOULO (Grèce). *Résultat de ses recherches sur deux signes pour le dépistage de la tuberculose pulmonaire.*

Médecin inspecteur C. T. HANSEN (Danemark). Indique la *méthode de sélection du contingent appliquée au Danemark*, en particulier à propos de la tuberculose.

Lieutenant général médecin WILMAERS (Belgique). Montre l'intérêt qu'il y aurait, en temps de paix, à introduire dans l'examen médical du contingent une *méthode pratique de sélection au point de vue mental.*

M. J.-H. FROSSARD, préparateur à la Sorbonne (France), présente une communication sur les épreuves dynamiques pour le *classement du contingent* (tension artérielle, serrage du dynamomètre à la main, tenue vocale et puissance d'aspiration).

Docteur capitaine médecin TELESE et lieutenant-colonel médecin G. FUNAIOLI. *Observations sur vingt-deux soldats criminels, examinés morphologiquement, fonctionnellement et endocrinologiquement.*

Médecin-major MILLOUS, des troupes coloniales (France). *Sur l'utilité de la toise, du ruban métrique et de la bascule pour aider à juger de l'aptitude des Annamites au service militaire.*

Docteur K. NOISZEWSKI, professeur d'ophtalmologie à l'Université de Varsovie (Pologne). *Méthodes optométriques militaires inconnues en ophtalmologie.*

Médecin-major BEYNE (France). *Présentation d'un optomètre pour l'évaluation pratique et correcte de l'acuité visuelle diurne et nocturne.*

Médecin-major WORMS, professeur agrégé au Val-de-Grâce (France). *Le problème de l'évaluation pratique de l'acuité visuelle dans l'armée.*

Médecin-major DIOCLÈS (France). *Utilité et avantages de la télé-stéréo-radiographie dans la sélection du contingent.*

Lieutenant-colonel médecin A. BALLA (Italie). L'auteur expose d'une façon schématique, sous forme de liste, ses idées sur *les maladies de l'oreille et des premières voies respiratoires.*

Commandant médecin D. Antonio VALLEJO NAGERA (Espagne). *De l'hypnose comme moyen auxiliaire de diagnostic de la simulation dans l'armée.*

Lieutenant-colonel médecin Santos RUBIANO (Espagne).

a. *Les services de psychiatrie dans l'armée espagnole.*

b. *Sélection mentale des officiers pendant la durée du service.*

Lieutenant-colonel médecin A. CASARINI (Italie). *Méthode de sélection des pilotes dans l'aéronautique italienne et nouveaux procédés de technique psycho-physique.*

Commandant médecin Antonio PERES NUMOS (Espagne). *Premiers essais d'aviation sanitaire dans l'armée espagnole.*

Professeur ALESSANDRI (Italie). *L'aviation sanitaire en Italie.*

Enfin, d'autres communications, telles que *les anciens pleurétiques devant les conseils de revision,* du docteur BRELET, professeur de l'Ecole de médecine de Nantes (1); *Appareil de signalisation utilisé pour l'examen de l'acuité visuelle chez les mécaniciens,* du docteur ONFRAY (Paris); *La fièvre typhoïde au Vénézuéla, vaccination,* du docteur ISQUIERDO (Vénézuéla), ont été annoncées en fin de séance. SIBILLE.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 36, p. 563.

— L'assemblée générale a voté les conclusions suivantes :

Première question.

DE LA SPÉCIALISATION TECHNIQUE COMME BASE DU FONCTIONNEMENT DU SERVICE SANITAIRE. SON APPLICATION AUX DIVERS ÉCHELONS DU SERLICE DE SANTÉ.

I. Le Service de santé étant un service essentiellement technique, la spécialisation doit être une des bases de son organisation et de son fonctionnement.

II. Dans la nation armée elle doit s'adapter aux servitudes d'ordre militaire, et, en temps de guerre, le spécialiste doit avoir et garder la préoccupation dominante et constante de la récupération des effectifs.

III. Les qualités techniques des spécialistes, dûment justifiées, doivent se doubler de qualités physiques d'endurance et de qualités d'organisation et de réalisation.

IV. L'unité de vue et de doctrine étant indispensable, il est nécessaire de créer entre les spécialistes appartenant à des échelons différents une liaison continue et une subordination technique d'échelon à échelon, en vue de l'intérêt général.

V. Toutes les formations de traitement doivent être pourvues de spécialistes dûment qualifiés, les plus jeunes étant normalement affectés à la zone des armées.

VI. La spécialisation doit être à la base de la répartition du personnel technique.

VII. La répartition du personnel technique doit être établie :

1° Sur la fixation des nécessaires, suivant les différents échelons;

2° Sur le classement des spécialistes, suivant leur âge, leurs obligations militaires, leur compétence, celles-ci étant affirmées, soit par les titres hospitaliers et scientifiques, soit par les références de notoriété professionnelle.

VIII. Dès le temps de paix, le travail de répartition technique doit être conduit avec la seule préoccupation de la valeur professionnelle et du bien du service.

En temps de guerre il conviendra de faire confiance à l'autorité et à la collaboration constante des médecins et chirurgiens consultant aux armées, ainsi qu'à l'activité des sociétés savantes nationales.

Deuxième question.

SÉLECTION DU CONTINGENT ET TUBERCULOSE

1° La tuberculose cliniquement en activité exige en toutes circonstances l'élimination de l'armée.

2° Le diagnostic de la tuberculose doit mettre minutieusement en œuvre tous les procédés de diagnostic les plus perfectionnés : cliniques, radiologiques, bactériologiques, biologiques, tant au moment de l'incorporation qu'au cours de la vie militaire.

3° En ce qui concerne les lésions tuberculeuses éteintes, les solutions à préconiser peuvent être différentes suivant qu'il s'agit du temps de paix ou du temps de guerre, suivant les lois de recrutement en vigueur dans chaque pays, suivant les rapports entre le chiffre de la population et les besoins en effectif.

4° L'élimination des faibles de constitution est soumis aux mêmes contingences que celle des porteurs de lésions tuberculeuses éteintes.

5° Il serait éminemment désirable que l'on envisageât, d'accord avec les autorités civiles compétentes, toutes dispositions tendant à généraliser dans toute la mesure possible, parallèlement au développement de l'hygiène sociale scolaire et postscolaire, la présentation du dossier sanitaire des conscrits et des recrues lors des opérations du conseil de revision et de la visite médicale d'incorporation.

6° Le IIIe Congrès, constatant que le contingent n'est généralement pas soumis d'une façon systématique au crible de l'examen psychique, émet le vœu que l'on étudie le moyen de remédier à cette lacune, à l'effet surtout d'amener une meilleure répartition de jeunes soldats en rapport avec leur degré d'intelligence native ou acquise.

Troisième question.

ÉVOLUTION ET TRAITEMENT DES ARTHRITES TRAUMATIQUES

I. Les phénomènes mécaniques et réactionnels qui succèdent aux traumatismes fermés des articulations sont souvent réunis sous le nom d'arthrite traumatique. Ces troubles sont consécutifs aux lésions intra-péri et juxta-articulaires provoquées par l'action vulnérante; ellles s'accompagnent toujours d'atrophie musculaire ou osseuse.

II. Les infections articulaires, arthrites traumatiques au sens strict du mot, qui succèdent aux traumatismes ouverts, sont favorisées par la mortification constante des tissus par l'agent vulnérant et déterminées secondairement par la pénétration et la pullulation des germes.

III. Les séquelles des traumatismes articulaires fermés : corps étrangers, raideurs, ankyloses, etc., ont pour origine les phénomènes de cicatrisation des lésions de la jointure. Dans les traumatismes ouverts elles sont d'autant plus marquées qu'elles résultent du bourgeonnement de la synoviale, du cartilage articulaire et de la région intermédiaire, bourgeonnement d'autant plus intense que l'articulation a été plus infectée.

IV. Deux principes dirigent la thérapeutique des traumatismes fermés des articulations :

a. Eviter d'une façon aussi précoce que possible toute irritation de la synoviale par le sang, par un corps étranger, un début de sciatique, etc...

b. Entretenir le tonus et la puissance musculaire dès le début et lutter par le mouvement et la physiothérapie contre l'installation d'une amyotrophie et d'une impotence.

L'intervention chirurgicale n'a que des indications exceptionnelles; elle ne doit être conseillée qu'en présence d'une lésion anatomique constatée, déterminant des troubles fonctionnels graves.

V. Les principes du traitement des arthrites consécutives aux plaies des jointures sont les suivantes :

a. A la période primaire, le traitement doit être prophylactique d'infection (excision des tissus, hémostase, suture primitive, mobilisation).

b. A la période secondaire, il est curatif de l'arthrite. Suivant les cas, le chirurgien pratiquera :

VI. Une arthrotomie large suivie : *a*. soit d'immobilisation avec ou sans désinfection progressive; *b*. soit de mobilisation active (Willem) ou passive.

VII. Une résection (Ollier).

VIII. Le traitement des séquelles, à la période tertiaire, est basé sur un examen clinique fonctionnel et radiographique complet. Les raideurs doivent être traitées par la reprise du mouvement. Les ankyloses, quand elles nécessitent une intervention, par la résection. L'arthroplastie permet les plus belles espérances. Les indications opératoires des résections ballantes sont variables suivant qu'on cherche à donner à l'articulation de la mobilisation ou de la solidité.

Quatrième question.

ANALYSE DU MATÉRIEL DE PANSEMENTS ET DE SUTURES.

I. Analyse physico-chimique du matériel de pansement et de sutures.

1° Pour l'acceptation du matériel de pansement et de suture, des conditions physico-chimiques bien déterminées et longuement étudiées dans les travaux du Congrès doivent être exigées pour chacun des objets.

2° Des constantes analytiques jusqu'alors admises sont vérifiées et redressées; des constantes nouvelles sont proposées.

3° La constitution du pansement individuel et la question de la récupération du matériel de pansement méritent une attention toute spéciale.

4° Les conditions énumérées pour l'acceptation du matériel et pour leur analyse sont indispensables à la constitution de l'approvisionnement des armées en objet de pansement et de suture.

5° Il y aurait tout intérêt à ce que ces mêmes collections soient utilisées dans chacune des armées.

II. Contrôle de la stérilisation du matériel de pansements et de suture.

1° On utilisera selon chaque cas particulier le contrôle chimique et le contrôle bactériologique qui devront se prêter un mutuel appui. Le contrôle bactériologique comportera deux procédés : l'examen d'échantillons, l'étude de tests bactériens.

2° Dans le cas du catgut, l'expertise bactériologique est indispensable et n'a de valeur que pour un lot examiné. Toutes les méthodes doivent être mises en œuvre, y compris, si besoin est, l'inoculation.

3° La connaissance des caractères biologiques des germes sporulés doit inciter à préférer l'emploi des tests polyvalents réunissant diverses espèces et diverses souches.

4° On devra prendre toutes précautions utiles pour éviter les erreurs provoquées par l'action empêchante des antiseptiques.

5° L'observation des milieux ensemencés sera prolongée le plus possible, particulièrement lorsqu'il s'agira de catgut.

— Il a été décidé que le prochain Congrès aurait lieu en 1927 à Varsovie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 12 MAI 1925)

M. COUTIÈRE lit une notice sur M. Haller, membre correspondant national dans la section de pharmacie, décédé la semaine dernière.

L'alimentation par le poisson. — M. DESGREZ fait un rapport demandé par les pouvoirs publics sur la valeur alimentaire du poisson. Le rapporteur, fait ressortir les grands avantages de ce mode d'alimentation. La comparaison de la chair des mammifères avec celle des poissons montre que celle-ci permet la même utilisation des forces, chez l'ouvrier, l'homme de sport ou le sédentaire. Rien ne peut donc justifier le discrédit dont le régime qualifié de « maigre » est souvent frappé. Si le poisson, moins excitant, grâce à une proportion plus faible de matières extractives, donne moins de « montant », notre système nerveux et notre appareil circulatoire trouvent profit dans le repos que leur procure cet aliment.

Les procédés de conservation par le froid, qui respectent la composition, la digestibilité et la valeur nutritive du poisson permettent de transporter ce précieux aliment à l'état frais vers les régions les plus éloignées de son point d'origine.

Le poisson n'exige aucun frais d'élevage, la pêche peut être organisée économiquement; personne ne saurait donc plus douter que les espèces les plus variées ne puissent être bientôt mises à la disposition des bourses modestes. Le développement de l'océanographie, de l'industrie de la pêche, du commerce du poisson doit devenir un paragraphe important de notre programme économique. Il nous permettra non seulement d'accroître notre fortune nationale, mais encore de fournir aux classes pauvres une alimentation qui améliorera leur sort, en augmentant leur résistance aux maladies infectieuses.

Téléauscultation du cœur. — M. R. LUTEMBACHER fait devant l'Académie une expérience de téléauscultation par téléphone d'une insuffisance aortique, d'une sténose mitrale, d'une arythmie complète. Les malades sont aux établissements Gaumont, c'est-à-dire aux Buttes-Chaumont. Un microphone spécial est appliqué sur la poitrine. Un amplificateur avec filtres permet d'intensifier les bruits. A l'arrivée à l'Académie, on utilise quarante récepteurs à haute impédence appartenant au matériel téléphonique. La téléauscultation se fait encore par radiophonie comme le prouve une expérience faite avec M. Bernaert, le 5 avril à la Tour Eiffel. Ces expériences intéressent la pratique médicale et surtout l'enseignement.

Infections alternantes ou substituées marquant la tuberculose pulmonaire. — MM. P. COURMONT et BOISSEL. Les auteurs ont déjà décrit les infections associées monomicrobiennes durables dans la tuberculose pulmonaire. Ils apportent aujourd'hui de nombreux cas où ces microbes associés rem-

placent dans les crachats le bacille de Koch alternant par période avec lui et masquant la tuberculose pulmonaire.

Il y a là une cause d'erreur importante dans le diagnostic de la tuberculose pulmonaire. Tantôt on ignore, faute de la chercher, l'infection associée substituée, tantôt si on constate celle-ci on peut méconnaître la tuberculose. Le traitement et la prophylaxie de ces infections associées sont d'ailleurs très importants en eux-mêmes.

Les petits signes de bacillose. — M. NIGOUL-FOUSSAL. Il existe chez un assez grand nombre d'individus adultes des phénomènes morbides, légers, d'apparence imprécise, qui, pris isolément n'ont aucune signification bacillaire, mais qui, réunis doivent, d'après l'auteur, faire soupçonner l'existence d'une imprégnation au moins légère de l'organisme.

Ces petits signes de la bacillose sont : 1° la frilosité; 2° l'obésité; 3° une sensibilité particulière envers les toxiques, les sérums, les vaccins, l'autohémothérapie (anaphylaxie); 4° des céphalées fréquentes; 5° l'instabilité thermique; 6° l'entérite chronique; 7° l'hypotension artérielle avec asthénie; 8° la carie dentaire avec calciurie.

La valeur prognostique de l'acidose chez les urinaires. — MM. Léon BLUM et VAN CAULAERT. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 38, p. 417.)

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section des sciences physiques, chimiques, physiologiques et naturelles, en remplacement de M. André Broca.

La liste de présentation portait : en première ligne, M. Lapicque; en deuxième ligne *ex æquo*, MM. Jolly, Levaditi, Neveu-Lemaire, Tiffeneau, Zimmern.

Au premier tour, le nombre des votants étant 75, majorité 38, M. Lapicque obtient 45 suffrages, M. Tiffeneau 23, M. Jolly 2, M. Zimmern 1, bulletins nuls 2.

En conséquence, M. Lapicque est proclamé élu.

NOTES DE THÉRAPEUTIQUE

Les travaux scientifiques entrepris en France sur le benzoate de benzyle par les élèves de M. le professeur Vaquez, MM. Laubry, Mougeot, Perrion, en confirmant les données expérimentales et cliniques du docteur Macht, établirent de façon précise la nécessité de recourir à l'emploi d'un benzoate de benzyle *pur*. Exclusivement préparé industriellement pour les besoins de la parfumerie, le benzoate de benzyle est livré tel quel pour les usages pharmaceutiques sans avoir subi les rectifications indispensables à son nouvel emploi. Les procédés de fabrication variant avec les usines productrices, il en résulte que les différents échantillons commerciaux offrent une gamme d'odeur des plus étendues (variant de l'amande amère à l'héliotropine) et une saveur toujours âcre et urticante qui se fait ressentir très longtemps, souvent même plus d'une heure après l'ingestion des solutions alcooliques ordinairement employées. Ces échantillons, outre qu'ils se montrent thérapeutiquement nettement inférieurs aux produits purs (1), sont susceptibles de caus r dans l'organisme des troubles fréquents dus, soit au chlore, soit au cyanogène qu'ils renferment.

L'oléthyle-benzyle est une présentation du benzoate de benzyle synthétique chimiquement pur préparé spécialement pour offrir toutes les qualités de pureté qui confèrent à ce produit ses propriétés curatives.

L'oléthyle-benzyle qui servit à faire en France les premières études cliniques sur le benzoate de benzyle et permit son introduction dans la thérapeutique est entièrement dépourvu du goût et de l'arrière-goût de cet éther et possède, en outre, sur les produits commerciaux le précieux avantage de ne provoquer ni irritation gastrique, ni troubles urinaires. Il peut donc être administré même chez les sujets atteints de néphrite.

(1) Ch. LAUBRY et A. MOUGEOT. Traitement de l'hypertension artérielle par le benzoate de benzyle, *Bull et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séance du 20 mai 1921.

LIVRES NOUVEAUX

Précis de gynécologie (1), par A. BOURSIER et M. AUVRAY.

M. Auvray, qui s'est chargé de rajeunir le *Précis de gynécologie* de Boursier, l'a remanié et augmenté de telle sorte, en y introduisant tant de notions et d'observations personnelles, qu'il en a fait une œuvre absolument neuve dont tout le mérite doit lui revenir.

Sous sa forme présente l'ouvrage, qui a près de deux mille pages, est devenu un véritable traité, mais du précis il a fort heureusement gardé la présentation matérielle, le format maniable et, ce qui est mieux encore, l'exposition sobre et condensée qui, sans exclure une documentation nécessaire, rejette tous les développements superflus. En fait, dans ce livre, rien d'important n'a été omis, même en ce qui regarde les acquisitions les plus récentes de la gynécologie, mais le pas a été donné aux connaissances de portée pratique sur celles qui sont de l'ordre de la théorie pure.

L'auteur a élargi la place réservée à la gynécologie médicale « généralement trop négligée des chirurgiens », dit-il. On lira avec autant de fruit que d'intérêt les pages qu'il a consacrées aux troubles fonctionnels de l'utérus, à la congestion et à la sclérose utérines, au traitement médical des affections gynécologiques.

Parmi les chapitres nouveaux, il faut citer ceux qui concernent les relations du chorio-épithéliome et de la môle hydatiforme, le varicocèle pelvien, les fibromyomes de la trompe, la torsion des annexes, l'infection puerpuérale et son traitement, les rapports de la gynécologie et des accidents du travail.

D'autre part, l'auteur n'a négligé aucune des recherches modernes grâce auxquelles se sont perfectionnés le diagnostic et la thérapeutique gynécologiques : biopsie, pneumo-péritoine, radio et curie-thérapie, par exemple.

Enfin il s'est attaché à décrire avec soin les méthodes d'anesthésie et toutes les techniques opératoires actuellement uilisées en gynécologie.

Abondamment illustré de figures en noir et en couleur dont on appréciera la valeur explicative, ce précis est excellent de tous points et, sous son aspect modeste, il représente à cette heure un des livres les meilleurs et les plus complets que nous ayons sur les maladies des organes génitaux de la femme.

CHASTENET DE GÉRY.

(1) 3e édition (Collection Testut). — Paris, G. Doin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 18 AU 23 MAI 1925)

THÈSES

Mardi 19 mai. — Jury : MM. Brindeau, président; Carnot, Aubertin et Villaret. — M. ZÉRAH (J.). Traitement de l'amibiase par le stovarsol. — M. JACQUET (G.). Traitement des pleurésies purulentes et des fistules pleurales. — M. JUGE (Ch.). Des indications des interventions chirurgicales pendant la grossesse.

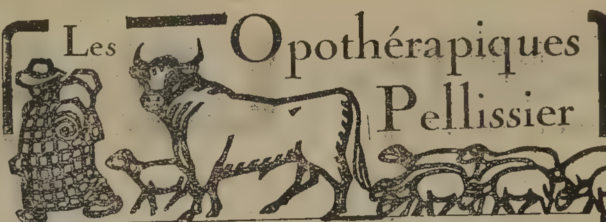
Jury : MM. J.-L. Faure, président; Cunéo, Lecène et Terrien.) — M. BELAÏDU (J.). Signe du Douglas dans les ruptures de grossesse. — M. BERTRAND (L.). La paume de la main (sa morphologie, etc.). — M. LELEU (A.). La synostose radio-cubitale. — M. VEIL (P.). Les tumeurs des paupières et de la conjonctive.

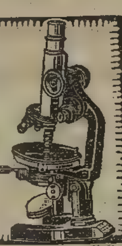
Vendredi 22 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; Dechambre et Moussu. — M. CUROT. Fécondation et stérilité.

Samedi 23 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Marfan, président; Brindeau, Moussu, Robin et Panisset. — M. PARIS. De la septicémie des nouveau-nés et son traitement. — M. OFFREAU. Etude des formes atypiques de la fièvre vitulaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





LE SAMEDI 6 JUIN 1925

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration générale de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication d'une FOURNITURE D'ARTICLES DE PANSEMENT nécessaires au service des hôpitaux et hospices civils de Paris pendant six mois, à partir du 1er juillet 1925.

Cette fourniture comprend des articles de coton cardé et coton mousseline, gaze mousseline apprêtée et sans apprêt.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'Exploitation, 3, avenue Victoria, bureau n° 8, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures. Les échantillons sont déposés au Magasin central des hôpitaux, 89, boulevard de l'Hôpital.

Dépôt des demandes jusqu'au jeudi 28 mai 1925.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HOPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 16 mai. — MM. Bloch (Jacques), 27; Bloch (René) et de Gaudart d'Allaine, 26; Maurer, 24; Lorin, 26; Boppe, Petit-Dutaillis et Girode, 27.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 15 mai. — MM. Boissier, 17; Raison et Gournouce, 16.

— CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 15 mai. — Dévoilement de l'anonymat, relevé des notes des trois épreuves écrites :

MM. Chaperon, 16 1/2; Coliez, 26 1/2; Delapchier, 15; Gally, 24; Gibert, 17; Kahn, 18 1/2; Lepennetier, 18; Moutard, 16; Nahan, 15; Piot, 12.

ACADÉMIE DE PARIS. — M. Appell, recteur de l'Académie de Paris, est admis, sur sa demande et pour ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à la retraite, à dater du 1er octobre 1925.

M. Appell est nommé recteur honoraire de l'Académie de Paris.

M. Lapie, directeur de l'enseignement primaire, est nommé recteur de l'Académie de Paris, en remplacement de M. Appell.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — Séance du 15 mai. — MM. Redon, 22; Banzet, 25; Ameline, 27; Monnier, 26; Menegaud, 23.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Un concours s'ouvrira le jeudi 26 novembre 1925, devant la Faculté de médecine de Lille, pour l'emploi de suppléant de la chaire de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'Ecole d'Amiens.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade d'officier.* — M. le médecin aide-major de 1re classe de l'armée territoriale Dubrac.

L'ASSOCIATION ANTITUBERCULEUSE DE L'ORNE a décidé la nomination d'un médecin spécialisé n'exerçant pas et assurant le service de ses dispensaires.

Les demandes et les titres des candidats devront être adressés au Comité National de Défense contre la Tuberculose, 66 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris, Ve, à la date du 1er juin 1925.

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. (Fondation de l'Union Nationale.) — Nous avons donné ici même des informations concernant cette œuvre magnifique dont l'initiative revient à la Section de médecine de l'A.

A plusieurs reprises nous avons sollicité de nos lecteurs qu'ils concourent financièrement à sa création. Plus de 6.000 francs ont été déjà recueillis dans les Facultés de Paris.

Le geste des étudiants est d'autant plus beau à signaler que la dureté des temps rend modiques les ressources dont ils disposent.

Très prochainement le Comité d'organisation ouvrira une souscription parmi les internes et externes des hôpitaux.

Toujours heureuse de s'associer aux efforts que déploient les groupements d'étudiants, la *Gazette des hôpitaux* continuera à publier la liste des donateurs.

Huitième liste. — M. Stoltz, 20 fr.; Mme Patté, 10 fr.; Mlle Moret, 10 fr.; MM. Polonietoff, 2 fr.; Godard, 10 fr.; Talonne, 2 fr.; Giberton, 20 fr.; Mme Arnoux, 100 fr.; M. Matamoros, 25 fr.

Neuvième liste. — Collecte faite parmi les externes de l'hôpital Hérold :

MM. Cossa, interne, 10 fr.; Zuber, 10 fr.; Eliet, 10 fr.; Aupérin, 10 fr.; Pannier, 10 fr.; Bertty, 10 fr.; Salmon, 10 fr.; Péry, 10 fr.; Leclainche, 10 fr.

Rappelons qu'une collecte générale sera faite dans tous les autres hôpitaux de Paris et de France le 1er juin prochain.

Tous les envois de fonds sont centralisés par M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (Compte Ch. P. Lyon, 188-37).

Pour tous renseignements ou demande d'envoi de brochure détaillée, s'adresser à M. J. Crouzat, secrétaire général, 1, rue Pierre-Curie (S). Tél. : Gob. 73-09.

GRANDE REVUE MÉDICALE « ON DIT... SEC ». — La section de médecine de l'association générale des étudiants de Paris,

a présenté la semaine dernière une grande revue médicale : « On dit... sec », deux actes et un prologue de MM. Beveraggi et R. Girard.

Parmi les nombreux spectateurs on remarquait M. le professeur Roger, doyen de la Faculté de médecine, le professeur Carnot, le professeur et Mme Marcel Labbé, le docteur et Mme Zimmern, le docteur Tiffeneau, le docteur Heitz-Boyer, le docteur Binet, le docteur Laignel-Lavastine, le docteur Garrelon, le docteur Weil-Hallé, etc.

Cette revue spirituelle et mordante a eu un très vif succès. Parmi les scènes les plus réussies citons l'examen d'histologie par le professeur Retterer; le conseil de la Faculté présidé par le professeur Roger et auquel assistent les professeurs Pierre Delbet, Desgrez et Guillain; le chevalier de la chaire nouvelle: un examen laborieux; les salles de garde; la visite à l'hôpital.

Le compère M. Montagutelli et la commère Mlle Yvonne Pradier ont mené la revue avec entrain.

Les imitations faites par MM. Nigay, Delobel, Guichard et Beveraggi ont été remarquables, et les professeurs imités n'ont pas été les derniers à en rire.

En somme, très brillante soirée qui fait le plus grand honneur à ses organisateurs.

CITÉ UNIVERSITAIRE. — La fondation Emile et Louise Deutsch de la Meurthe s'ouvrira à la rentrée scolaire 1925-1926.

Elle est destinée à fournir des logements meublés hygiéniques et d'un prix réduit à des étudiants ou étudiantes peu fortunés inscrits à un établissement d'enseignement supérieur à Paris.

Prix des chambres, 150 fr. par mois, chauffage, éclairage, bains-douches et service compris.

Les étudiants désireux d'être admis à la Fondation doivent adresser à M. le Directeur, 21, boulevard Jourdan, Paris (XIVe) : 1° une justification de leur qualité de Français; 2° un certificat attestant leur inscription à un établissement d'enseignement supérieur de Paris, dépendant ou non de l'Université; 3° tous les documents pouvant établir que leur famille est peu fortunée; 4° une attestation émanant d'un professeur ou directeur d'établissement d'enseignement.

Les demandes des candidats déjà étudiants doivent parvenir au plus tard le 1er juin.

Les candidats devant commencer leurs études supérieures à la rentrée de novembre 1925 devront adresser leurs demandes entre le 25 août et le 10 septembre prochain, à charge pour eux de fournir en novembre leur certificat d'inscription à un établissemrnt d'enseignement supérieur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. Un *cours pratique et complet de dermatologie et de vénéréologie* sera organisé à la clinique des maladies cutanées et syphilitique du 12 septembre au 7 novembre 1925 sous la direction du M. le professeur L. M. Pautrier.

Droit d'inscription, 200 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier 2, Quai Saint-Nicolas.

Les médecins étrangers qui le désireront pourront recevoir d'avance les indications nécessaires concernant leur logement à Strasbourg. En tous cas ils peuvent être assurés de trouver des pensions de famille confortables, au prix moyen de 20 francs par jour.

Cours de laboratoire. — Un cours sur les principales methodes de laboratoire et l'anatomie pathologique générale des dermatoses sera organisé s'il réunit cinq adhésions minimum;

Tous les élèves seront exercés individuellement aux différentes manipulations pratiques que comportera chaque leçon. En particulier ils se constituent une collection de coupes histologiques et de cultures de teignes qui resteront leur propriété personnelle.

Droit d'inscription, 150 francs.

S'inscrire en écrivant directement au professeur Pautrier.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chaumat (de Fontenay-sous-Bois), Georges Dusseaud (de Coutures), Lambert (de Combrée), Puig Saisset (de Perpignan), Roux-Soignoret (de Paris), François Sigallas (du Plan de la Tour), et celle de M. Roger Schnerf, étudiant en médecine (de Strasbourg).

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude thérapeutique de la goutte, le phényl-cinchoninate d'allyle (atoquinol), solvant de l'acide urique (1), par le docteur M. REYNAUD, licencié ès sciences naturelles, ex-interne de l'hôpital Saint-Denis.

Ce travail très important, basé sur de nombreuses observations, éclaire cette question encore si controversée de la pathogénie de la goutte et de son traitement. Qu'il existe des relations étroites entre la goutte, la production et l'élimination de l'acide urique, le fait ne saurait être mis en doute. Que la thérapeutique des affections goutteuses vise non seulement à prévenir l'accumulation de l'acide urique, mais encore à aider son élimination rénale, c'en est le corollaire obligé : d'où la recherche de médicaments uricolytiques. On sait que le colchique ne doit pas être compté au nombre de ceux-ci, mais il en est un certain nombre, de création assez récente, qui sont donnés comme tels. C'est à leur étude objective que s'est consacré l'auteur, et particulièrement à celle du phényl-cinchoninate d'allyle, ou atoquinol.

Il est un point essentiel qui, dans le traitement du goutteux, ne doit jamais être perdu de vue, c'est la fragilité de ses émonctoires qu'il faut avant tout respecter. La cellule hépatique et l'épithélium rénal sont, chez le goutteux, d'une susceptibilité dont il faut toujours tenir compte dans le choix de la médication, car parmi les agents médicamenteux préconisés comme « dissolvants de l'acide urique », nombreux sont ceux qui agissent surtout en excitant la sécrétion rénale au détriment du foie ou du rein. La crise aiguë de goutte étant le mode dont se sert la nature pour décharger l'organisme de ses excès urique ou oxalique, le véritable but de la médication éliminatrice doit être de réaliser les effets de l'accès sans l'accès; s'il est atteint, le médicament sera curateur et inoffensif.

Le phényl-cinchoninate d'allyle agit vraisemblablement par un double processus : d'une part en aidant la destruction intra-organique des nucléo-protéines, d'autre part en augmentant l'activité fonctionnelle du rein vis-à-vis de la sécrétion urique.

La dose moyenne du médicament est de 1 gramme par jour, elle peut être élevée ou abaissée suivant les cas; sa remarquable tolérance gastrique permet d'instituer un traitement aussi intense et prolongé qu'il est nécessaire.

Chez un grand nombre de sujets « sentant venir l'accès », la prise préventive de 1 ou 2 grammes d'atoquinol fait le plus souvent avorter l'accès ou le rend très minime. L'accès déclaré, l'analgésie est rapide et la mobilité articulaire se rétablit dès le deuxième ou troisième jour.

De cet important travail se dégage donc la conclusion que l'atoquinol en raison de sa puissante action éliminatrice de l'acide urique, est un médicament de haute valeur, et qui doit occuper la première place parmi ceux qui peuvent servir à combattre la goutte et les autres affections uricémiques.

(1) *Th. de Paris*, 1925.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

NEUROLOGIE

Par le docteur J. LHERMITTE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANATOMIE

Etude sur les connexions anatomiques des circonvolutions rolandiques, pariétales et frontales. (M. MINKOWSKI. *Archiv. suisses de neurol. et de psych.*, vol. XXV, fasc. 1, p. 97, 1924.) — Ayant entrepris une série de recherches sur les phénomènes engendrés par les destructions limitées de la corticalité cérébrale, chez le singe, l'auteur s'est proposé ensuite de déterminer les rapports anatomiques qui unissent les circonvolutions entre elles et avec les formations grises sous-corticales.

De ces patientes recherches histologiques, il ressort que le noyau caudé lequel, pour la plupart des auteurs, ne reçoit aucune fibre directe de l'écorce cérébrale, contient des fibres issues de la frontale ascendante et des circonvolutions adjacentes. Les globus pallidus, au contraire, ne possède aucune fibre venue du cortex cérébral.

Pour ce qui est de la couche optique dont on sait, depuis J. Déjerine et de Monakow, les rapports étroits avec la corticalité cérébrale, il apparaît que le noyau dorso-latéral subit une dégénération nette lorsque les circonvolutions frontales, rolandiques ou pariétales ont été détruites,

Le noyau antérieur du thalamus est en connexion exclusivement avec les pieds d'insertion des circonvolutions frontales sur la frontale ascendante ou précentrale.

En dehors des fibres de projection bien connues qui, des circonvolutions rolandiques cheminent dans le pied pédonculaire, Minkowski a pu mettre en évidence des fibres dont le trajet est différent. Celles-ci se rendent, en effet, dans la région de la calotte pédonculaire pour irradier dans le noyau rouge. Ces fibres trouvent leur origine surtout dans la circonvolution précentrale (F. A.)

Si l'on considère maintenant les connexions des circonvolutions centrales, précentrales et pariétales dans leur ensemble, on constate que ce sont les circonvolutions prérolandiques qui se montrent les plus riches de connexions. De celles-ci, en effet, partent des fibres qui, groupées en faisceaux, s'épanouissent dans les noyaux du pont de Varole (f. fronto-pontin), d'autres qui aboutissent au *locus niger*, au noyau rouge, au noyau caudé et à la *zona incerta*. D'autre part, la région prérolandique reçoit des fibres issues du thalamus, du corps de Luys, et des circonvolutions pariétales. Selon l'auteur, la prérolandique ne reçoit pas de fibres venues du lobe temporal ou du lobe occipital.

Il convient de signaler que, d'après Minkowskechski, de la circonvolution post-centrale (P. A.) partent des fibres lesquelles se rendent à la substance noire de Sœmmering et aux noyaux pontiques.

Après J. Déjerine et de Monakow, M. Minkowski insiste très justement sur ce fait que, aussi bien les recherches anatomo pathologiques que les études expérimentales qu'il a entreprises démontrent l'erreur de la thèse soutenue par Flechsig et l'impossibilité d'admettre aujourd'hui l'existence de « centres d'association ». En réalité, il n'est aucune région de l'écorce cérébrale qui ne soit, tout ensemble, zone de projection et zone d'association.

Notes sur la double innervation des muscles mésodermiques (R. DART. *Journ. of comp. neurol.*, 1924, vol. XXXVI, n° 4, p. 441.) — Boecke a démontré, on le sait, la double innervation cérébro-spinale et sympathique des fibres musculaires striées. Selon Dart, les fibres myéliniques à enveloppe épaisse sont les fibres motrices cérébro-spinales, les fibres amyéliniques appartiennent, au contraire, au sympathique et possèdent des fonctions sensitives (proprioceptives au sens de Sherrington); quant aux fibres revêtues d'une mince enveloppe myélinique, elles appartiendraient au système sympathique et leur fonction serait exclusivement motrice.

Recherches d'anatomie comparée sur les rapports du globus pallidus avec la substance noire de Sœmmering. (J. WARKANY). *Arbeit. aus dem neurol. Inst. der Wien. Univ.*, 1924, vol. XXV, p. 2-3, p. 195.) — Dans un important travail, H. Spatz a soutenu que le locus niger n'était, en réalité, qu'une annexe du globus pallidus, ces deux formations appartenant au diencéphale. Selon l'auteur, cette thèse n'est pas exacte, et, contrairement à Spatz, Warkany n'a pu retrouver, chez les vertébrés, de tractus cellulaires réunissant le pallidum à la substance noire.

Au cours de ces investigations sur la région du IIIe ventricule, Warkany a constaté que le putamen se reliait par des traînées cellulaires ininterrompues avec le tuber cinereum. Il est donc possible de concevoir que les fonctions de ces deux formations possèdent une certaine dépendance réciproque et que les lésions de l'une d'elles puissent retentir sur l'autre.

Développement du système nerveux périphérique dans l'anencéphalie et l'amyélie. (STAEMMLER. *Virchow's Archiv. of. pathol. Anat*, vol. CCLI, p. 702, 1924.) — Dans deux cas d'anencéphalie et d'amyélie, l'auteur a pu observer l'existence, non seulement de nerfs sensitifs et de ganglions rachidiens, mais encore de nerfs moteurs. Ceux-ci, par exemple, se montraient en grand nombre dans le nerf crural lequel, on le sait, est constitué en majeure partie par des fibres motrices. Ces fibres d'ailleurs se terminaient, ici, dans les muscles extenseurs de la jambe. Mais il y a plus, grâce à des coupes histologiques sériées, l'auteur a pu constater que ces fibres motrices ne prenaient pas leur origine dans les ganglions rachidiens, mais se groupaient en un petit faisceau situé à leur face antérieure.

Les constatations faites par l'auteur semblent échapper à la règle qui veut que toute fibre nerveuse tire son origine d'une cellule sensitive ou motrice; aussi, pour rendre compte de cette anomalie, peut-on admettre, avec Staemmler, que ces fibres motrices ont pris naissance dans un rudiment de moelle épinière lequel, au cours du développement, s'est progressivement résorbé, laissant comme ultimes vestiges ces fibres motrices dont l'édification, dans cette hypothèse, ne laisserait pas d'être paradoxale.

SÉMIOLOGIE

Sur la parésie latente. (H. ZINGERLE. *Klin, Wochen*, 1924, n° 31, p. 1399.) — Dans ce travail, l'auteur indique un procédé nouveau grâce auquel il est possible de dépister une parésie très fruste. Ce procédé consiste à demander au malade de soulever les membres supérieurs ou les membres inférieurs simultanément; le mouvement est exécuté correctement, mais dès que l'on provoque l'occlusion des yeux le membre paralysé, bras ou jambe. s'abaisse sans que le sujet fasse aucun effort pour résister à ce mouvement.

Ce phénomène n'apparaît qu'à la suite des lésions qui atteignent la voie pyramidale ou l'appareil cérébelleux; les altérations du corps strié ne le provoquent jamais.

L'abolition des réflexes tendineux peut-elle être considérée comme un signe de dégénérescence? Constatations cliniques. (E. REDLICH. *Wien. klin. Wochen.*, 1924, n° 40, p. 1033.) — Depuis de longues années, il a été établi que des sujets, en apparence normaux, ne présentent pas de réflexes tendineux; et l'on s'est demandé si cette aréflexie pouvait être considérée comme une simple anomalie sans grande signification ou si, au contraire, elle commandait quelques réserves, en particulier au point de vue de la syphilis héréditaire.

Selon Redlich, l'aréflexie ne peut être tenue, à l'heure actuelle, pour un stigmate de dégénérescence. Le plus souvent, en effet, on retrouve dans les antécédents, soit une infection, soit une intoxication dont le retentissement sur les nerfs, sur les racines ou la moelle a déterminé des lésions plus ou moins évidentes. Et parmi les infections à rechercher, la syphilis est, de beaucoup, la plus importante, qu'il s'agisse d'un mal héréditaire fruste ou d'une simple imprégnation spécifique.

CERVEAU

L'atrophie pathologique des lobes frontaux. (A. GANS. *Nederland tijdschr. v. geneesk.*, 1924, n° 17, p. 2084.) — Depuis fort longtemps, l'on a reconnu que, chez les individus avancés en âge, les lobes préfrontaux présentaient une réduction importante de leur volume. Et, de cette constatation anatomique, certains auteurs ont été même jusqu'à conclure que l'affaiblissement des facultés, communément observée dans la sénilité, reconnaissait pour origine l'atrophie frontale. Cette hypothèse n'est plus de mise aujourd'hui que nous savons que, dans tous les états démentiels, les lésions portent sur la totalité des circonvolutions cérébrales et que ce qui fait la nocivité des altérations cérébrales tient beaucoup moins à leur profondeur qu'à leur diffusion.

Reprenant le problème des rapports qui peuvent relier certaines manifestations psychiques avec l'atrophie préfrontale, Gans établit, en se basant sur des constatations anatomo-cliniques, que, en réalité, l'atrophie sénile des lobes préfrontaux peut déterminer le développement d'un syndrome assez spécial.

Celui-ci consiste dans des troubles du caractère et de l'affectivité. Les malades deviennent irritables et agressifs, pleurent ou rient facilement pour de futiles motifs, tandis qu'ils demeurent complètement indifférentes aux soucis ou aux peines de leur entourage. L'attention, la mémoire, le jugement apparaissent considérablement réduits. Mais les caractères fondamentaux du syndrome frontal par atrophie sénile décrit par Gans tiennent surtout dans des perturbations du langage, et de la praxie. Selon l'auteur, les sujets atteints ne trouvent plus les mots adéquats aux idées et aux choses (aphasie amnésique) et finissent par employer un jargon incompréhensible. Les perturbations du mouvement ne sont pas moins accusées; et celles-ci sont très analogues à celles qui caractérisent l'apraxie idéatoire.

Débutant, en général, après la soixantaine, l'atrophie frontale sénile affecte une marche progressive et totale? La période terminale de cette affection est marquée par la déchéance complète des facultés accompagnée de gâtisme et de marasme.

Les lésions qui sont à la base de ce syndrome lequel, par bien des côtés, s'apparente à celui de la démence sénile consistent dans une réduction globale des lobes préfrontaux dont les circonvolutions amincies présentent une surface chagrinée. En général, cette atrophie est strictement symétrique et porte, avant tout, sur la région frontale agranulaire de Brodmann. Cependant, dans quelques cas, Gans a observé la participation des circonvolutions temporales.

Histologiquement, cette atrophie se marque par la destruction de nombreuses cellules corticales; les éléments restant laissent reconnaître de très manifestes lésions de régression sénile. Si la pie-mère est souvent épaissie au niveau des zones atrophiées, les vaisseaux nourriciers ne sont point altérés. On ne saurait donc attribuer à l'astério-sclérose le développement de cette variété d'atrophie cérébrale sénile. D'ailleurs, cliniquement, il apparaît nettement que les malades atteints par cette maladie n'ont jamais présenté ni d'ictère, ni de phénomènes imputables, de près ou de loin, à un défaut de circulation encéphalique. Aussi la pathogénie de l'atrophie frontale est-elle des plus obscures. L'hérédité joue peut-être un rôle important, de même que dans la démence sénile; on peut supposer que l'électivité frontale de cette variété d'atrophie cérébrale est en rapport avec le développement relativement récent du lobe frontal dans la série des primates.

Sur les tumeurs de la région infundibulaire. (G. AGOSTINI. *Ann. del manicomio provin. di Perugia*, 1924, f. 1-4, p. 82.) — Ainsi que l'ont montré Henri Claude et J. Lhermitte, les néoplasies de la région infundibulaire comportent une symptomatologie particulière et assez caractéristique pour autoriser un diagnostic précis.

Le cas rapporté par l'auteur apparaît à cet égard riche d'enseignement. Il s'agit d'un malade chez lequel on pouvait penser à l'existence d'une encéphalite léthargique en raison de la somnolence, de la diplopie et des troubles psychiques. A ces symptômes s'ajoutèrent, dans la suite, un affaiblissement de la vision sans stase papillaire et une légère polyurie accompagnée d'adiposité. Le malade mourut subitement. L'autopsie fit découvrir une tumeur siégeant dans le IIIe ventricule et ayant complètement détruit l'infundibulum. Le syndrome infundibulaire se trouvait donc, dans ce cas, au complet; et il est intéressant de relever l'importance des troubles psychiques bien que le cortex cérébral demeurât indemne.

En terminant, l'auteur insiste sur la haute gravité du pronostic de toutes les tumeurs de la région infundibulaire lesquelles, contrairement aux néoplasies de l'hypophyse, ne sont pas accessibles au traitement chirurgical.

La réaction de Spatz dans la paralysie générale progressive et sa signification diagnostique et biologique. (E. BRAVETTA. *Note e riv. di psichiatria*, 1924, vol. XII, n° 2, p. 237.) — Spatz a montré que, par la méthode de Perls, il est très facile de démontrer l'existence d'une infiltration diffuse de pigment ferrique dans l'écorce cérébrale des paralytiques généraux. Il y aurait là, selon l'histologiste allemand, un moyen très précieux de diagnostic anatomique rapide et sûr de la maladie de Bayle.

Les résultats obtenus par Spatz ont été confirmés de divers côtés et l'on ne saurait douter aujourd'hui de la réalité de la réaction de Spatz dans la méningo-encéphalite diffuse. Mais s'agit-il ici d'une réaction spécifique, pathognomonique? Tel est le problème que se pose Bravetta. Selon cet auteur, la réaction du fer, très apparente à l'œil nu, est constante dans la paralysie générale mais également positive dans la maladie du sommeil. De plus, cette infiltration ferrugineuse peut être mise en évidence autour des foyers de ramollissement où elle apparaît, il est vrai, plus circonscrite que dans la paralysie générale.

La réaction du fer, pour être valable, doit être pratiquée aussi rapidement que possible après la mort et la meilleure fixation du cerveau est l'alcool. Quant à l'origine de cette infiltration ferrugineuse, Bravetta pense qu'il faut la chercher dans une diffusion de l'hémoglobine des extravasats sanguins périvasculaires.

Le problème du centre du sommeil et sa localisation dans le diencéphale chez l'homme. (E. HIRSCH. *Mediz. klin..*, 1924, n° 38, p. 1322.) — Ainsi que l'enseignent les données de la méthode anatomo-clinique, il existe, à n'en pas douter, une ou plusieurs régions de l'encéphale dont les lésions déterminent des perturbations électives de la fonction hypnique. Mais, malgré des recherches incessamment poursuivies, la détermination rigoureuse du centre ou des centres hypniques n'a pas pu encore être définitivement établie. Aussi, le cas rapporté par l'auteur est-il digne d'intérêt.

Il a trait à une malade de soixante-sept ans pseudo-bulbaire chez laquelle s'installa un état de sommeil continu et où l'autopsie révéla la présence d'un abcès situé dans le dieucéphale. Le thalamus gauche était, en grande partie, détruit et la collection s'étendait, en arrière, dans la région de la commissure postérieure au-dessus du noyau rouge. Les noyaux oculomoteurs étaient intacts.

D'après l'auteur, il faut admettre que le thalamus gauche, surtout dans sa partie interne, est en relation directe avec la fonction hypnique de même que la région de la calotte pédonculaire où siègent les noyaux oculo-moteurs. La couche optique et le système des fibres qui la relient au corps strié,

aux formations sous-thalamiques et au lobe frontal, présideraient ainsi à l'attitude des membres réalisée pendant le sommeil, tandis que les noyaux oculo-moteurs et les centres adjacents conditionneraient l'attitude des yeux et des paupières dans l'endormissement.

Sur la localisation du « centre du sommeil ». (E. ADLER. *Mediz. klin.*, 1924, n° 38, p. 1321.) — En se basant sur une observation anatomo-clinique, l'auteur soutient que le centre du sommeil est situé dans la substance grise du IIIe ventricule. Dans le fait rapporté par l'auteur, il s'agit d'un malade chez lequel, à la suite d'une endocardite lente, se développe un syndrome léthargique. L'autopsie révéla l'existence d'un foyer d'origine embolique dans la substance grise du IIIe ventricule.

Le centre du sommeil apparaît donc localisé, conformément à la thèse soutenue par Manthner dès 1890; isolé anatomiquement de l'écorce cérébrale, il est néanmoins soumis à son influence ainsi que l'atteste le pouvoir inhibiteur de l'influx volontaire.

ENCÉPHALITES

Sur les fonctions du foie au cours du syndrome acinéto-hypertonique de l'encéphalite épidémique. (RUNGE et HAGEMANN. *Arch. f. Psych.*, 1924, vol. LXXII, f. 1, p. 114.) — Depuis la découverte par Kinnier Wilson de la dégénération lenticulaire progressive, plusieurs auteurs, en particulier F. H. Lewy, se sont demandé si la maladie de Parkinson sénile ou le syndrome strié postencéphalitique s'accompagnaient de modifications appréciables des fonctions hépatiques. Et, dans plusieurs faits, on a pu saisir effectivement un certain dérèglement du fonctionnement du foie dans la paralysie agitante légitime.

Pour ce qui est du syndrome acinéto-hypertonique postencéphalitique, les recherches de Runge et Hagemann semblent indiquer aussi que, assez fréquemment, l'encéphalite épidémique laisse, après elle, des perturbations de la fonction hépatique. Mais celles-ci ne se laissent mettre en évidence que par des méthodes délicates et, dans l'immense majorité des faits, elles n'apparaissent que très frustes. En tout cas, il convient de retenir que l'intensité du syndrome postencéphalitique est toujours hors de proportion avec le dérèglement hépatique.

L'encéphalite péri-axiale, diffuse type Schilder. (URECHIA, MIHALESCU et ELEKES. *Encéphale*, 1924, n° 10, p. 617.) — Après avoir rappelé les symptômes de cette variété d'encéphalite, les auteurs rapportent une observation anatomo-clinique ayant trait à un homme de trente-sept ans chez lequel l'affection se traduisit par des troubles psychiques à caractère dépressif et des perturbations motrices : ataxie parkinsonnienne et des modifications oculaires. L'autopsie montra l'existence de nombreuses « plaques » ressemblant étrangement aux foyers caractéristiques de la sclérose en plaques. On retrouve, en effet, au sein de ces soi-disant plaques, et les dégénérations myéliniques et la prolifération des éléments névrogliques, et l'infiltration lympho-plasmocytaire des adventices vasculaires.

Malheureusement, les auteurs ne fournissent aucun élément de diagnostic différentiel valable qui permette d'opposer le type d'encéphalite qu'ils décrivent à la sclérose multiple classique.

Claudication intermittente, crampe des écrivains, déviation conjuguée de la tête et des yeux, spasme des muscles masticateurs glosso-palato-laryngés et des membres supérieurs apparus au cours du syndrome parkinsonnien. Encéphalite prolongée. Localisation striée probable. (M. LEMOS. *Revue neurol.*, nov. 1925, p. 125.) — Le point le plus remarquable de l'observation rapportée consiste dans l'apparition du syndrome de la claudication intermittente chez un malade qui, à l'âge de dix-huit ans, fut frappé d'encéphalite léthargique. Trois ans après, à la suite de plusieurs rechutes de la maladie, le sujet présentait un trouble de la marche caractérisé par une impuissance intermittente du membre inférieur gauche liée à la contracture; cette impotence fonctionnelle apparaissait après un certain temps de marche et disparaissait complètement par le repos pour reparaître ensuite dans les mêmes conditions.

Il s'agit donc, ici, d'une nouvelle variété de claudication intermittente du membre inférieur conditionnée, non pas par un défaut d'irrigation ou une lésion spinale (claudication spinale de Déjerine), mais par une hypertonie d'origine extrapyramidale. Cette claudication hypertonique peut s'associer, comme dans l'observation de l'auteur, avec la crampe des écrivains, laquelle est sous-tendue par le même mécanisme.

La méningo-encéphalite gommeuse à localisation préfrontale et la syphilis du système nerveux. (F. GIANULLI. *Policlinico*, sez. med., 1924, n° 1, p. 1.) — A côté de la méningo-encéphalite de la paralysie générale dont la prédominance frontale apparaît si évidente, il existe une variété de syphilis cérébrale caractérisée par une infiltration gommeuse de la substance blanche du lobe préfrontal. Cliniquement, ce type anatomique se traduit par un affaiblissement de la mémoire, la désorientation temporelle et spatiale, une tendance à la fabulation, aux mots d'esprit et à la farce (moria). Malgré l'apparence macroscopique, les lésions ne se limitent pas strictement au lobe frontal, mais on retrouve, dans la moelle épinière, de nombreux exemples de lésions vasculaires et parenchymateuses.

Au point de vue histologique, cette forme de syphilis se montre caractérisée par la prolifération des éléments mésodermiques du système nerveux central, ce qui l'oppose à la la sclérose cérébrale syphilitique diffuse de Strümpell dans laquelle la prolifération pathologique porte sur les éléments ectodermiques névrogliques.

D'après l'auteur, l'encéphalite mésodermique et l'encéphalite ectodermique syphilitiques sont liées à l'agression d'un virus différent et spécifique pour chacune d'elles.

Graphiques représentant l'évolution des réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien et du sang chez les paralytiques généraux non traités. (A. BARBÉ et A. SÉZARY, avec la collaboration de Pomaret et Gallerand. *Revue neurol.*, 1924, t. II, n° 5, p. 469.) — Depuis que l'on applique dans toute sa rigueur le traitement antisyphilitique aux malades atteints de paralysie générale, nombre d'auteurs ont observé des modifications souvent impressionnantes des réactions humorales et surtout des réactions du liquide cérébro-spinal. Mais, est-il légitime de rapporter, exclusivement, ces modifications à l'influence de la thérapeutique? Tel est le problème que les auteurs se sont posé.

Ainsi que le démontrent vingt et un graphiques, la leucocytose, l'albuminose et même la quantité de sensibilisatrice spécifique sont sujettes, en dehors de tout traitement, à des variations importantes. De toutes les réactions, celle de Bordet-Wassermann apparaît la plus stable, mais il importe de retenir que des atténuations temporaires ne sont pas exceptionnelles, sans d'ailleurs que le pronostic de la maladie en soit modifié.

Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude de la chorée du vieillard. (C. PETER. *Monat. f. Psych. und Neurol.*, 1924, vol. LVI, f. 5-6, p. 283.) — Le problème étiologique et anatomo-pathologique de la chorée sénile n'est pas encore résolu, et si certains neurologistes tendent à incorporer la chorée du vieillard à la chorée de Huntington, la plupart se refusent à une semblable identification.

Selon Peter, lequel a pu étudier complètement deux cas de chorée sénile, les signes différentiels que l'on a fournis pour isoler la *chorea senilis* et la chorée chronique héréditaire sont très contestables. Du point de vue anatomique, dans l'un comme dans l'autre cas, les lésions portent sur les petites cellules du *striatum* et les éléments des couches profondes de l'écorce cérébrale. Les « plaques séniles » qui marquent si nettement l'involution cérébrale démentielle faisaient défaut dans les cas dont il a poursuivi l'étude anatomique.

MÉNINGES — MÉNINGITES

Le phénomène du pied au cours des processus inflammatoires des méninges. (C. NIZZOLI. *Pediatria*, 1924, f. 19, p. 1168.) — L'auteur, sous ce titre, décrit un nouveau phénomène réflexe qui s'apparente avec les signes, classiques aujourd'hui, de Brudzinski et de Guillain.

Le symptôme de Nizzoli consiste dans la flexion dorsale du

pied consécutive à la flexion des différents segments du membre inférieur opposé. Ce phénomène doit être recherché le malade étant dans le décubitus dorsal et l'on doit se garder de toute manœuvre brusque. Il s'agit, selon l'auteur, d'un symptôme caractéristique des méningites aiguës.

La méningite séreuse. (Y. Ustvedt. *Acta med. Scandinavica*, 1924, vol. VII, p. 370, suppl.) — Il est bien établi aujourd'hui que, à côté des méningites aiguës bactériennes qui s'affirment si clairement en clinique et dans lesquelles la ponction lombaire comporte un enseignement indiscutable, il existe une série « d'états méningés » moins bien définis et très souvent curables. C'est à ce groupe de faits quelque peu disparates que E. Dupré avait réservé le terme de « méningisme ». Depuis que la rachicentèse est devenue de pratique courante, on a reconnu qu'il s'agissait bien, dans les cas de ce genre, non pas de méningisme, mais de méningite d'une espèce particulière; et l'on a proposé le terme de méningite séreuse.

Reprenant complètement l'étude de cette question en s'appuyant sur un riche matériel d'observations anatomo-cliniques, l'auteur s'efforce de donner les traits les plus significatifs de cette méningite séreuse dont la réalité n'est plus contestable.

La maladie frappe généralement les individus jeunes et se traduit par une symptomatologie méningée dont la raideur de la nuque et les troubles oculaires sont les plus constants et les plus caractéristiques. La température est souvent élevée, mais la fièvre ne s'attarde guère. La ponction lombaire permet de constater une hypertension céphalo-rachidienne plus ou moins élevée. Le liquide apparaît généralement limpide, bien qu'il contienne de nombreux éléments figurés. La pléiocytose céphalo-rachidienne va tantôt de pair avec une leucocytose sanguine, et tantôt, lorsque le liquide ne contient que des lymphocytes, se double d'une leucopénie hématique.

Le degré de l'albuminose est variable et souvent hors de proportion avec la leucocytose céphalo-rachidienne. Quant à la glycorachie, elle n'apparaît jamais diminuée et elle est souvent augmentée.

Pour ce qui est de l'étiologie de la méningite séreuse, il est des cas dans lesquels l'origine infectieuse est des plus nettes (infection glandulaire, septicémie, fièvre typhoïde); mais, dans bien des faits, l'étiologie demeure incertaine. Selon l'auteur, nombre de méningites séreuses doivent reconnaître à leur origine le virus de l'encéphalite épidémique; cette notion rendrait compte de la multiplication des faits de méningite séreuse durant ces dernières années.

L'actinomycose du système nerveux central et de ses enveloppes. (E. Anders. *Centralbl. f. die ges. Neurol. u. Psych.*, 1925, vol. XI, f. 1-2, p. 1.) — Revue générale de l'anatomie pathologique de cette affection rare et essai d'interprétation pathogénique personnel. Bibliographie complète.

CERVELET

Les relations du cervelet avec le système statique et son rôle dans les synergies de posture. (Ramsay Hunt. *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1924, vol. LX, n° 4, p. 337.) — Envisageant le problème si complexe de la motilité, R. Hunt considère qu'il existe, chez l'homme, un triple système cinétique : l'un élémentaire ou archicinétique dans lequel s'effectuent les réflexes et qui est représenté par la moelle épinière et le tronc cérébral; l'autre paléocinétique présidant à l'activité automatique et dont la base est le système strié; le dernier, enfin, néocinétique réalisé par le système efférent d'origine corticale (faisceau pyramidal). Ces trois systèmes de structure et de fonctions différentes doivent, à l'état physiologique, présenter une activité coordonnée et harmonieuse pour concourir au développement d'un mouvement volitionnel instinctif ou réflexe.

Mais, à côté de cette activité cinétique, il en existe une autre non moins importante au point de vue physio-pathologique : l'activité statique. C'est grâce à celle-ci qu'un mouvement volontaire peut être réalisé puisque la contraction musculaire rapide doit, de toute nécessité, être soutenue par un état de contraction plus durable. L'appareil destiné à la contraction musculaire statique est le cervelet; celui-ci reçoit par la voie labyrinthique, d'une part, et la voie des faisceaux spino-cérébelleux d'autre part, les incitations périphériques et, après les avoir intégrées, le cervelet les dirige vers les organes effecteurs moteurs. L'activité cérébelleuse apparaît enfin, commandée et dirigée par un très important système, dont l'origine se trouve dans le cortex frontal et la terminaison dans les noyaux du pont de Varole (système fronto-ponto-cérébelleux).

Selon R. Hunt, les fibres effectrices des systèmes statique et cinétique sont de nature différente et s'arborisent dans des parties différenciées de l'appareil musculaire strié. En conformité avec la théorie de Bottazi, l'auteur admet que la fonction musculaire statique est dévolue au sarcoplasma tandis que la fonction cinétique appartient au myoplasma; le premier étant innervé par les fibres sympathiques, le second par les fibres cérébro-spinales.

Une lésion des fibres afférentes du système statique provoque l'ataxie statique, tandis que les altérations des fibres afférentes du système cinétique détermine l'ataxie cinétique.

MOELLE ÉPINIÈRE

Les troubles mentaux dans la sclérose latérale amyotrophique. (Ludo van Brogaert, *Encéphale*, 1925, n° 1, p. 27.) — Plusieurs neurologistes avaient déjà fait cette constatation que la maladie de Charcot pouvait s'accompagner de troubles du psychisme, mais ceux-ci étaient insuffisamment précisés.

En s'appuyant sur 10 observations, l'auteur montre que les perturbations psychiques affectent soit l'humeur et le caractère, soit la sphère intellectuelle elle-même. Dans le premier cas, ce qui prédomine ce sont les variations affectives, la tendance à la tristesse, au découragement allant même jusqu'à réaliser un syndrome mélancolique avec anxiété. Dans le second cas, l'affaiblissement intellectuel va de pair avec l'indifférence affective. Les troubles mentaux de la maladie de Charcot se rapprochent ainsi, par plusieurs côtés, de la démence sénile avec laquelle, cependant, ils ne doivent pas être confondus.

Il semble que le sexe féminin présente une vulnérabilité spéciale à l'égard des perturbations psychiques, avec cette restriction, cependant, que, chez l'homme, l'effondrement des facultés se montre plus souvent profonde et rapide. Quant à l'origine de ces troubles psychiques, il faut en chercher la source, non pas dans une prédisposition constitutionnelle, mais dans l'extension du processus anatomique au cerveau psychique.

De l'influence du traumatisme sur le développement des amyotrophies. (A. Mayer. *Arch. f. psychiat.*, 1924, vol. LXXI, fasc. 3-4, p. 416.) — L'observation rapportée par l'auteur démontre qu'un traumatisme, en apparence assez léger, peut suffire à provoquer l'apparition d'une sclérose latérale amyotrophique après une période de latence atteignant deux ans. Les faits de ce genre qui tendent à se multiplier sont à retenir à un double point de vue médico-légal et pathogénique. Le traumatisme apparaît, en effet, un des facteurs étiologiques, des moins discutables de la maladie de Charcot dont la nature aujourd'hui demeure encore si mystérieuse.

Dystrophie cruro-vésico fessière par agénésie sacro-coccygienne. (Ch. Foix et P. Hillemand. *Revue neurol.*, novembre 1924, t. II, n° 5, p. 450.) — Le syndrome décrit par les auteurs consiste dans une amyotrophie des fesses et de la jambe, une atrophie des os des membres inférieurs et de la ceinture pelvienne et de l'incontinence d'urine. Radiologiquement, l'affection est caractérisée par l'agénésie du coccyx et des trois ou quatre dernières vertèbres sacrées ainsi que par l'abaissement et la sacralisation de la dernière ou des deux dernières vertèbres lombaires.

Contribution à l'étude de l'anatomie pathologique de la maladie de Landry. (E. Sagras. *Jahib. f. psychiat. und neurol.*, 1923, vol. XLII, p. 151.) — Dans un fait de paralysie ascendante suraiguë, l'auteur a constaté exclusivement l'existence de lésions dégénératives des cellules nerveuses spéciales lesquelles représentaient soit le type de l'altération cellulaire aiguë décrite par Nissl, soit celui de la lésion nerveuse « primitive ». La névroglie n'avait pas proliféré et les vaisseaux

étaient sains. Quant aux cylindre-axes, c'est à peine si, de place en place, l'on constatait un gonflement analogue à celui que l'on observe dans les myélites aiguës.

De ces faits, on peut conclure que, à côté de la paralysie ascendante liée à une myélite inflammatoire, il existe une variété de la maladie dont l'origine doit être cherchée moins dans une infection que dans une intoxication.

Les relations étiologiques entre l'achylie gastrique et la sclérose combinée de la moelle épinière. Remarques sur la disparition des symptômes consécutive à la thérapeutique par l'acide chlorhydrique. (D. Vanderhoof. *Transact. of the assoc. Americ. physic.*, 1923, vol. XXXVIII, p. 234.) — En dehors de la sclérose combinée liée à l'anémie pernicieuse avec achylie gastrique, on peut observer des cas dans lesquels les relations entre l'apepsie et la sclérose spinale sont beaucoup plus obscures. L'auteur en rapporte 7 observations qui témoignent que la sclérose combinée de la moelle peut apparaître en dehors de l'anémie, liée qu'elle est, exclusivement à l'achlorhydrie.

Selon l'auteur, la lésion spinale serait provoquée par une toxi-infection d'origine intestinale rendue possible par l'absence d'acide chlorhydrique dans la sécrétion gastrique. Le traitement, dans les cas de ce genre, doit donc consister dans la prise quotidienne d'acide chlorhydrique : dans plusieurs cas traités, l'auteur a observé soit la guérison, soit de notables améliorations.

LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN

Traumatisme cranien avec hypotension du liquide céphalo-rachidien. (Volmat. *Revue méd. de l'Est*, 1924, vol. LII, n° 12, p. 401.) — L'expérience de la guerre a montré que, dans nombre de cas, le traumatisme cranien détermine une série de troubles neurologiques importants dont la stase papillaire due à l'hypertension céphalo-rachidienne. Le fait rapporté par l'auteur est intéressant parce qu'il montre qu'une contusion du crâne peut être suivie de phénomènes cérébraux liés, au contraire, à l'hypotension du liquide cérébro-spinal.

Dans ce cas, il s'agit d'un sujet âgé de cinquante ans, lequel, après une chute violente, présenta pendant plusieurs jours une torpeur persistante. La ponction lombaire permit de retirer seulement 6 centimètres cubes de liquide teinté de sang. Une injection d'eau distillée dans la veine fut pratiquée qui détermina une amélioration rapide, puis la guérison. Il est probable que, dans les cas de ce genre, une fissure de la dure-mère cranienne a permis l'écoulement, dans le tissu cellulaire, d'une quantité assez importante de liquide céphalo-rachidien.

Etude physio-pathologique des plexus choroïdes et relation d'un cas d'hypertrophie villeuse de ces plexus. (L. Davis. *Journ. of med. research.*, 1924, vol. XLIV, n° 5, p. 551.) — L'origine de l'hydrocéphalie, que celle-ci apparaisse consécutive à une néoplasie ou qu'elle soit liée à un obstacle de la voie d'échappement du liquide cérébro-spinal, ou encore que la distension ventriculaire se montre à titre de phénomène primitif. est, à l'heure actuelle, bien souvent obscure. Selon Davis, il existe une variété spéciale d'hydrocéphalie déterminée par une hypertrophie des plexus choroïdes des ventricules latéraux dont le rôle sécréteur semble attesté par l'existence de granulations spéciales incluses dans le protoplasma de l'épithélium. Ces granulations possèdent des affinités tinctoriales analogues à celles des mitochondries.

Dans les faits de ce genre dont l'auteur rapporte un exemple chez un enfant de quinze mois, le traitement doit viser, on le comprend, à diminuer l'intensité de la sécrétion des plexus et non pas à supprimer une barrière qui s'opposerait à l'échappement du liquide ventriculaire, puisque celle-ci n'existe pas.

Remarques à propos de quelques problèmes relatifs à la pression du liquide céphalo-rachidien. (Pappenheim. *Wien. klin. Woch.*, 1924, n° 40, p. 1023.) — Dans ce mémoire, l'auteur insiste sur les modifications de la pression du liquide céphalo-rachidien apportées par les changements d'attitude de l'extrémité céphalique. Lorsque la rachicentèse est pratiquée dans la position assise, la tension liquidienne s'élève notablement quand la tête est défléchie. L'hypertension subite ou progressive peut atteindre jusqu'à 120 millimètres. La flexion de la tête en avant, au contraire, ne modifie guère la tension céphalo-rachidienne laquelle ne s'élève guère au delà de 20 à 30 millimètres ou ne s'abaisse que de 20 à 40 millimètres.

La reposition de la tête en situation normale détermine le retour de la tension à son niveau initial.

Une inspiration profonde provoque un abaissement de la tension céphalo-rachidienne grâce à la diminution de la pression des veines intrarachidiennes. Cette hypotension est, d'ailleurs, toute passagère et disparaît dans l'expiration.

SYMPATHIQUE

L'influence du système nerveux sympathique sur le tonus postural. (J. Hunter. *Brain*, 1924, vol. XLVII, n° 3, p. 261.) — De nombreux auteurs, à la suite de Dusser de Barenne, ont montré que, chez l'animal, l'ablation complète de la chaîne sympathique d'un côté déterminait une diminution de l'hypertonie consécutive à la décérébration dans les muscles du côté opéré.

Partant de cette donnée encore insuffisamment démontrée que le sympathique tient sous sa dépendance une partie du tonus musculaire, l'auteur a pratiqué, chez deux sujets atteints de paralysie spasmodique, la section des rameaux communicants du sympathique thoracique. Cette intervention a eu pour effet de diminuer la spasticité.

La chirurgie du système nerveux sympathique. (Vandeput. *Ann. et Bull. de la Soc. royale des sciences méd. de Bruxelles*, 1923, n°s 4-5, p. 59.)

THÉRAPEUTIQUE

Recherches sur l'influence des moyens extrachirurgicaux sur les processus d'hypertension intracranienne. (D. Marburg. *Wien. klin. Woch.*, 1924, n° 40, p. 1017.) — Depuis les travaux des neurologistes américains et particulièrement de Folet et Putmann, on sait que les phénomènes d'hypertension intracranienne peuvent être très considérablement atténués par l'injection, dans le sang ou même dans le tissu cellulaire, d'une solution hypertonique. Quelques auteurs ont même pensé que l'ingestion de liquides de haute concentration moléculaire pouvait réaliser une action très analogue.

Selon Marburg, l'osmothérapie, à l'aide des solutions concentrées de chlorure de sodium ou de sulfate de magnésie, doit être rejetée; et la thérapeutique la plus efficace consiste dans la prise quotidienne d'au moins 3 grammes d'iodure de sodium auquel il convient d'associer de l'extrait thyroïdien et de la théobromine.

En dehors de l'osmothérapie, l'hypertension intracranienne peut être encore corrigée, d'après Marburg, par l'application des rayons X sur le crâne en raison de l'influence dépressive qu'ils exercent sur la sécrétion des plexus choroïdes.

Traitement par la radiothérapie des tumeurs de la région infundibulo-hypophysaire. (G. Roussy, J. Bollack, S. Laborde et G. Lévy. *Revue neurol.*, 1924, t. II, n° 4, p. 297.) — Les auteurs rapportent huit observations ayant trait à des malades atteints de néoplasies de l'hypophyse (acromégalie) ou de la région infundibulaire avec syndrome adiposo-génital. Dans tous ces faits, le traitement par la radiothérapie pénétrante fut appliqué le plus souvent avec succès. Les doses ont été de 12.000 à 15.000 μ par série avec un filtrage de 1 millimètre de cuivre et 2 millimètres d'aluminium; l'application fut faite par trois portes d'entrée : deux pariéto-frontales latérales, l'une frontale médiane.

Les résultats de cette thérapeutique viennent plaider en faveur de la thèse défendue par J. Camus et Roussy selon lesquels, non seulement la polyurie, mais le syndrome adiposo-génital sont en relation avec l'appareil nerveux de l'espace opto-pédonculaire et non pas avec l'hypophyse. Dans deux faits, par exemple, de syndrome de Fröhlich, chez la femme, avec selle turcique normale, la radiothérapie a complètement arrêté l'évolution de la maladie dans un cas et déterminé une absolue guérison dans l'autre.

Chez une seule malade, la radiothérapie pénétrante a provoqué des troubles importants : céphalée, vomissements, obnubilation psychique associés à une polynucléose intense du liquide cérébro-spinal.

Rééducation et massage dans les troubles moteurs des affections nerveuses, par le docteur L. MICHAUD (de Lamalou), avec une préface du professeur COLLET. Un volume in-8 illustré. Prix : 5 fr. 50. — Paris, Editions de « Aux Ecoutes », 9, rue Volney.

QUESTION D'INTERNAT

CALCULS DE L'URETÈRE [1]

Les crises douloureuses d'hydronéphrose sont d'un diagnostic très difficile. Sans doute pourra-t-on pencher vers cette hypothèse si les crises se répètent depuis l'enfance ou l'adolescence, présomption clinique qui aura toujours besoin d'une confirmation instrumentale.

Plaident en faveur de la lithiase : LE PASSÉ DU MALADE si l'on retrouve des signes de calcul du rein;

LE CARACTÈRE PROVOQUÉ de tous les symptômes qui subissent si nettement l'influence du mouvement;

LA PRÉSENCE D'HÉMATURIE MICROSCOPIQUE après les phénomènes douloureux dans des urines de *couleur normale* qui ont *conservé leur brillant.*

Mais *si l'on a reconnu la lithiase* et si elle se traduit par des signes de cystite, reste à discuter le CALCUL VÉSICAL.

L'examen instrumental, la radiographie sont toujours nécessaires.

DIAGNOSTIC INSTRUMENTAL. — **La cystoscopie :**

1. Montre l'absence de toute lésion tuberculeuse de la vessie et des orifices uretéraux.
2. LE CALCUL parfois est visible par une extrémité, pointant dans la cavité vésicale, au centre d'un méat œdématié.
3. *Ou bien si le calcul est intramural* la portion intravésicale de l'uretère saille dans la vessie prenant l'aspect d'une *dilatation kystique.*

Le cathétérisme des uretères. — LA SONDE est arrêtée en un point anormal par le calcul *pelvien, iliaque* ou *lombaire.*

Mais parfois elle passe librement et le diagnostic resterait en suspens sans

La radiographie *qui pose le diagnostic de certitude.*

Après avoir *purgé le malade* on *radiographie l'arbre urinaire en entier* par poses successives, segment par segment. Il n'est plus guère de calculs qui passent aujourd'hui inaperçus.

LE CALCUL se projette en un point du trajet uretéral sous forme d'une tache sombre. On en apprécie le *siège*, le volume, le nombre, la coexistence ou l'absence de *calculs du rein.*

MAIS LES TACHES PSEUDOCALCULEUSES sont très nombreuses qu'il s'agisse de *ganglions calcifiés*, de *phlébolithes*, d'*ossification ligamenteuse.*

DANS LES CAS DOUTEUX, il faut associer la radiographie et le cathétérisme uretéral avec sonde opaque, répéter l'examen sous diverses incidences. Si, dans toutes les positions, l'image de la sonde et la tache coïncident, le diagnostic de calcul de l'uretère est posé.

DIAGNOSTIC DE LA VALEUR DES REINS. — C'est là un point primordial d'où va découler la décision opératoire.

Le cathétérisme :

1. Etablit facilement la valeur du REIN SAIN ou présumé tel.
2. Plus difficilement celle du REIN DU CÔTÉ OBSTRUÉ.

a. *La sonde ne peut passer où l'on n'obtient pas de sécrétion*, le rein est-il détruit ou bloqué?

b. *L'uretère est perméable.* On reconnaît la rétention, ou l'infection. Mais la valeur réelle du rein est difficile à apprécier. L'ablation du calcul peut rendre une valeur notable à un rein distendu, médiocre en apparence avant l'intervention.

LE DOSAGE D'URÉE SANGUINE, l'épreuve de la *phénolsulfonephtaléine*, la *constante d'Ambard* sont toujours à effectuer.

Tels sont donc les aspects cliniques du *calcul de l'uretère non compliqué.*

Mais nombre de ces calculs **restent latents**. Bien tolérés, ils ne sont découverts qu'au hasard d'un examen radiographique ou à l'occasion d'une complication.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 38, p. 626.

II. CALCULS COMPLIQUÉS

L'anurie calculeuse est l'un des plus graves accidents auxquels prépare le calcul de l'uretère.

DÉBUT. — Le début en est le plus souvent **douloureux et brusque.**

a. C'est immédiatement après une colique néphrétique, que ne termine pas une crise polyurique, que ne suit aucune expulsion de calcul.

b. Ou après quelques vagues douleurs lombaires que le malade cesse d'uriner.

Plus rarement :

a. L'anurie s'installe progressivement en *plusieurs temps.*

b. Ou bien, *insidieusement*, s'accentue une *oligurie.*

ÉTAT. — L'anurie installée évolue en ses trois classiques périodes.

Période de tolérance. — Le malade ne souffre pas. Il vaque à ses occupations. Mais il n'urine plus ou n'émet que quelques centimètres cubes d'urine rougeâtre. Il n'éprouve plus que quelques rares besoins d'uriner.

Le calme de l'anurique s'oppose à l'agitation du rétentionniste.

Période intermédiaire. — Mais au bout de trois à six jours commencent à apparaître quelques signes d'alarme qui témoignent déjà de l'azotémie.

Le malade est las, insomnique, anxieux.

La céphalée est croissante.

L'anorexie est complète, la langue saburrale.

Déjà l'azotémie, *qui dès la période de tolérance a commencé à s'élever*, atteint 1 ou 2 grammes.

Il faut se hâter d'intervenir, l'azotémie pourra encore céder, sinon en *quarante-huit heures au plus* il sera trop tard.

Le *myosis*, les *soubresauts tendineux*, parfois un *vomissement* sont les premiers signes inquiétants. L'évolution dès lors se précipite.

Période d'urémie. — Une *urémie sèche*, sans œdèmes, à signes digestifs et respiratoires, conduit en un ou deux jours le malade à la mort.

TROUBLES DIGESTIFS. — La langue est sèche, l'anorexie totale, la soif intense. Le malade vomit, le hoquet apparaît. Il est en proie à une constipation opiniâtre avec ballonnement et météorisme, plus rarement à une diarrhée profuse.

TROUBLES RESPIRATOIRES. — La respiration, lente, irrégulière, prend parfois le rythme de Cheyne-Stokes.

TROUBLES NERVEUX. — Les pupilles sont punctiformes, les membres secoués de *tressaillements musculaires.*

Le malade, hébété, anéanti, le visage d'une pâleur terreuse, en proie à une céphalée intense, ne sort de sa torpeur que pour vomir.

L'AZOTÉMIE est montée à 5 ou 6 grammes; toute intervention est désormais impuissante à en faire baisser le taux.

LA MORT survient en deux jours au plus.

La *température* s'abaisse à 36 degrés.

Le *pouls* devient faible et irrégulier.

La *respiration* se ralentit encore et le malade meurt *dans le collapsus*, conservant sa lucidité jusqu'au bout malgré la torpeur qui l'anéantit.

La mort survient très rarement après un *court coma* ou une *crise convulsive.*

Tel est le tableau classique où la durée est de neuf à douze jours, l'intervention n'ayant chance de succès que jusqu'au quatrième, cinquième ou sixième jour.

Mais il est des FORMES PROLONGÉES où une débâcle d'urines claires éloigne pour un temps l'imminence des graves accidents.

Il est aussi des FORMES RAPIDES où l'urémie apparaît bien plus tôt : c'est le cas des vieux lithiasiques déjà intoxiqués.

Enfin, pour leur rareté, il faut signaler les *formes guérissant spontanément* après une crise polyurique survenue à la période de tolérance. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Faure-Beaulieu, qui accepte ; Israël de Jong, Beaudouin, Lortat-Jacob, Babonneix, Pissavy, Courcoux, Abrami, Trémolière, Rivet, Cadenat, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Deuxième épreuve clinique.* — Séance du 18 mai. — MM. Richard, 19; Merville et Puig, 17.

— CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 17 mai. — Question donnée : « Monter le secondaire d'un appareil de radiothérapie superficielle. Mise en marche. Mesure de l'étincelle. Mise en place d'une pastille Sabouraud. Expliquer le fonctionnement des appareils placés sur le circuit et les inconvénients d'un montage défectueux. »

MM. Chaperon, 16; Nahan, 10; Delapchier, 11; Lepennetier, 18; Kahn, 15.

Séance du 19 mai. — Question donnée : « Monter une installation transportable d'électro-diagnostic classique. Choisir les électrodes pour un électrodiagnostic de la face. Vérifier le fonctionnement de l'appareil au moyen du milli-ampèremètre et en fermant le circuit sur une résistance hydrique. »

MM. Moutard, 19; Gibert, 10; Gally, 14; Coliez, 9; Piot, 11.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvigneaud, Morax, Monthus, Cantonnet, Coutelas, Lortat-Jacob, Rieffel.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat.* — *Composition écrite.* — Séance du 18 mai. — MM. Lubin, 21; Seillé, 25; Lechaux, 18; Leibovici, 25.

Epreuve orale. — Séance du 20 mai. — MM. Garnier, 14; Ameline et Seillé, 17.

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES. — La XLIXe session de l'Association française pour l'avancement des sciences se réunira à Grenoble, du 27 juillet au 1er août 1925, sous la présidence de M. le professeur J. Teissier (de Lyon).

Prière d'adresser au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe), avant le 20 juin prochain les adhésions et les titres des communications.

La question de l'ulcère du duodénum est à l'ordre du jour du Congrès. MM. les professeurs agrégés Cade et Santy ont été chargés d'établir un rapport sur la question.

Prière d'adresser la correspondance, soit au professeur Teissier, 108, chemin d'Alaï, Lyon (Ve), soit au secrétariat de l'Association, 28, rue Serpente, Paris (VIe).

INTERNATIONAL ANESTHESIA RESEARCH SOCIETY (N.-Y.). — Le docteur Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux, chirurgien des hôpitaux, a été élu membre du Comité de recherches de l'International Anesthesia Research Society.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — LABORATOIRE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE. (Professeur : M. M. LABBÉ.) — *Cours pratique sur les maladies de la nutrition.* — MM. Marcel Labbé, professeur; Henri Labbé, agrégé; Stévenin, médecin des hôpitaux, et Nepveux, chef de laboratoire, commenceront le lundi 1er juin 1925, à 15 heures, au laboratoire de pathologie générale, un cours pratique sur les procédés d'examen (clinique et laboratoire) dans les maladies de la nutrition et les affections du tube digestif.

Le cours aura lieu tous les jours, à 15 heures, et sera terminé en un mois.

Le montant du droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants pourvus de seize inscriptions, immatriculés à la Faculté, sur présentation de la quittance du versement dû.

Les bulletins de versement relatifs au cours seront délivrés, dès à présent, jusqu'au 2 juin, au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— AMPHITHÉÂTRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SEBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours

supplémentaire d'opérations sur la chirurgie des membres (technique opératoire), en dix leçons, par MM. les docteurs Jean Braine et Louis Michon, prosecteurs, commencera le lundi 1er juin 1925, à 14 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Les auditeurs répètent individuellement les opérations.

Droit d'inscription : 250 francs. — Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin, Paris (Ve).

— *Cours de chirurgie réparatrice et cosmétique de la face.* — Le professeur Pierre Sebileau, directeur, et le docteur Léon Dufourmentel, chef de clinique, commenceront ce cours le lundi 1er juin, à 14 heures, et le continueront les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure. Le cours comprendra dix leçons.

Droit d'inscription : 250 francs. — Se faire inscrire à l'amphithéâtre d'anatomie, 17, rue du Fer-à-Moulin.

HÔPITAL LAENNEC. — ENSEIGNEMENT PRATIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — M. Henri Bourgeois, chef de service, a commencé le lundi 18 mai, à 10 h., une série de seize leçons sur les maladies des fosses nasales, du rhino-pharynx et des sinus avec la collaboration de MM. André Bloch, Rouget, Ramadier, oto-rhino-laryngologistes des hôpitaux; Maurice Bouchet, Ill, Tarneaud, Poyet et Soulas, assistants du service.

Le cours a lieu les lundis, mercredis et vendredis, à 10 h., et comprend :

1° Une consultation expliquée d'une heure pendant laquelle les élèves assistent à l'examen des malades nouveaux et sont exercés individuellement aux techniques cliniques spéciales;

2° Une leçon conçue dans un sens pratique, les mêmes jours, à 11 h.

S'inscrire à l'hôpital Laënnec auprès de M. Maurice Bouchet, assistant du service d'oto-rhino-laryngologie. Droit d'inscription : 200 francs (100 francs pour les auditeurs des cours précédents).

— DISPENSAIRE LÉON-BOURGEOIS. (Hôpital Laennec.) — M. E. Rist dirigera, jusqu'au lundi 13 juillet, une série d'exercices pratiques et de conférences avec démonstrations et projections sur *La tuberculose et les affections des organes respiratoires*, avec la collaboration de MM. P. Ameuille, médecin des hôpitaux; J. Rolland, chef de laboratoire; P. Jacob, E. Brissaud, E. Coulaud, M. Weiss, F. Hirschberg, assistants; de Mme de Retz, infirmière-visiteuse chef, et de M. F. Suau, moniteur.

Les conférences auront lieu le lundi et le jeudi, à 11 h. 1/4, à la salle de conférences du dispensaire Léon-Bourgeois.

Le travail de la semaine est réparti de la façon suivante : Lundi, à 10 h., visite salle Villemin; à 11 h. 1/4, conférence.

Mardi, à 10 h., consultation expliquée au dispensaire Léon-Bourgeois.

Mercredi, à 10 h., visite salle Potain; à 11 h. 1/4, conférence médico-sociale sur les malades sortis du service pendant la semaine; à 14 h., consultation expliquée au dispensaire Léon-Bourgeois.

Jeudi, à 10 h., visite salle Laënnec; à 11 h. 1/4, conférence.

Vendredi, à 10 h., consultation expliquée au dispensaire Léon-Bourgeois; à 14 h., policlinique : pneumothorax artificiel.

Samedi, à 10 h., visite salle Grancher; à 11 h. 1/4, examens radiologiques.

Les conférences sont publiques.

Le droit d'inscription pour les exercices pratiques est de 150 francs.

S'inscrire auprès de M. le docteur P. Ameuille, dispensaire Léon-Bourgeois, 65, rue Vaneau, Paris (VIIe).

ÉCOLE DE PSYCHOLOGIE (49, rue Saint-André-des-Arts). — Docteur Bérillon : « L'hygiène mentale et la psychothérapie des passions. — La méthode hypno-phronique ». Les jeudis, à 5 h., à partir du jeudi 28 mai.

Docteur Artault de Vevey : « La psychologie des arts et leur évolution biologique. » Les jeudis, à 4 h., à partir du jeudi 28 mai.

M. de Hogues. C. C. F. P. : « La psychologie dans l'art dentaire. » Les jeudis, à 5 h. 1/2.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jartel (du Portel), victime du devoir professionnel; Joseph Pawinsky (de Varsovie), correspondant étranger de l'Académie de médecine, décédé à Paris; Prévost-Maisonnay (de l'Isle-Jourdan).

REVUE DES THÈSES

THÈSES DE MONTPELLIER (1924-1925)

OBSTÉTRIQUE ET GYNÉCOLOGIE

M. Auguste TAVIANI. **Troubles psychiques de la puberté liés à des troubles endocriniens thyro-ovariens.** (N° 2, 10 nov. 1924.) — La synergie fonctionnelle de la thyroïde et de l'ovaire apparaît nettement au moment de la puberté chez la femme où sous l'action de déviations ou d'insuffisances endocriniennes apparaissent, à côté de désordres plus spécialement digestifs, des symptômes pathognomoniques de psychoses toxi-infectieuses, confusion mentale avec idées délirantes et phobies. De caractère aigu et passager, ces troubles relèvent d'une prédisposition héréditaire, elle-même d'origine endocrinienne. De telles malades ne sont pas des aliénées. Il convient donc de les soigner dans des services ouverts en leur évitant l'internement dont les conséquences sociales pourraient leur être injustement préjudiciables.

M. Ferréol GAVAUDAN. **Un nouveau mode de réchauffement du prématuré.** (N° 21, 20 oct. 1924.) — Après avoir fait le procès de la couveuse, l'auteur préconise un dispositif qu'il a vu employer à la maternité de Marseille : l'enfant est couché, emmailloté dans son berceau, puis recouvert ou même entouré d'un tapis thermophile d'un demi-mètre carré; adapté à ce tapis, un fil électrique sur lequel est montée en série une lampe à incandescence; le tout vient se brancher sur une prise de courant quelconque; dans ce chauffage par contact, au bout d'une demi-heure de marche, la température se stabilise à 35, chiffre nécessaire à qui veut éviter à coup sûr le sclérème.

PAUL DELMAS.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — TRAIN SPÉCIAL A PRIX RÉDUITS POUR FONTAINEBLEAU, THOMERY ET MORET. — Pour favoriser les excursions dans la région de Fontainebleau, la Compagnie des Chemins de fer Paris-Lyon-Méditerranée mettra en marche, le dimanche 24 mai et tous les dimanches du 7 juin au 20 septembre 1925, un train spécial à prix réduits, 2e et 3e classes, de Paris à Fontainebleau, Thomery et Moret.

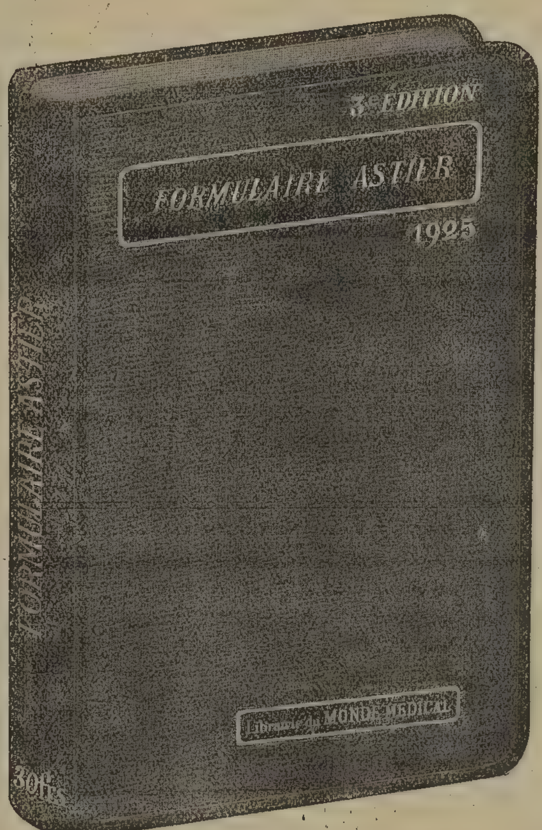
Aller : Paris, départ 24 mai 7 h. 44, à partir du 7 juin, 7 h. 31; Fontainebleau, arrivée 24 mai 8 h. 54, à partir du 7 juin, 8 h. 36; Thomery, arrivée 24 mai 9 h. 05, à partir du 7 juin, 8 h. 46; Moret arrivée 24 mai 9 h. 11, à partir du 7 juin 8 h. 52.

Retour : Par tous les trains du même jour, dans les conditions prévues pour les voyageurs ordinaires.

Prix des billets (aller et retour) : Paris-Fontainebleau, 2e classe 12 francs; 3e classe, 7 fr. 50; Paris-Thomery-Moret, 2e classe 13 francs; 3e classe 8 francs.

Le nombre des places est limité.

Le train spécial donnera, à la gare de Fontainebleau, la correspondance avec le service automobile P.-L.-M. d'excursions en forêt.


3e ÉDITION
FORMULAIRE ASTIER
1925
FORMULAIRE ASTIER
Librairie du MONDE MÉDICAL
30 fr.

REVUE GÉNÉRALE

SYSTÈME CONDUCTEUR ET CENTRES D'AUTOMATICITÉ CARDIAQUE

AMATOMIE & PHYSIOLOGIE

Par MM. Ed. GIRAUD et G. ZUCCOLI,
Internes des hôpitaux de Marseille.

Il y a quelques années à peine, les traités d'anatomie, après avoir décrit avec soin la forme du cœur et essayé de la rapprocher d'un solide géométrique connu, après avoir décrit les moindres coins de l'endocarde, après avoir énuméré les théories nombreuses expliquant la disposition des fibres du myocarde, ajoutaient à leurs chapitres sur le cœur un appendice en toutes petites lettres, où ils parlaient avec scepticisme d'un prétendu faisceau de Hiss, auquel Testut refusait toute importance physiologique :

« J'estime pour ma part, disait-il, qu'il me paraît peu rationnel d'attribuer le rôle important que lui accordent les myogénistes à un faisceau musculaire minuscule qui ne réunit oreillettes et ventricules que sur une toute petite partie de leur étendue et qui, d'un autre côté, a le caractère d'un faisceau embryonnaire, autrement dit non développé ».

On peut donc dire que si la connaissance anatomique du faisceau de Hiss n'est pas tout à fait récente, ce n'est que depuis peu d'années que l'on reconnait, sans conteste, son rôle primordial dans la contraction normale et pathologique du muscle cardiaque. On admet maintenant qu'il existe dans le cœur de l'adulte des restes *du tube cardiaque primitif*, restes ayant une grande importance au point de vue de la conduction de l'excitation de l'oreillette au ventricule, donc au point de vue du rythme du cœur.

Les fibres décrites par les anciens anatomistes sous le nom de fibres de *Purkinje* sont l'épanouissement terminal de ce reliquat embryonnaire, reliquat qui, condensé en certains points, donne naissance aux formations maintenant décrites sous les noms de : *Nœud sinusal de Keith et Flack, nœud d'Aschoff-Tawarra et faisceau de Hiss.*

Historique. — C'est à Purkinje qui, en 1845, décrivit les fibres qui portent son nom que l'on doit faire remonter l'historique de cette importante question. Depuis lors, une foule de chercheurs est venue apporter des faits nouveaux. Il faut nous contenter de citer ici les noms les plus importants : Stannius en 1852, fait ses expériences sur le cœur de la grenouille et ses fameuses ligatures; puis viennent les travaux de Bezold (1863-1867); Engelmann, Gaskell (1863), en étudiant la série des vertébrés, trouvent chez les batraciens des restes du tube cardiaque primitif dans le sinus veineux, le canal aortique et le bulbe aortique. Chez ces animaux, la contraction part du sinus reuniens et Gaskell constate que le tube cardiaque primitif représente chez la grenouille la partie la plus excitable du cœur. C'est *Kent* qui fit connaître l'existence chez l'homme du faisceau décrit par Gaskell chez les batraciens; la description de Hiss Junior au IIIe Congrès de physiologie de Lausanne en 1895 ne vint que plus tard; il serait donc plus juste de désigner le faisceau auriculo-ventriculaire sous le nom de faisceau de Gaskell-Kent. Citons rapidement les travaux de Keith et Flack qui décrivent le nœud sinusal, travaux confirmés par les recherches de Koch, Mackenzie. Thorel, Lewis, Wenckebach, Herring, Tawarra, Pirket, Monrad-Khrohn. Enfin, plus près de nous, il nous faut signaler les excellentes mises au point des maîtres français : Vaquez, Gallavardin, Josué, Lian, Laubry, Lutembacher.

Anatomie. — Nous allons étudier tout d'abord l'anatomie descriptive du faisceau de Hiss et de ses annexes, puis nous examinerons les méthodes au moyen desquelles on peut l'étudier, enfin nous nous occuperons de sa structure histologique.

A. **Anatomie descriptive.** — *a.* Nœud de Keith et Flack ou noyau sinusal, ou encore noyau sino-auriculaire. — Ce noyau se présente plutôt comme une traînée d'un tissu spécial, traînée longue de deux centimètres, large de deux millimètres. Ce noyau s'étend de la partie droite de la veine cave supérieure, à son point de jonction avec l'oreillette droite, au sulcus terminalis. Son extrémité inférieure amincie se termine en un point équidistant de la veine cave supérieure et de la veine cave inférieure. En un mot, il s'étend sur ce qui fut le sinus veineux chez l'embryon.

Le noyau de Keith et Flack possède des fibres afférentes et des fibres efférentes.

Les fibres *afférentes* viennent de l'embouchure de la veine cave supérieure se continuant avec les fibres musculaires de la paroi de ce vaisseau. Elles sont en rapport, au niveau de la veine cave supérieure et par l'intermédiaire des deux ganglions de Remak, qui se trouvent dans le voisinage du nœud sinusal, d'une part avec le plexus nerveux formé par les branches du pneumogastrique (nerf cardiaque supérieur, moyen et inférieur constituant le plexus de Wrisberg), d'autre part avec de nombreuses fibres sympathiques qui proviennent du nerf jugulaire (ce nerf naissant du ganglion supérieur de la chaîne cervicale se dirige vers le trou déchiré postérieur, s'anastomose avec les nerfs qui en sortent et avec l'hypoglosse, apporte au vague une partie de ses fibres sympathiques, le reste lui étant fourni directement par le ganglion cervical supérieur à l'endroit où le X et le ganglion sont en contact). Ces fibres afférentes sont encore en rapport au niveau de la veine cave supérieure avec des filets sympathiques provenant directement du ganglion cervical supérieur et du ganglion étoilé, par l'intermédiaire des nerfs cardiaques sympathiques.

Parmi les fibres *efférentes*, les unes se rendraient dans les fibres musculaires des oreillettes droite et gauche, les autres auraient été suivies jusqu'au nœud de Tawarra, constituant pour certains auteurs des faisceaux nettement différentiés (faisceaux de Wenckebach, Thorel, Cuna). Le rôle de conduction spécifique de ces faisceaux est douteux et il semble que l'excitation, née au niveau du sinus, se répande dans les oreillettes et gagne le nœud de Tawarra par le seul intermédiaire des fibres musculaires ordinaires. Signalons toutefois que l'américain Bachmann (1) a décrit une formation anatomique spéciale semblant conduire la contraction d'une oreillette à l'autre. Il aurait observé, en effet, que l'oreillette droite se contracterait 0"013 avant l'oreillette gauche. Cet auteur

(1) Bachmann. In *The Amer Journ of Physiol.*, sept. 1916.

aurait reconnu, chez le chien, l'existence d'un faisceau nettement distinct, qu'il désigne sous le nom de faisceau inter-auriculaire. Déjà signalé par Lewis, Meakins et White il naîtrait à 5 millimètres en dedans de l'angle auriculaire, au voisinage immédiat du nœud de Keith et Flack, derrière l'aorte, se dirigerait ensuite en dehors en décrivant une légère courbe concave vers le haut pour aboutir à la base de l'auricule gauche. Il aurait une longueur de 20 millimètres environ. Nous ne savons quelle importance on peut attribuer à cette formation anatomique.

b. Nœud atrio-ventriculaire ou nœud d'Aschoff-Tawara. — Ce nœud est situé dans une zone toute particulière du myocarde, zone qui demande une description un peu détaillée.

Le nœud siège dans la cloison inter-auriculaire, à la limite du ventricule droit et de l'oreillette droite, en avant de l'orifice de la veine coronaire, au niveau de l'insertion de la tricuspide. Le nœud est aplati, de forme triangulaire, son sommet se prolonge avec le faisceau de Hiss sans démarcation. Il convient de distinguer dans le noyau d'Aschoff-Tawarra deux centres distincts : l'un supérieur situé aux confins de l'oreillette, c'est le centre de Zahn, l'autre inférieur situé à la limite supérieure du faisceau de Hiss.

Signalons que le nœud de Tawarra est en connection avec le ganglion de Bidder qui reçoit lui-même des filets du vague.

Le nœud de Tawarra est en connection directe avec le myocarde auriculaire au moyen de fibres qui quittent sa partie postérieure droite pour se diriger vers le sinus coronaire. Dans ce trajet, elles s'élargissent, deviennent plus pauvres en noyaux, perdent graduellement leurs caractères de fibre nodale et se transforment peu à peu en fibres myocardiques ordinaires. Parfois, deux ou trois d'entre elles s'unissent pour former une fibre myocardique unique.

c. Faisceau de Hiss. — Le faisceau qui part du nœud de Tawarra a une riche synonymie qu'il est utile de connaître : faisceau de Hiss pour certains, il est aussi pour d'autres la *grande commissure cardiaque*, le faisceau de Gaskell-Kent, le *faisceau atrio-ventriculaire* ou encore *auriculo-ventriculaire*.

Il s'engage dès sa naissance dans la portion mem-

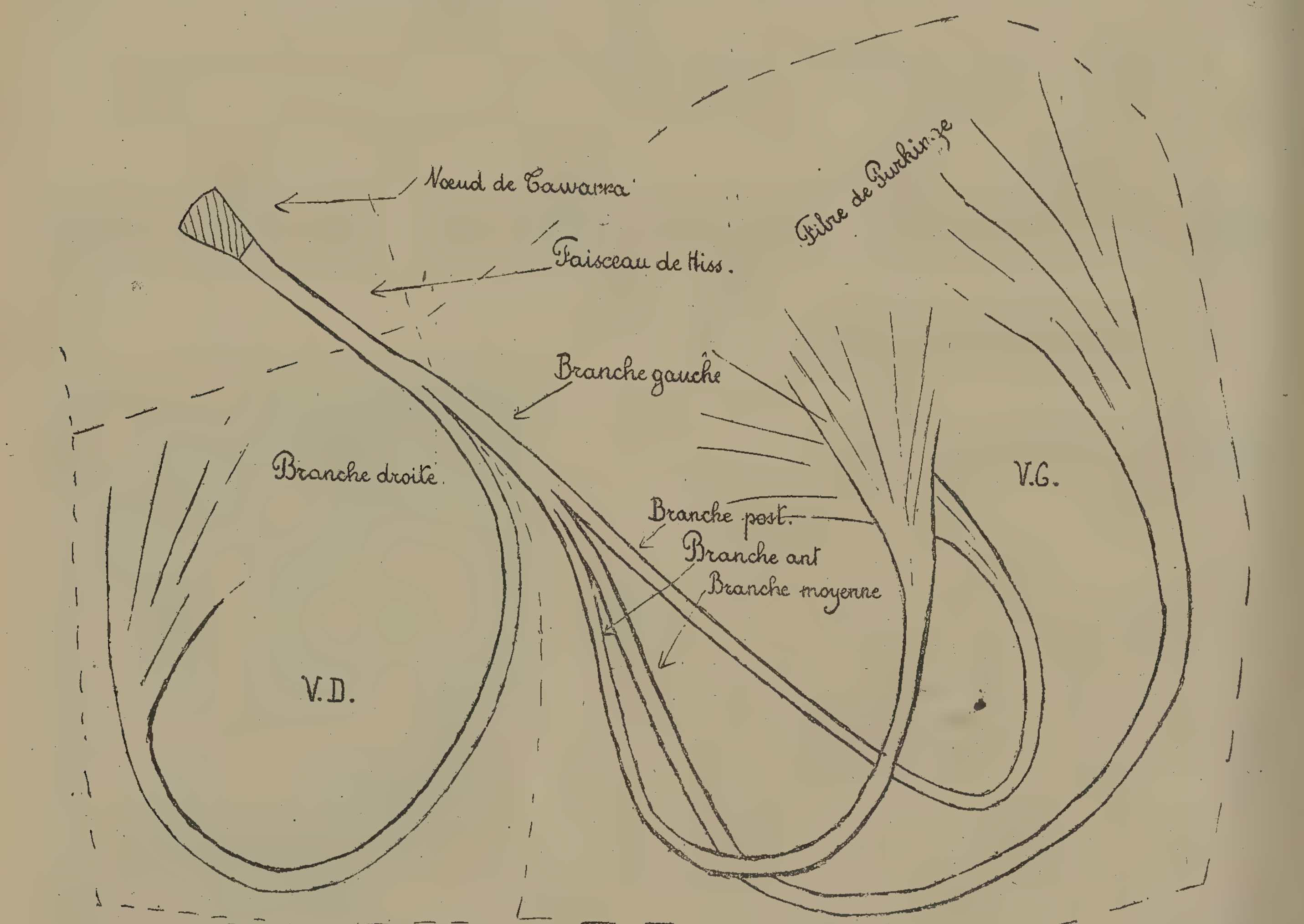


Fig. 1.

braneuse de la cloison : zone membraneuse (pars membranacea), de forme semi-lunaire constituée par l'adossement des deux endocardes droit et gauche, sans interposition de fibres musculaires. Entre ces deux lames se trouvent quelques mailles de tissu conjonctif lache.

Cette partie membraneuse correspond, du côté du cœur droit, à l'extrémité supérieure du ventricule et à l'extrémité inférieure de l'oreillette, du côté du cœur gauche, à l'extrémité supérieure du ventricule seulement (canal aortique).

Le faisceau de Hiss se présente sous la forme d'un cylindre aplati; il y chez l'homme une épaisseur variant de de 1 à 2 millimètres, une longueur de 35 à 40 millimètres (Testut.); pour De Gaëtani, ces dimensions seraient de moitié moindre.

Sortant du nœud auriculo-ventriculaire, le faisceau de Hiss se porte en avant et à gauche soit en décri-

vant une ligne horizontale, soit en parcourant une ligne courbe à convexité supérieure. Le faisceau passe à droite du noyau fibreux central du cœur. Il est isolé dans une sorte de canal de tissu fibreux ; Curran a signalé autour du faisceau une sorte de bourse séreuse. Arrivé à la partie antérieure de la zone membraneuse, il s'élargit en une plaque triangulaire et se divise en deux branches; une droite et une gauche. L'angle de bifurcation est à cheval sur la cloison musculaire inter-ventriculaire. On peut dire que le faisceau de Hiss, envisagé dans son ensemble, ressemble à un Y renversé : le pied de l'Y, répondant à la partie indivise du faisceau, ses deux bras divergents représentant les deux branches de bifurcation droite et gauche.

La *branche droite* continue la direction générale du faisceau de Hiss, tout en étant cependant plus oblique en bas et en avant. Elle chemine sous l'endocarde du ventricule droit et « se trouve à peu près à la limite de la jonction de l'infundibulum pulmonaire avec la cavité ventriculaire. Elle s'engage dans la bandelette ansiforme, pénètre dans le faisceau arqué en s'incurvant dans le sens des aiguilles d'une montre, pour remonter vers la base du ventricule, elle atteint ainsi la base du pilier antérieur ». Ensuite, elle se résout peu à peu en arborisations qui vont se terminer dans les différentes parties du myocarde droit.

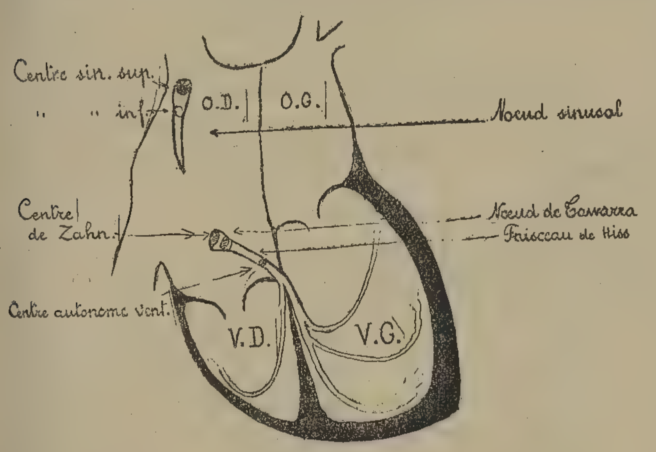


Fig. 1.

La *branche gauche*, plus volumineuse, perfore la cloison membraneuse en rasant le bord supérieur du septum interventriculaire. Elle pénètre ainsi sous l'endocarde du ventricule gauche, au point d'union de la valve antérieure et de la valve postérieure droite des sigmoïdes aortiques. Elle suit une direction à peu près verticale sur une longueur de quatre centimètres, Cette branche parvenue à mi-hauteur de la cloison se subdivise à son tour en trois branches : une antérieure, une moyenne, une postérieure. Les branches antérieure et postérieure gagnent le pilier correspondant en suivant la partie charnue qui l'unit ou septum, la branche moyenne se dirige vers la pointe. Chacune d'elles se subdivise en branches secondaires qui s'incurvent dans le sens inverse des aiguilles d'une montre pour atteindre la base du ventricule. Ces branches se subdivisent en fines arborisations qui forment le réseau décrit par Purkinje.

Les *fibres de Purkinje*, terme ultime du système que nous venons d'étudier, se présentent sous forme de cordons grisâtres, translucides, gélatiniformes, visibles à la face sous-endocardique des ventricules de certains mammifères. Chez l'homme, ces fibres ne sont pas visibles à l'œil nu, elles sont plus diffuses, mais occupent la même place.

Elles ont une forme prismatique quadrangulaire. Sur une coupe perpendiculaire à leur direction, le noyau est centré, le cytoplasme périnucléaire est granuleux. A la périphérie on constate des fibrilles striées anastomosées en tous sens. Ces cellules contiennent une grande quantité de glycogène. Ces fibres, qui constituent un réseau très serré, cheminent dans le tissu sous-endocardique et tapissent ainsi les ventricules droit et gauche. Chez l'homme, elles ne pénètrent qu'à peine dans le myocarde, sauf pour le myocarde droit qu'elles traversent presque complètement. Chez les oiseaux, au contraire, elles traversent le myocarde de part en part.

En terminant cet exposé anatomique, disons que le faisceau auriculo-ventriculaire et le nœud de Tawarra sont irrigués par une artère spéciale provenant de la coronaire droite : l'artère de Monrad-Krohn. Cette vascularisation par une artère indépendante explique la plus grande fréquence des lésions sur cette partie du faisceau primitif.

B. **Moyens d'étude**. — Deux méthodes sont à notre disposition pour étudier le faisceau atrio-ventriculaire : la dissection et les injections. C'est le cœur de veau qui se prête le mieux à cette étude.

a. Dissection. — Le nœud de Keith et Flack est facilement accessible, chez le veau, en ouvrant l'oreillette droite suivant une ligne qui part de l'abouchement de la veine cave supérieure dans cette oreillette et se termine au sulcus terminalis.

Pour disséquer le nœud de Tawarra et le faisceau de Hiss, on fixera sur une plaque de liège une bande de tissu cardiaque prélevée de la façon suivante : faire une incision verticale de 2 centimètres, sur la cloison inter-auriculaire au-devant du sinus coronaire, puis deux incisions perpendiculaires à la précédente, on aura ainsi limité un volet; le séparer alors du reste du cœur par une quatrième incision parallèle à la première, faite en avant de la partie membraneuse de la cloison. Ce volet contient le nœud de Tawarra et le faisceau de Gaskell-Kent. On pourra, soit le fixer sur une planchette et disséquer le tissu nodal, soit l'inclure dans la paraffine et faire des coupes pour examens histologiques.

b. Injections. — On peut injecter la gaine du faisceau à l'encre de Chine, l'injection atteint d'abord la région des piliers, la pointe, les cordages tendineux, et gagne enfin la base.

Trias, à la Société de biologie de Barcelone, a signalé que l'injection sous-endocardique, destinée à l'étude des lymphatiques, permet en même temps, chez certains animaux, d'obtenir l'injection d'une partie du faisceau de Hiss, et notamment des fibres de Purkinje. Après injection, et en examinant de préférence la base du ventricule gauche où elles sont plus grosses, on voit leur réseau sous l'aspect d'une véritable mosaïque ; les trabécules, constitués par des fibrilles parfois séparées s'entrecroisent et s'enchevêtrent limitant des mailles plus ou moins étroites et formant en certains points des sortes de nœuds étoilés. Les fibres relativement volumineuses « jusqu'à 1 millimètre de diamètre » sont de calibre uniforme et suivent un trajet rectiligne ou légèrement courbe. La diffusion de l'injection se ferait très rapidement dans ce réseau, une seule piqûre suffisant souvent à injecter le réseau d'un ventricule et parfois même celui des deux.

C. **Structure histologique.** — Nous avons, au cours de notre étude anatomique, empiété bien souvent sur ce chapitre d'histologie. Il nous semble utile, cependant, d'y revenir pour préciser certains points de détail sur lesquels nous avons peu insisté jusqu'ici.

L'aspect histologique des différentes parties du système excito-conducteur du cœur est à quelque chose près le même quel que soit le niveau auquel on l'étudie. D'une manière générale, tout le système est formé de fibres rappelant un peu la fibre cardiaque adulte, mais surtout la fibre cardiaque embryonnaire. Ce sont des fibres pâles, plus longues d'un tiers environ que les fibres cardiaques ordinaires et plus grêles; leur striation est à peine marquée; elles sont très riches en noyaux ovalaires; ces noyaux et le cytoplasme diffèrent encore de ceux des fibres cardiaques adultes par des affinités tinctoriales spéciales.

Dans le faisceau et ses branches, les fibres cheminent parallèlement; dans les formations nodales, elles s'enchevêtrent et forment un riche plexus.

Voyons maintenant quelle est la terminaison de ces fibres, quels sont les éléments étrangers qui s'y mêlent, quelle est enfin la signification de ce tissu.

Comme nous l'avons vu, les faisceaux se dissocient rapidement, leurs fibres s'élargissent en éventail sous l'endocarde, se transforment insensiblement en fibres de Purkinje qui elles se terminent dans le myocarde même. Nous avons déjà décrit ces fibres de Purkinje; ajoutons seulement ici que diminuant de volume, augmentant leurs striations, elles deviennent rapidement semblables aux fibres myocardiques ordinaires auxquelles elles se mêlent.

Mais ce ne sont pas là les seuls éléments que l'on rencontre dans le système excito-conducteur; on y a signalé la présence de filets nerveux et de cellules ganglionnaires sympathiques, sans parler du tissu conjonctif sur lequel nous n'insisterons pas.

On a longtemps discuté pour savoir si la partie active du faisceau était ces fibres musculaires spéciales ou les éléments nerveux qui s'y trouvaient inclus; d'où deux théories en présence; la théorie myogène et la théorie neurogène. Pour les myogénistes, la transmission de l'excitation de l'oreillette au ventricule se faisait par les fibres musculaires grâce à la continuité de celles-ci; leurs adversaires se basant sur le débloquage momentané du cœur sous l'influence de l'adrénaline (considérée comme excitant du sympathique) soutenaient que cette transmission se faisait par l'intermédiaire des filets nerveux.

Les auteurs modernes, tout en ne niant pas absolument le rôle des éléments nerveux, considèrent que les fibres musculaires à aspect embryonnaire constituent un tissu spécial, tissu *neuro-musculaire*, non encore différentié, jouant le rôle primordial dans l'automatisme du cœur, tissu appelé par Keith, puis par Guillaume : tissu *nodal*. Ce tissu particulier semble être un des premiers à devenir excitable chez les vertébrés et chez l'embryon. Actuellement, ce tissu a été trouvé chez l'homme dans le tube digestif. On l'a décrit aussi dans l'utérus de la lapine. D'après les recherches récentes de Bullowa et de Ch. Gottlieb, il existerait aussi dans les bronches. Nous lui connaissons d'ailleurs des tissus très voisins : les uns, plus près du tissu musculaire, tel le plexus de Cajal, les autres plus près du tissu nerveux, tel le plexus d'Auerbach. Si l'on admet cette théorie, la discussion entre la transmission nerveuse et la transmission musculaire est close, puisque cette transmission se ferait au travers d'un élément tenant en quelque sorte à la fois du tissu musculaire et du tissu nerveux.

Signalons enfin que pour P. Rojas (*Soc. de biol.*, 6 oct. 1923), le faisceau de Hiss ne serait pas une formation embryonnaire, mais au contraire des fibres musculaires arrivées à un très haut degré de différentiation.

Physiologie. — Le nœud sinusal de Keith et Flack, le nœud de Tawarra, le faisceau de Hiss et ses branches, le réseau des fibres de Purkinje constituent un système conducteur et excito-moteur qui permet au cœur de battre selon un rythme spécial, même si on le sépare complètement de l'organisme.

A l'état physiologique de la partie supérieure du nœud sinusal, naît à intervalles égaux un stimulus : il diffuse dans la musculature des oreillettes, puis par l'intermédiaire des fibres myocardiques ordinaires gagne le nœud de Tawarra. Ce dernier est atteint par le stimulus en 0''03 ou 0''04. Le stimulus parcourt ensuite le faisceau de Hiss, suit chacune de ses branches, se répand dans le réseau des fibres de Purkinje, atteint le ventricule droit en 0''06 au niveau de l'insertion du septum sur la paroi ventriculaire, et le ventricule gauche en 0''07 au niveau de la pointe; puis, remonte vers la base du cœur. Cette propriété conductrice est ce que Vaquez appelle le pouvoir *dromotrope* (de δρόμος en grec : course).

Précisons maintenant la vitesse avec laquelle le stimulus parcourt le système conducteur et le temps qu'il lui faut pour atteindre les diverses parties du myocarde.

Vitesse de propagation :

Dans les fibres auriculaires...............	1msec
Dans le faisceau de Hiss..................	5msec
Dans les fibres de Purkinje...............	5msec
Dans les fibres du myocarde ventriculaire..	0,50sec

Le stimulus parti du sinus atteint le nœud de Tawarra en 0''03 ou 0''04, la surface des oreillettes en 0''05. Du nœud de Tawarra au ventricule il met 0''06 dont 0''04 à 0''05 sont utilisés à la traversée de ce nœud.

L'expérimentation physiologique a permis, chez les animaux, de prouver le rôle conducteur des restes du tube cardiaque primitif : ainsi l'on peut faire dans un cœur une série d'entailles disposées en chicanes de façon à interrompre la continuité de toutes les fibres musculaires, si on a eu soin de ne pas léser la région hissienne; à une excitation portée sur le sinus, les ventricules répondront par la contraction simultanée de leurs différents fragments.

Cependant, si l'on ne sectionne qu'une branche du faisceau, la droite par exemple, par une excitation du sinus on obtiendra encore la contraction des deux ventricules : mais le ventricule droit se contractera avec 0''04 de retard. Le stimulus aura en effet suivi une voie de fortune : après avoir atteint par le réseau des fibres de Purkinje les fibres musculaires du ventricule gauche, il gagnera le ventricule droit en cheminant à travers les fibres musculaires du septum. Cette transmission anormale ne se fait qu'à la vitesse de 0,50msec.

Par contre, quand on enserre le faisceau entier dans les mors d'une pince, comme l'ont fait Léon Frédéricq, Humblet et Erlanger, on constate que la contraction ventriculaire est d'autant plus en retard sur

la contraction auriculaire que l'on augmente l'écrasement. Quand celui-ci est complet, le rythme des oreillettes ne se modifie pas, mais les ventricules, après un arrêt de quelques secondes, recommencent à battre à un rythme beaucoup plus lent, tout à fait indépendant du rythme auriculaire.

En effet, outre ses propriétés conductrices, le faisceau primitif possède des propriétés excito-motrices localisées en un certain nombre de centres : l'un primordial assurant l'automaticité physiologique du cœur est situé dans la partie supérieure du nœud sinusal; les autres centres secondaires d'automaticité sont situés : un dans la partie inférieure du nœud sinusal, deux dans le nœud de Tawarra (un supérieur ou centre de Zahn et un inférieur); un dans le faisceau de Hiss (le centre ventriculaire autonome). Tous ces centres ont une fonction d'automaticité bien développée, mais il semble exister aussi dans les deux branches de ce faisceau et peut-être même dans les arborisations terminales du système nodal des centres secondaires frustes dont la fonction d'automaticité serait mal développée. Ces centres fonctionneraient à l'état physiologique: mais leur activité serait masquée par celle prépondérante du centre sinusal supérieur.

Comment expliquer l'automaticité du cœur, l'alternance régulière de systoles etde diastoles à un rythme dirigé par le sinus? La notion de périodes réfractaires n'est pas à elle seule suffisante puisque le cœur peut se contracter de 15 à 300 fois par minute. C'est donc à ce système nodal qu'il doit cette propriété, son chronotropisme comme dit Vaquez.

Les centres d'automaticité, y compris le centre sinusal supérieur, paraissent recevoir un influx de nature indéterminée qui les chargent, comme l'électricité charge une bouteille de Leyde; la charge arrivée à une certaine limite dans la bouteille de Leyde, une étincelle éclate entre l'armature et le bouton; dans les nœuds, la charge arrivée à une certaine limite, un stimulus est lancé. Les centres automatiques, en allant du sinus aux arborisations. seraient de capacité de plus en plus grande, ils se chargeraient donc de plus en plus lentement, l'étincelle, c'est-à-dire le stimulus naîtrait à des intervalles de plus en plus éloignés : le rythme propre de ces centres automatiques est en effet d'autant plus lent que l'on s'éloigne davantage du centre sinusal (1).

La capacité des deux centres sinusaux et des deux centres du nœud de Tawara peut être modifiée dans de larges limites par le vague et le sympathique. Leur rythme peut donc varier aussi dans de larges limites. Les centres plus inférieurs ont une capacité presque fixe, donc un rythme presque immuable.

A l'état normal, le stimulus sinusal éclatant à intervalles plus fréquents décharge les centres secondaires avant qu'ils n'aient atteint un potentiel suffisant pour émettre leur stimulus propre. Il ne faudrait point en conclure à l'inutilité des centres secondaires. Leur rôle est double : à l'état physiologique, ils jouent, sans doute, le rôle d'amplificateurs permettant au faible stimulus parti du sinus d'arriver décuplé en intensité dans le myocarde ventriculaire, myocarde qu'il n'aurait pu faire contracter s'il lui avait été transmis par de simples fibres conductrices.

A l'état pathologique, ces centres secondaires constituent un système de sûreté fonctionnant, soit quand le sinus est inhibé par une forte excitation du vague, soit quand une lésion a détruit le sinus ou le nœud de Tawara ou la partie supérieure du faisceau de Hiss.

L'activité de ces centres secondaires se manifestera encore chez un animal, quand on les aura rendus hyperexcitables par une injection de chlorure de baryum ou chez l'homme quand ils seront irrités par une lésion pathologique. Parfois, leur activité se manifestera de façon intermittente. Si nous comprimons par exemple les globes oculaires d'un hypervagotonique nous observerons, de temps à autre, au milieu des contractions sinusales ralenties, une contraction provenant du centre autonome ventriculaire : c'est l'échappement ventriculaire de Lœvi.

Il est certaines conditions du milieu intérieur qui sont indispensables au bon fonctionnement de l'automaticité cardiaque : il faut qu'il existe dans le sang circulant ou dans le liquide de perfusion un équilibre entre les ions potassium, calcium et sodium, équilibre qui peut être représenté par le schéma suivant : K ← Ca → Na.

Il semble que le potassium soit indispensable pour assurer l'automaticité et la régularité des battements; il pourrait d'après certains auteurs, être remplacé dans cette fonction par n'importe quel autre métal radio-actif comme lui. Zwaardemaker (*C. R. de la Soc. de biol.*, 1924, n° 2, p. 68), se demande même si la quantité d'énergie libre qu'apporte chaque jour la dissociation de cet élément dans le tissu cardiaque ne serait pas la seule origine du stimulus et une des sources principales de l'énergie de myocarde.

Le calcium entretiendrait la contractilité et l'excitabilité des cellules nodales et myocardiques.

Le sodium serait exigé pour assurer la perméabilité des parois cellulaires.

Quelle que soit la nature de cet influx mystérieux qui charge les centres automatiques du cœur, il semble qu'il ait plusieurs origines. Nous n'avons d'ailleurs sur lui qne des notions très peu précises. Il ne paraît pas être d'origine nerveuse, puisque la section des nerfs extra-cardiaques n'en trouble pas la production. Cet influx paraît plutôt en rapport :

1° Avec la distension mécanique et l'excitation de l'endocarde ventriculaire et auriculaire par le courant sanguin.

2° Avec la teneur du sang en oxygène, en anhydride carbonique, en glucose et en électrolytes.

3° Avec la sécrétion de certaines glandes closes.

La chose paraît certaine pour la médullaire surrénale, douteuse jusqu'à présent pour la thyroïde; une très intéressante observation de Laubry (*Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, sept. 1924), nous fait entrevoir le rôle peut-être important qui est joué normalement par la thyroïde. Les rapports de cet influx et des autres glandes closes sont tout à fait hypothétiques.

Si le mécanisme de l'automaticité cardiaque est généralement admis comme nous l'avons exposé, certains auteurs ont été amenés, soit par des déductions, soit par des expériences de physiologie, à le concevoir de façons parfois très différentes.

C'est ainsi que Demoor (*C. r. de la Soc. de biol.*, n° 21, p. 90, 20 juin 1924) isole du sinus une substance qui, ajoutée au liquide de perfusion du cœur privé de son sinus, le fait battre selon un rythme sinusal. « La transmission à l'oreillette gauche de l'activité modificatrice de l'oreillette droite née dans le nœud de Keith, n'est pas assurée par un système morphologique différentié. Nos expériences plaident

(1) Rythme du centre sinual inférieur : 60 à 70.
Rythme du centre de Zahn : 50 à 60.
Rythme du centre septal inférieur : 40 à 50.
Rythme du centre autonome ventriculaire : 20 à 30.

en faveur de l'idée que l'agent régulateur, élaboré par le nœud, diffuse dans l'ensemble des oreillettes et par sa présence modifie la réaction automatique fondamentale par secousses des fibres cardiaques et leur donne notamment les caractéristiques chrono et inotropiques. Rien ne fait supposer que la substance active soit périodiquement élaborée et rythmiquement évacuée vers les fibres contractiles. Tout tend à faire admettre, au contraire, qu'elle est éliminée d'une manière continue, séjourne dans la trame active, intervient d'une façon permanente dans le métabolisme du muscle et rythme ainsi l'extériorisation de son activité ».

Nous voici loin de la conception classique et notre sinus, dépossédé de son stimulus et son rythme, devient une simple glande myocrine secrétant son hormone dans le tissu cardiaque.

Par contre E. Donzelot (*Arch. des mal. du cœur*, juillet 1924 et avril 1925) pense qu'à l'état physiologique le stimulus est double. Il existerait deux formations : le nœud de Keith et Flack et le nœud de Tawarra, formations de texture analogue, douées l'une et l'autre d'un puissant automatisme. Diverses excitations (passage et vitesse du courant sanguin, constitution du sang, modifications locales de pression) agiraient au même titre sur ces deux centres mais avec un certain décalage du fait même de leur disposition anatomique et du sens du courant sanguin : d'où pour Donzelot dualité normale de l'automaticité cardiaque. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 4 MAI 1925)

Action anticoagulante des sels de zinc. — MM. Auguste LUMIÈRE et Henri COUTURIER, continuant leurs recherches sur les corps anticoagulants (1), ont constaté que le sulfate de zinc à la dose de 1/2.000 empêche complètement la coagulation sanguine *in vitro*.

Cette propriété empêchante se manifeste aussi bien *in vivo*, contrairement à ce qui a lieu pour le sulfate de soude et les corps similaires.

Les expériences des auteurs permettent d'espérer qu'il sera possible de préciser le rôle des centres dans le maintien de l'équilibre sympathique, dans les chocs anaphylactiques et anaphylactoïdes, ainsi que dans nombre de phénomènes vitaux

(SÉANCE DU 11 MAI 1925)

Action de l'insuline sur le métabolisme azoté. — MM. H LABBÉ et B. THÉODORESCO. Le métabolisme azoté reçoit une accélération manifeste du fait de la mise en circulation d'un supplément d'insuline dans l'organisme. L'animal brûle davantage ses tissus que dans les périodes normales; il consomme ses réserves azotées. Cette destruetion de l'équilibre azoté s'accompagne d'une perte de poids de l'animal en expérience.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 10 MAI 1925)

Musée de la vaccine. — Salle Bader est exposée toute la série des tableaux qui remplissait le stand du docteur Chaumier à l'Exposition du Congrès International de médecine et de pharmacie militaires du Val-de-Grâce. Ce sont, avec de jolies aquarelles du château de Plessis-les-Tours et de l'Institut vaccinal de Tours, de nombreuses gravures et de curieuses estampes que le docteur Chaumier offre au Musée de la vaccine de l'Académie.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, p. 411.

Congrès d'Arcachon. — M. DESGREZ, délégué de l'Académie au Congrès d'Arcachon, insiste, dans son rapport, sur les résultats obtenus, dans cette station, par les mesures d'assainissement qui y ont été prises, longtemps avant les lois actuelles, grâce à la collaboration de la municipalité et du corps médical. C'est ainsi que la mortalité par tuberculose est tombée, dans cette ville, à 15 habitants pour 10.000, au lieu de la moyenne 26,7 fournie par les villes de même population. De tels résultats ne sont pas seulement l'effet de mesures vigilantes d'ordre général : la lutte contre la mortalité infantile, contre les maladies vénériennes, contre le paludisme, la surveillance des denrées alimentaires et des boissons, l'enseignement des notions essentielles de l'hygiène, dans les écoles et par des conférences publiques, sont organisés à Arcachon avec un esprit de dévouement et de persévérance qui en justifie le succès.

Note sur les conséquences éloignées d'un cas de radiothérapie ultra-pénétrante. — M. BAZY a observé un malade qui, un an et demi, après la cassation des rayons a présenté une radiodermite périnéale et de l'urétrite avec induration de l'urètre, cystite et rectite.

Dysembryoplasies de l'utérus (adénomes) et dysembryomes utérins aberrants (endométriomes). — MM. LETULLE, TUFFIER et LAMBERT. Les adénomyomes de l'utérus et les endométriomes erratiques découverts dans l'abdomen (paroi antérieure du canal inguinal, sont tous des produits d'une malfaçon embryonnaire contemporaine de l'évolution des deux canaux de Müller. Ils sont spécifiés non seulement par des formations glanduliformes identiques à celles de la muqueuse de l'utérus (épithéliomas cylindriques, ciliés ou non, chorion sous-jacent fait de tissu cytogène) mais aussi par des couches de fibres musculaires lisses satellites.

Il ne s'agit point de *tumeurs* proprement dites, mais de dysembryoplasies partout et toujours identiques. Les petits utérus aberrants extra-utérins, sont susceptibles de subir des lésions inflammatoires de l'endométrite chronique ulcéreuse et végétante classique. Ce dernier trait complète leur identification avec le tissu utérin.

L'Académie de médecine et l'hygiène sociale. — M. CAZENEUVE. rappelle la protestation toute spontanée de M. Léon Bernard contre la réduction au budget du ministère de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale d'une somme importante destinée à favoriser la lutte contre la tuberculose et la puériculture, protestation à laquelle s'est associée l'Académie tout entière et qui a déjà eu son effet, puisqu'elle a provoqué un nouveau projet de loi.

M. Cazeneuve rappelle également les rapports importants de MM. Weiss et Balthazard sur les assurances sociales. rapport dont les conclusions ont été également adoptées par l'Académie. On conçoit l'importance de ses interventions de l'Académie dans les questions d'hygiène sociale.

L'Académie ne doit pas attendre qu'on lui demande son avis lorsqu'elle juge qu'il est opportun ou même urgent de le donner.

Ainsi l'Académie remplira la partie la plus utile de sa mission, celle où personne ne peut la remplacer, et qui prend tous les jours plus d'importance.

La microangioscopie, méthode d'exploration directe des petits vaisseaux sanguins superficiels de l'homme. — M. GUILLAUME. Au moyen du *capillaroscope*, appareil qu'il a réalisé avec MM. Stiassnie, l'auteur a pu faire sur l'appareil capillaire de l'homme, une série d'observations dont il apporte les résultats.

On peut avec cet appareil observer la circulation capillaire et même, grâce à un dispositif particulier, réaliser la photographie des capillaires cutanées.

C'est ainsi que l'auteur a pu préciser un certain nombre de points de la physiologie et de la pathologie de la circulation capillaire.

Tous ces beaux travaux originaux de M. Guillaume ont fait déjà l'objet de communications à l'Académie des sciences et de nombreuses notes ou articles.

Actuellement il poursuit l'étude des modifications circulatoires dans les états morbides généraux ou locaux (troubles trophiques, troubles circulatoires, troubles pigmentaires, troubles pileux, s'efforçant de reconnaître le mécanisme physio-pathologique d'états morbides encore mal connus, les névroses vaso-motrices en particulier.

Sur la vaccination préventive en chirurgie. — M. Blanco-Acevedo (de Montevideo) a donné lecture d'un travail documenté sur l'emploi systématique de la vaccination des malades à opérer par le vaccin polyvalent de Delbet afin d'assurer une évolution post-opératoire libre de tout incident infectieux. Si la pratique de l'asepsie met à couvert des infections exogènes, il faut, dans certains cas, craindre la mise en mouvement de germes microbiens préexistants.

Guidé par cette idée le professeur Blanco-Acevedo emploie d'une façon prophylactique, depuis quatre ans, un vaccin polyvalent préparé dans le laboratoire de son service d'après les principes établis par le professeur Pierre Delbet. Il attribue à son emploi les résultats obtenus dans une série de près de 400 laparotomies et dans une série de 50 ostéo-synthèses métalliques guéries sans le moindre incident post-opératoire.

M. J.-L. Faure fait observer le grand intérêt pratique de cette communication. Il a connu M. Blanco pendant les cinq ans qu'il a passés en France, au moment de la guerre; il l'a vu à l'œuvre et a pu apprécier sa haute valeur scientifique et sa haute valeur morale. Il estime qu'il faut féliciter M. Blanco de nous fournir un moyen efficace de mettre nos opérés à l'abri de complications infectieuses possibles.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 8 MAI 1925)

Gros dépôts de mucine (tophi du myxœdème) au niveau des doigts dans un cas de myxœdème acquis de l'adulte. — MM. H. Dufour, M. Hurez et Mlle Pau présentent une malade de soixante-deux ans chez laquelle on trouve réunis tous les signes du myxœdème.

L'intérêt de cette observation réside dans l'existence de tuméfactions siégeant au niveau du pouce et de l'annulaire de la main gauche.

Par la ponction on en retire un mucus épais et filant. Ce sont de véritables dépôts de mucine, des tophi du myxœdème comme il existe des tophi de la goutte.

On a là une preuve que l'œdème du myxœdème a un caractère spécial le distinguant des œdèmes ordinaires.

Asthénie hérédo-syphilitique. — M. Marcel Pinard présente un malade atteint d'asthénie hérédo-syphilitique et en même temps mélancolique. Comme la plupart des malades analogues correspondant à un type très fréquemment observé, celui-ci présente un ensemble de petits signes, qui pour dédaignés qu'ils soient par certains n'en sont pas moins précieux pour orienter le diagnostic : coalescence des sourcils, asymétrie faciale, hypertrophie claviculaire, irrégularité pupillaire, surdité labyrinthique, tubercules de Carabelli.

Sa sérologie est positive. Les deux parents sont tous deux soignés actuellement dans un dispensaire pour aortite syphilitique avec sérologie positive.

Un cas de maladie de Hodgkin à forme médiastinale. — MM. Robert Clément et Alfred Cayler, rapportent l'observation d'un cas de maladie de Hodgkin à forme à peu près uniquement médiastinale diagnostiqué par la présence d'un point chronique et violent, une éosinophilie sanguine à 26 p. 100, d'une grosse rate; enfin par l'examen biopsique d'un ganglion axillaire qui a montré la présence de cellules de Sternberg,

Ce cas présente la particularité d'une évolution prolongée pendant plus de quinze ans. Une pleurésie droite silencieuse et abondante présentait une formule cytologique riche en grandes cellules vacuolaires et en éosinophiles qui permet d'en supposer la nature inflammatoire.

La compression veineuse se manifestait d'une façon très différente sur les deux membres supérieurs. Le droit présentant un volumineux œdème chronique, le gauche une simple dilatation des veines superficielles.

M. Lortat-Jacob considère que la pleurésie est une manifestation fréquente au cours de la maladie de Hodgkin.

Deux cas d'angine de poitrine avec myxœdème. Aggravation de l'hypertension par l'opothérapie. — MM. P. Abrami, M. Brulé et J. Heitz ont observé deux femmes souffrant depuis plusieurs années de crises angineuses, et chez lesquelles s'est développé sous leurs yeux un syndrome myxœdémateux. La pression artérielle était élevée chez les deux malades et l'une d'elles présentait les signes physiques et radioscopiques d'une aortite. L'opothérapie fut suivie dans les deux cas d'une amélioration très frappante de tous les symptômes d'insuffisance thyroïdienne, mais simultanément le niveau de la pression s'éleva sensiblement avec aggravation des signes fonctionnels et le traitement dut être suspendu.

M. Laubry considère que lorsque le myxœdème s'accompagne d'angine de poitrine d'origine myocardique, et seulement dans ce cas, la médication thyroïdienne est indiquée.

La myase sous-cutanée. — MM. Ribadeau-Dumas et Larousse.

Les rapports azoturiques. Leur valeur pour l'exploration fonctionnelle du foie. Le coefficient ammoniacal corrigé. — MM. Noël Fiessinger, Ch. O. Guillaumin et Henry Walter, après avoir passé en revue les rapports azoturiques y compris ceux de Maillard, de Lanzenberg et de Derrien Clogne, montrent que s'ils conservent une valeur pour juger de l'intensité de l'acidose si fréquente dans les grandes insuffisances hépatiques, ils sont incapables de fournir des renseignements assez fidèles dans les petites et les moyennes insuffisances hépatiques en raison de la formation rénale de l'ammoniaque urinaire découverte durant ces dernières années.

(SÉANCE DU 15 MAI 1925)

Sur la pathogénie de la myasthénie. — M. Sezary fait observer que l'origine surrénale de la myasthénie a été défendue en France depuis 1908 par divers auteurs. Il ne pense d'ailleurs pas que cette hypothèse soit exacte. En effet, il a observé une malade chez laquelle l'action de l'extrait surrénal fut temporaire. Cette malade qui bénéficia ensuite de l'opothérapie hypophysaire et testiculaire, s'accoutuma à ces diverses médications. En alternant ces médications, elle vit s'atténuer sa myasthénie.

En présence de ces faits, M. Sezary explique l'heureuse influence des divers extraits glandulaires par l'action d'un choc protéique.

Double pneumothorax thérapeutique efficace. Tolérance parfaite malgré un collapsus bilatéral complet. — M. Couland.

Spasme de l'œsophage chez un nourrisson présentant une adénopathie trachéobronchique tuberculeuse (projections). — MM. Ribadeau-Dumas et Debray.

Hémi-facio-craniose. — MM. André Léri et Layani présentent un nouveau cas d'hémicraniose, curieuse affection d'origine congénitale caractérisée par la production d'ostéomes occupant sur tout un côté du crâne et de la face le domaine du trijumeau. Ces ostéomes occupent autant la face interne du crâne que sa face externe.

Chez la malade présentée, la face est beaucoup plus atteinte que dans les cas antérieurs et le cas mérite vraiment d'être dénommé « hémi-facio-craniose ».

Ces cas d'hémi-facio-craniose congénitale, doivent être distingués des cas auxquels on a attribué le même nom d'hémicraniose, mais qui ne sont ni congénitaux, ni étendus au domaine d'un trijumeau et limités à ce domaine, et qui consistent simplement en un ostéome localisé de la face externe du crâne.

Le borate de soude dans la maladie de Basedow. — MM. Lœper et Ollivier ont constaté que le borate de soude

est capable d'atténuer la plupart des symptômes de la maladie de Basedow.

Les résultats cliniques tendent déjà à démontrer que l'amélioration obtenue dépend d'une action élective du bore sur le corps thyroïde.

L'action du sucre sur l'estomac. — MM. Lœper et G. Marchal ont observé les heureux effets de l'injection de sucre en nature dans certains cas pathologiques, surtout en cas d'ulcère de l'estomac. Le sucre atténue les douleurs et facilite la cicatrisation de l'ulcus. Il diminue l'action irritante de médicaments, tels que l'antipyrine et l'aspirine, et de certaines substances alimentaires.

Il exerce ses effets par la dilution d'un suc gastrique hypéradide ou d'un produit toxique, mais surtout grâce aux afflux leucocytaires qu'il détermine dans la cavité gastrique.

Résultats éloignés de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine. Notion de réactivité. — M. Chr. Zœller apporte les résultats de la vaccination antidiphtérique par l'anatoxine après un an. Sur sept sujets dont la réaction de Schick était négative, après la vaccination une seule était redevenue positive. Sur trois sujets dont la réaction de Schick était faiblement positive, l'un avait une réaction négative, un autre une réaction faiblement positive; le troisième contracte une diphtérie au cours de l'année. Chez les deux sujets à réaction de Schick positive il a suffi d'une inoculation d'anatoxine (1/2 centimètre cube) pour négativer leur Schick en huit jours. L'auteur rappelle que l'immunité est fonction non seulement de l'antitoxine circulante, mais aussi de la *réactivité* du sujet.

Diabète insipide et obésité. Action du traitement par le lobe postérieur d'hypophyse. — MM. M. Labbé et L. Denoyelle présentent l'observation d'une malade atteinte de diabète insipide et d'obésité. Les troubles avaient débuté il y a neuf ans progressivement; la polyurie et la polydipsie étaient apparues et deux ans plus tard le poids est passé de 65 kilos à 119 kilos. Les injections de lobe postérieur d'hypophyse diminuèrent immédiatement la polyurie, mais trois injections quotidiennes de un demi lobe chacune furent nécessaires pour maintenir l'élimination au-dessous de 2 litres.

Présence du bacille de Lœffler dans une pleurésie purulente à streptocoques. Sérothérapie et vaccinothérapie associées. Pleurotomie. Guérison. — MM. Chr. Zœller et Manoussakiss rapportent l'histoire d'un malade qui au cours d'une pleurésie purulente à streptocoques présenta dans sa plèvre un bacille diphtérique vrai. On traita le malade par la sérothérapie antistreptococcique et par les ponctions évacuatrices suivies d'injection de bouillon-vaccin. Après une amélioration progressive le malade fut soumis à la pleurotomie. Malgré l'intervention d'un érysipèle, il guérit sans avoir présenté de signe précoce ni tardif de diphtérie.

Les auteurs attirent l'attention sur l'efficacité de ce traitement spécifique mixte; sur la pullulation dans la cavité pleurale d'un bacille diphtérique chez un sujet qui était à son entrée porteur sain de bacille diphtérique et dont la réaction de Schick était négative.

NOTES DE PRATIQUE

L'ADONIS VERNALIS DANS L'ASYSTOLIE ET DANS LES NÉPHRITES

D'après le docteur Henneton, auquel on doit une étude fort documentée sur l'adonis vernalis, ce médicament est un cardiotonique de premier ordre.

C'est aussi un diurétique dont l'action s'exerce probablement sur le rein.

L'adonis vernalis peut être employé dans toutes les maladies

du cœur, tout spécialement dans l'asystolie quand la digitale n'est pas supportée ou bien quand elle n'a plus d'action, dans les myocardites principalement.

Comme l'adonis vernalis n'est pas toxique, qu'elle ne s'accumule pas, il est probable qu'elle rendrait des services dans toutes les maladies infectieuses où il s'agit de soutenir le cœur et de donner une forte diurèse et dans lesquelles on donne habituellement la digitale ou la caféine.

L'action diurétique de l'adonis vernalis s'exerce surtout dans les néphrites et à cause de cela nous ne craignons point de l'employer malgré l'hypertension artérielle.

La forme sous laquelle il faut employer l'adonis vernalis est l'infusion ou mieux le Diurène, extrait total.

LIVRES NOUVEAUX

Les Chorées (1), par le docteur L. BABONNEIX.

Il y a quelques années, la chorée semblait une des maladies les mieux définies en neuropathologie, encore que la pathogénie en demeurât singulièrement obscure. Ne considérait-on pas la chorée de Sydenham comme une névrose qui s'insérait, dans les Traités, entre l'épilepsie et la tétanie?

Depuis lors, le chapitre des chorées a été l'un des plus remaniés de la neurologie, et grâce à l'apport de nouvelles données cliniques, anatomiques et expérimentales, le syndrome choréique est devenu particulièrement touffu et complexe.

Aussi, importait-il de reprendre, à la lumière des acquisitions récentes, le problème des chorées. L'ouvrage de M. Babonneix vient donc à son heure; et nous ne doutons pas qu'il soit le bienvenu, non seulement dans le monde des neurologistes, mais parmi tous les médecins soucieux de s'éclairer sur les problèmes d'actualité.

Avec un sens très aigu de l'exposé didactique, M. Babonneix, s'appuyant sur la méthode cartésienne, s'est efforcé de décomposer cette vaste question des chorées en chapitres rigoureusement définis et dont la clarté ne laisse place à aucun doute dans l'esprit du lecteur. Ce n'est pas trop dire qu'il y a très brillamment réussi.

Si l'on veut bien comprendre ce qu'est une chorée, il importe, en premier lieu, de saisir parfaitement tous les caractères du mouvement choréique, tant dans ses éléments cliniques que dans sa physiologie pathologique. Aussi, très judicieusement, l'auteur a consacré le premier chapitre à la description minutieuse du syndrome choréique. Spontanés, involontaires, irréguliers, illogiques, brusques, rapides, impulsifs, variables, non simultanés, mais successifs, tels apparaissent à l'observateur les mouvements de la chorée légitime.

C'est dire que la chorée s'oppose, très nettement, aux tics, aux myorythmies de l'encéphalite épidémique, à l'athétose, aux spasmes, aux tremblements, comme aussi à ce que l'on a décrit sous l'appellation de chorées rythmiques hystériques.

Mais, si le désordre musculaire involontaire apparaît comme la perturbation fondamentale de la chorée, il ne faut pas oublier qu'à ce symptôme s'associent différents troubles moteurs dont l'hypotonie, les syncinésies, l'asynergie, l'adiadococinésie, l'asthénie musculaire, l'acinésie spontanée comptent parmi les plus essentiels.

Envisageant ensuite la physiopathologie du syndrome, M. Babonneix conclut que la chorée ne peut pas être envisagée comme une manifestation exclusivement liée à une lésion portant sur une seule région de l'encéphale. Dans la majorité des faits, la chorée relève d'une altération intéressant, soit le corps strié, soit les pédoncules cérébelleux supérieurs. En dehors de ces deux grands centres choréogènes, existe-t-il d'autres régions de l'encéphale dont l'adultération s'exprime, en clinique, par le désordre choréique? Sans l'affirmer d'une manière absolue, M. Babonneix pense que certaines chorées peuvent reconnaître, comme origine, une lésion frontale; cette hypothèse semble d'autant mieux justifiée que, précisément, la fonction cérébelleuse est réglée et commandée par l'important système de fibres qui, issues du lobe préfrontal, s'arborisent dans les noyaux d'origine des pédoncules cérébelleux moyens.

Après avoir minutieusement décrit les symptômes et les lésions de la chorée de Sydenham, M. Babonneix aborde le redoutable problème de l'étiologie de cette affection. Possédons-nous, par exemple, dans la notion de l'hérédo-syphilis la base étiologique fondamentale de la chorée des adolescents? Sans méconnaître la valeur de plusieurs arguments invoqués en faveur de la syphilis héréditaire, l'auteur, cependant, se garde de penser que le virus tréponémique suffit à rendre compte de tous les cas de chorée aiguë. Pour ce qui est de l'encéphalite épidémique, M. Babonneix estime que si certains cas de chorée aiguë ressortissent à l'encéphalite, cette maladie ne saurait expliquer l'éclosion de nombre de faits de maladie de Sydenham.

La chorée des adolescents représente ainsi une maladie bien définie et, grâce à une analyse séméiologique exacte, il est possible de la différencier des chorées symptomatiques. En est-il de même des chorées chroniques et devons-nous les réunir dans un même groupe ainsi que le pensaient Charcot et Huet? Ou, au contraire, est-il légitime, en s'appuyant sur la clinique et l'anatomie pathologique, de scinder les chorées chroniques en variétés distinctes? Selon M. Babonneix, si les chorées chroniques présentent certains traits communs les différences l'emportent sur les analogies et on ne saurait, sans artifice, les réunir dans une commune description.

Des chorées chroniques, la forme décrite en 1871 par Huntington demeure la mieux individualisée, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique. Mais, à côté de cette variété, doivent prendre place des chorées chroniques très différentes par leur étiologie et leur symptomatologie. La chorée chronique syphilitique, la chorée sénile, la chorée des artérioscléreux et les chorées dites persistantes sont aujourd'hui suffisamment caractérisées pour pouvoir être identifiées.

Dans ce trop bref aperçu, nous nous sommes bornés à dégager les lignes directrices de l'ouvrage de M. Babonneix qui restera, pendant longtemps, le Traité le plus documenté, et nous ajouterons le plus personnel sur les chorées.

Ecrit dans un style clair, élégant et précis, illustré de nombreuses figures qui ajoutent à l'agrément du texte et rendent attrayants les chapitres souvent arides d'anatomie pathologique, le livre des « chorées » attirera et retiendra tous ceux qui aiment une pensée claire revêtue d'un parfait langage français.

J. LHERMITTE.

(1) Un volume de 278 pages. — Paris 1924, E. Flammarion.

Laboratoire de recherches bactériologiques et de sérothérapie de l'armée. Historique de la vaccination antityphoïdique dans l'armée. (Val-de-Grâce, Paris.)

Le professeur H. Vincent, à l'occasion du IIIe Congrès international de médecine et de pharmacie militaires dont il fut président, vient de publier sous une forme réduite mais d'une extrême clarté, un résumé d'une partie des travaux exécutés par lui dans le laboratoire du Val-de-Grâce.

Il ne s'agit là, nous le répétons, que d'une faible partie de l'œuvre admirable à laquelle il s'est consacré. Mais c'est le meilleur de son œuvre, puisque c'est un raccourci de cette merveilleuse croisade contre la fièvre typhoïde qui a sauvé tant de vies et qui restera le plus beau titre de gloire du maître du Val-de-Grâce.

F. L. S.

Précis de clinique séméiologique. Diagnostics, pronostics et traitements, par Gaston LYON, ancien chef de clinique médicale de la Faculté de Paris. Un volume de 700 pages. — Prix : broché, 22 fr.; cartonné, 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Résultats du pneumothorax thérapeutique. Préface du docteur RIST. Un volume de 199 pages. — Paris, Legrand.

L'Immunité locale et ses applications, par le docteur JAUBERT. Brochure de 75 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 42. — MARDI 26 & JEUDI 28 MAI 1925. 98e ANNÉE. MARDI 26 & JEUDI 28 MAI 1925. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Israël de Jong, Babonneix, Rist, Faure-Beaulieu, qui acceptent; Baudouin, Marfan, Ribadeau-Dumas, Courcoux, Abrami, Dalché, Cadenat, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve orale.* — Séance du 20 mai. — Question donnée : « Accidents de l'éruption de la dent de sagesse. »

MM. de Gaudart d'Allaine, Lorin et Boppe, 18; Girode, 19. Les autres candidats se sont retirés.

Epreuve clinique. — Séance du 22 mai. — MM. Boppe, 18; de Gaudart d'Allaines, 20; Girode, 19; Lorin, 18.

Total général de classement : MM. Girode et de Gaudart d'Allaines, 128; Boppe, 126; Lorin, 125.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Girode et de Gaudart d'Allaines.

— Concours de stomatologiste des hôpitaux. — Séance du 18 mai. — Sont déclarés admis à subir les épreuves définitives :

MM. Puig et Richard, 65; Merville, 60; Raison, 59; Boissier, 59; Gornouec, 54.

Epreuve orale. — Séance du 20 mai. — Question donnée : « Trépanation des différentes dents permanentes. Indications et technique. »

MM. Richard, 16; Puig, 17; Boissier, 14; Merville et Raison, 13; Gornouec, 16.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvignaud, Morax, Harvier, Rieffel, qui acceptent; Monthus, Cantonnet, Coutelas, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Concours d'électroradiologiste des hôpitaux. — Séance du 19 mai. — Candidats admis à prendre part aux épreuves définitives :

MM. Gally, 60; Lepennetier, 59; Kahn, 58 1/2; Coliez, 55 1/2; Chaperon, 54 1/2; Moutard, 53; Gibert, 52; Delapchier et Piot, 47.

Epreuve de manipulation. — Séance du 22 mai. — MM. Lepennetier, 7; Moutard, 2; Delapchier, 2 1/2; Kahn, 3; Chaperon, 3; Piot, 4; Coliez, 2; Gally, 4 1/2; Gibert, 3 1/2.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — *Concours de l'adjuvat.* — *Epreuve orale.* — Séance du 22 mai. — MM. Fèvre, 16; Meillière, 18; Banzet, 16.

— M. Balthazard, professeur, membre du Conseil de l'Université, est nommé assesseur du doyen.

M. le docteur Garrelon est nommé chef de travaux de physiologie.

— Alger. — M. Rouvier, professeur, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, d'un cours complémentaire de clinique obstétricale aux élèves sages-femmes de 2e classe.

M. Hérail, professeur, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 1er mai 1925.

M. Fuster, chargé des fonctions d'agrégé, est chargé, à partir du 1er mars 1925, d'un cours complémentaire d'enseignement théorique aux élèves sages-femmes (1re et 2e années).

— Lille. — M. Bartier, préparateur stagiaire de chimie organique, pharmacien de 1re classe, est chargé, à partir du 1er avril 1925 et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chef de travaux de chimie organique et biologique.

— Toulouse. — M. Abelous, professeur, est nommé doyen pour trois ans, à partir du 1er mai 1925.

LÉGION D'HONNEUR. — Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des Pensions. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Labro (d'Aurillac).

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un décret institue à titre provisoire à l'École du service de santé militaire une *section médecine troupes coloniales* en vue de contribuer avec l'Ecole principale du service de santé de la marine au recrutement des médecins militaires des troupes coloniales.

Les élèves de la « section médecine, troupes coloniales » de l'école du service de santé militaire, se recrutent par voie de concours dans les mêmes conditions que les autres candidats à la section de médecine de cette école.

Le *Journal officiel* du 24 mai 1925 publie à la suite de ce décret une circulaire relative à l'admission dans la « section médecine, troupes coloniales » de l'école du service de santé en 1925.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour deux emplois de médecins directeurs des sanatoriums publics.

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire; 2° un extrait de leur acte de naissance; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une Faculté de l'Etat; 4° toutes justifications d'une pratique suffisantes du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 4 juin à midi, au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'Assistance et de l'Hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès, à Paris.

Le traitement de début est fixé à 12.000 fr. et peut, par avancements successifs de 1.000 fr., atteindre 16.000 fr. Les médecins directeurs bénéficient, en outre, gratuitement, du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage. (*J. O.*, 19 mai 1925.)

LA PRIORITÉ POUR LES COMMUNICATIONS TÉLÉPHONIQUES AVEC LES MÉDECINS. — M. Durafour, ministre du Travail et de l'Hygiène, a saisi le ministre du Commerce et des P. T. T. d'un projet de réforme ayant pour objet d'assurer la priorité des communications téléphoniques avec les médecins, principalement dans les campagnes, où les retards de transmission peuvent avoir de funestes conséquences.

Ve CONGRÈS INTERNATIONAL DE THALASSOTHÉRAPIE. — Le Ve Congrès international de thalassothérapie se tiendra en 1923 en Roumanie, à Constantza, sur les bords de la mer Noire.

CONFÉRENCE. — Le lundi 8 juin 1925, à 20 h. 30, à la Sorbonne, amphithéâtre Milne Edwards, conférence du docteur Léon Mac-Auliffe, directeur-adjoint à l'Ecole des Hautes-Etudes : « Etude des formes humaines : les types évolués ou francs ». (Projections).

Entrée : 17, rue de la Sorbonne.

ÉTABLISSEMENT THERMAL D'ENGHIEN-LES-BAINS. — L'ouverture de la saison thermale est fixée au 2 juin.

Comme les années précédentes, la Direction de l'établissement mettra gracieusement ses différents services à la disposition de MM. les médecins et de leur famille (femme et enfants non mariés).

LIVRES NOUVEAUX

L'Innervation périphérique (1), par E. VILLIGER. Traduction française de P. HOFF.

Il y a des connaissances anatomiques particulièrement difficiles à retenir et qui sont cependant indispensables à la compréhension des faits pathologiques connexes, dans la pratique courante. Au premier rang de celles-ci, il faut sans doute placer tout ce qui a trait à l'innervation périphérique.

Le livre du professeur Villiger (de Bâle), traduit par Hoff, est consacré à cette partie de la névrologie, c'est-à-dire à l'étude de l'origine, du trajet, de la distribution des nerfs craniens, rachidiens et sympathiques. Cette étude succincte n'est souvent guère qu'une nomenclature, d'ailleurs fort complète et parfaitement claire grâce aux tableaux synoptiques et aux schémas. Mais l'aridité fatale d'un tel exposé est amplement corrigée par la mise en valeur des rapports intimes de l'anatomie nerveuse avec la pathologie; si bien que l'ouvrage atteint certainement le but que lui avait assigné l'auteur : offrir aux étudiants et aux médecins un moyen pratique de revoir rapidement les notions anatomiques sur lesquelles se base la pathologie nerveuse de tous les jours. CHASTENET DE GÉRY.

(1) Paris, Le François.

Les maladies des glandes endocrines (1), par le professeur KNUD H. KRABBE (de Copenhague), avec une préface de M. le docteur Stephen CHAUVET.

Ce livre, d'une centaine de pages, est la traduction française de la 2e édition danoise de ce travail dû au Professeur KNUD H. KRABBE, très distingué neurologiste et endocrinologiste danois. Essentiellement pratique, tout en tenant compte des plus récents travaux, ce livre est illustré de nombreuses figures, toutes particulièrement démonstratives.

Chaque syndrome ou affection endocrinien est l'objet d'un chapitre qui ne comporte d'*historique* que ce qui est nécessaire pour résumer les étapes d'études et fixer les légitimes priorités d'auteur, et *d'anatomie pathologique*, que ce qui est indispensable pour comprendre l'enchaînement des phénomènes morbides et asseoir la *symptomatologie*; cette dernière fait ensuite l'objet d'une description sérieuse et étoffée, sans être trop complexe : puis vient le *diagnostic*, et enfin le *traitement*.

La lecture de cet excellent livre intéressera tout autant ceux qui poursuivent des recherches sur les endocrines, que les médecins praticiens qui, de plus en plus, veulent se tenir au courant de cette branche de la pathologie appelée, bien vraisemblablement, à bouleverser les données et les cadres de la pathologie traditionnelle actuelle. L. G.

(1) Un volume in-8. — Paris 1925. Le François.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 25 AU 30 MAI 1925)

THÈSES

Jeudi 28 mai. — Jury : MM. Achard, président; Brindeau, Jeannin et Terrien. — M. PRIOUR (A.). Etude de l'achondroplasie et de la dysplexie périostale. — M. KERMORGANT. Etude de l'étiologie des oreillons. — M. MARASSI. Etude de la césarienne supra-symphysaire. — M. HAMONIC. Essai illustré sur l'histoire de la chirurgie antique. — M. SELTER. Etude des injections de lait en thérapeutique oculaire.

Vendredi 29 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Robin et Coquot. — M. CAREL. La parure rationnelle du pied.

Samedi 30 mai. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Duval, président; Desgrez, Maignin, Nicolas, Robin et Coquet. — M. LESAGE. Recherches de physiologie expérimentale. — M. CHAUMONT. De l'étiologie des occlusions intestinales.

Jury : MM. Carnot, président; Brumpt, Guillain et Lemaître. — M. BIARD (R.). Des tuberculoses hypertrophiques. — M. ANDRIASSIAN (A.). Les filarioses humaines en Afrique. — M. REBILLARD. Le sympathique dans ses rapports avec le coryza. — M. JOUSSEAUME. Etude histologique des polypes du nez.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES TABES

SANS RÉACTIONS MÉNINGÉES OU AVEC RÉACTIONS MÉNINGÉES DISSOCIÉES

Par MM. L. BABONNEIX et L. POLLET.

Depuis les belles recherches du professeur Widal et de ses élèves, dont surtout Ravaut et Sicard, il est classique d'admettre que, dans le tabes, il existe, d'une manière à peu près constante, des modifications du liquide céphalo-rachidien dont les plus importantes sont la lymphocytose, l'hyperalbuminose et la réaction de Bordet-Wassermann.

Qu'il en soit ainsi dans l'immense majorité des cas, voilà qui n'est pas contestable. Mais non dans tous. Il existe quelques faits exceptionnels où le tabes le plus authentique ne s'accompagne d'aucune réaction méningée (1). Nous venons d'en observer un.

* * *

Observation. — X..., cinquante-cinq ans, employé de magasin, entré le 7 janvier 1925, salle Bouillaud, lit n° 7.

Les *seuls antécédents pathologiques* à relever, chez lui, sont au nombre de deux. Il a, en 1917, contracté la syphilis. L'accident primitif siégeait à la verge et a été traité par une série de quinze injections intraveineuses, probablement d'arsénobenzol. Depuis, aucune espèce de traitement comme, d'ailleurs, aucune manifestation de syphilis en activité. Il est, de plus, passablement éthylique. Il est marié. Sa femme serait bien portante. Elle a eu un enfant qui est né à terme, mais mort et macéré.

Histoire de la maladie. — Depuis six mois est apparue une certaine difficulté pour marcher, monter les escaliers ou effectuer des mouvements précis des doigts. En même temps survenaient des fourmillements localisés aux extrémités. La veille de son entrée, il a été, à son lever, pris d'une faiblesse qui l'a beaucoup effrayé et l'a décidé à se faire hospitaliser.

Etat actuel. — X... est un homme robuste, à facies légèrement congestionné, et qui présente tous les signes cliniques du tabes, à savoir :

Les *troubles moteurs* habituels : *ataxie* des membres inférieurs, telle que la marche est difficile ; les pieds, d'abord cloués au sol, ne tardent pas à être lancés avec force, puis à retomber avec lourdeur ; il hésite, fauche et talonne. Les épreuves de Fournier accentuent encore ces divers troubles. Le signe de Romberg est particulièrement net. Les mouvements des membres inférieurs, le patient une fois étendu, sont maladroits et manquent le but. De même, il existe de l'ataxie des membres supérieurs, peut-être plus nette à droite ; *hypotonie*, contrastant avec l'intégrité de la force musculaire.

Les *troubles réflexes* : *abolition générale des réflexes tendineux* et même de certains réflexes cutanés : abdominaux et crémastériens. Le signe de Babinski fait défaut.

Des *troubles sensitifs*, subjectifs, réduits à quelques sensations de picotement, parfois même de brûlure, à la face antéro-externe de la jambe et sur le dos du pied ($L^5 + S^1$) ; il n'existe ni douleurs fulgurantes, ni névralgies, ni crises viscérales : à peine un peu de ballonnement et de pesanteur gastriques après les repas ; objectifs : perte de la notion de position des membres ; diminution du sens stéréognostique, de la sensibilité du nerf cubital à la pression, de la sensibilité osseuse ; hypoesthésie tactile occupant la même zone que les troubles subjectifs précédemment décrits et intéressant aussi un peu L^4.

Des *troubles visuels* : diminution marquée de l'acuité visuelle, léger retard, à droite, de la réaction pupillaire à la lumière.

Des *troubles trophiques* consistant en une légère amyotrophie des membres inférieurs.

Des *troubles génitaux* : frigidité datant de deux ans, sans troubles sphinctériens.

Des *troubles circulatoires* : claquement diastolique aortique ; tension artérielle à 20-9 au Pachon.

Nous en aurons fini avec l'examen clinique en disant qu'il existe une légère leucoplasie de la commissure droite, que le foie déborde un peu le rebord costal et que les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Une première fois (29 janvier 1925), les *examens de laboratoire sont entièrement négatifs. Les réactions de Bauer et de Wassermann ont fait défaut, par deux fois, pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien qui est le siège d'une lymphocytose médiocre (deux éléments par millimètre cube) et qui contient une proportion normale d'albumine* (0,22).

Une seconde (23 mars 1925), la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est manifeste (80) ; l'albumine est à 0,30 ; la réaction de Wassermann est toujours négative.

* * *

En somme, tabes caractérisé, cliniquement, par l'ensemble habituel : ataxie, signe de Romberg, hypotonie, abolition générale des réflexes tendineux, troubles multiples de la sensibilité, surtout profonde, diminution marquée de l'acuité visuelle, paresse pupillaire, surtout à droite, etc., tabes non fixé, continuant à évoluer et survenu chez un ancien syphilitique. Une seule particularité, d'ailleurs notable : les réactions de laboratoire ont été, chez lui, une première fois entièrement négatives, aussi bien pour le sang que pour le liquide céphalo-rachidien ; une seconde fois, presque négatives, abstraction faite de la lymphocytose, qu'il ne serait pas impossible de rattacher à l'irritation produite, sur la séreuse, par la ponction précédente.

* * *

Notre cas rentre donc dans la catégorie des *tabes sans réactions méningées* qu'ont si bien étudiés MM. Ardin-Delteil et Lévi-Valensi. Ces faits sont-ils fréquents ?

D'après MM. Ardin-Delteil et Lévi-Valensi (1), M. Laignel-Lavastine semble avoir été le premier à les signaler (2) puisque, dès 1901, il a publié, à la Société médicale des hôpitaux, un cas de tabes sans lymphocytose, mais ce sont assurément MM. Armand-Delille et Jean Camus dont le travail, communiqué à la Société de neurologie, a surtout attiré l'attention (1903) : examinant 13 tabétiques hospitalisés dans le service du professeur Dejerine, ils constatent que la réaction lymphocytaire manque dans plus de la moitié des cas. Ces chiffres parurent excessifs à beaucoup : on fit, de toutes parts, des recherches de contrôle : elles montrèrent que la lymphocytose peut manquer : 1 fois sur 37 (Widal, Sicard et Ravaut), 1 fois sur 86 (G. Ballet et L. Delherm), 3 fois sur 10 (Gombault et Halbron), quelquefois (Erb), ou être faible, 1 fois sur 8 (Brissaud et Bruandet).

Depuis, la question n'a cessé d'intéresser les neurologistes, et il ne se passe guère d'année qu'on n'y revienne.

En 1911, la Société de neurologie met à l'étude la

(1) Nous éliminons d'emblée les cas où les réactions, après avoir été constatées, ont disparu ou semblé disparaître sous l'influence du traitement spécifique.

(1) Ardin-Delteil et Lévi-Valensi. Les tabes sans réactions méningées, *Sud méd. et chir.*, 15 mars 1924, p. 2452. Nous avons beaucoup emprunté à ces auteurs, surtout pour l'historique.

(2) Laignel-Lavastine. Contribution à l'étude du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 juin 1901. A noter, d'ailleurs, que la lymphocytose manquait dans un des trente-huit cas étudiés par MM. Widal, Sicard et Ravaut.

délimitation du tabes (1) et discute, à ce sujet, la valeur diagnostique de la lymphocytose rachidienne (2). M. J.-A. Sicard « a rencontré deux cas analogues à ceux signalés déjà par M. Dejerine, deux cas de tabes de date très ancienne et chez des vieillards, au cours desquels les réactions histologiques et biologiques du liquide céphalo-rachidien s'écartaient à peine de la formule normale ». M. Souques n'a « constaté qu'une ou deux fois l'absence de la lymphocytose rachidienne dans le tabes. Une fois, il s'agissait d'une femme de soixante-trois ans chez laquelle le tabes avait débuté, à l'âge de quarante-huit ans, par de la diplopie et une amblyopie progressive qui aboutit rapidement à l'amaurose. Quinze ans plus tard, lorsque j'examinai cette malade, elle présentait, en outre d'une atrophie pupillaire double, le signe d'Argyll-Robertson, l'abolition des réflexes achilléens et du réflexe rotulien gauche (le droit étant très affaibli). La ponction lombaire, pratiquée alors, et une seule fois, montra l'absence de lymphocytose ».

« Une autre fois, il s'agissait d'un homme de quarante-huit ans. A l'âge de trente-quatre ans, il présenta une atrophie des petits muscles de la main gauche, et, dix ans plus tard, une atrophie de l'éminence thénar droite. Il y a trois ans — il avait alors quarante et un ans — ce malade avait une amyotrophie du type Aran-Duchenne ayant envahi la jambe droite. Il existait, en outre, chez lui, une abolition de tous les réflexes tendineux, une paresse des pupilles à la lumière et l'abduction des orteils par l'excitation de la plante des deux côtés. Il n'y avait pas d'autres signes de tabes et la lymphocytose rachidienne, recherchée une seule fois, faisait défaut. Il s'agit ici peut-être d'un tabes fruste. Ce diagnostic peut être, du reste, fortement contesté, l'abolition des réflexes pouvant être mise sur le compte de l'amyotrophie, et la paresse pupillaire n'ayant pas la valeur du signe de Robertson.

« Il s'agit, somme toute, de faits absolument exceptionnels qui laissent à la lymphocytose rachidienne toute sa haute valeur dans le diagnostic du tabes. »

En 1912, paraît l'important travail de V. Kaplan et Casamayor (3). Tout en attribuant une valeur formelle à la lymphocytose, ils mentionnent, incidemment, que, sur 167 cas de tabes non compliqués, il y en avait 11 auxquels manquait une des quatre réactions (2).

La même année, MM. Claude, Clovis Vincent et Cotoni (4) présentent à la Société médicale des hôpitaux une femme, ancienne syphilitique, et atteinte, depuis 1902, de tabes typique. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, qui existait en 1909, avait complètement disparu en 1911, et ce, en dehors de tout traitement.

En 1913, Williams rapporte l'observation d'un sujet ayant, trente ans auparavant, contracté la syphilis et présentant actuellement un tabes classique avec douleurs fulgurantes, abolition du réflexe achilléen, etc. Chez lui, la réaction de Wassermann est négative pour le liquide céphalo-rachidien qui n'est le siège que d'une très discrète lymphocytose (1).

La même année, le professeur H. Roger (de Marseille) publie une statistique d'après laquelle la réaction de Bordet-Wassermann s'observe, 50 fois sur 100, dans le liquide céphalo-rachidien des tabétiques.

A la réunion neurologique des 9-10 juillet 1920 (2), M. Sicard rappelle tout d'abord que « chez un certain nombre de tabétiques, la réaction de Bordet-Wassermann du sang et même celle du liquide céphalo-rachidien peut se montrer négative en dehors de tout traitement ou lorsque toute thérapeutique a été interrompue depuis un certain nombre d'années, avant ou après le début du tabes. »

Harry C. Solomon et Joseph V. Klauder (3) mentionnent qu'en dehors des neuro-syphilis de type vasculaire, où, comme tout le monde sait, le liquide céphalo-rachidien peut être normal, il y a d'autres cas, et particulièrement des cas de tabes, sans aucune modification de ce liquide. Trois éventualités :

a. *Tabes au début.* — Voici, par exemple (obs. V), un homme qui a contracté la syphilis il y a douze ans et qui n'a commencé à se soigner que sept ans plus tard. Ses pupilles sont inégales, quoique réagissant à la lumière et à l'accommodation. Abolition complète des réflexes patellaires et stylo-radiaux. Ataxie progressive avec troubles correspondants de la marche. Réaction de Wassermann positive dans le sang. Le seul diagnostic possible est tabes. Et, cependant, le liquide céphalo-rachidien ne montre qu'un peu de lymphocytose. Voici un autre sujet (obs. VI), âgé de quarante-sept ans, atteint de douleurs fulgurantes, dont la démarche est ataxique, qui s'est spontanément cassé le fémur gauche il y a trois mois. C'est un ancien syphilitique, l'accident primitif remontant à treize ans et n'ayant pas été soigné. Chez ce sujet, on constate encore de la diplopie avec des paresthésies pharyngées, de l'irrégularité et de l'inégalité pupillaires avec abolition des réflexes à la distance et à la lumière, une légère dysarthrie, du strabisme. Bien que les réflexes tendineux fussent conservés, il semblait bien s'agir de tabes. Et cependant, les réactions sérologiques, pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien, étaient entièrement négatives. Dans un autre cas (obs. VIII), le patient, ancien syphilitique, présentait la plupart des signes propres au tabes. Réaction de Wassermann négative pour le sang, modérément positive pour le liquide céphalo-rachidien, sans lymphocytose, sans globuline, sans hyperalbuminose.

b. *Tabes où les réactions méningées sont « négativées » par un traitement approprié* (obs. IX et X).

c. *Tabes abortif*, avec un minimum de symptômes, dont, surtout, les manifestations pupillaires, et que nous nous contenterons de mentionner, le diagnostic du tabes étant, dans ces cas, toujours discutable.

Dans la quatrième édition de son beau livre *Syphilis und Nervensystem* (1921), Max Nonne traite avec ampleur la question des réactions sérologiques propres au tabes (4).

---

(1) *Revue neurol.*, 1911, t. II, p. 722-812 (séance de la *Soc. de neurol.* du 7 déc. 1911).
(2) *Id.*, p. 784-785.
(3) V. KAPLAN et CASAMAYOR. *The Journ. of nerv. and ment. dis.*, mai 1912, t. XXXIX, p. 329.
(4) CLAUDE, Cl. VINCENT et COTONI. *Soc. méd. des hôpit.*, 22 mars 1912, p. 153.

(1) WILLIAMS. Tabes sans lymphocytose rachidienne, *Journ. of nerv. and ment. dis.*, 1913, p. 180-181.
(2) J.-A. SICARD. *Revue neurol.*, 1920, p. 662.
(3) SOLOMON et KLAUDER. Neurosyphilis with negative spinal fluid, *Journ. of amer. med. Assoc.*, 26 nov. 1921, vol. LXXVII, n° 22, p. 1701.
(4) Max NONNE. *Syphilis und Nervensystem*, 4e édition, Berlin 1921, in-8, S. Karger.

En ce qui concerne la lymphocytose, on la trouve dans 96 p. 100 (Holzmann), dans 90 p. 100 des cas (1). Elle n'est donc pas absolument constante (2).

L'hyperalbuminose se voit dans 55 p. 100 des cas (3). Elle peut donc manquer 45 fois sur 100.

Quant à la réaction de Wassermann, elle doit être envisagée séparément pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien.

Pour le sang, 70 p. 100 des résultats positifs, donc 30 p. 100 négatifs, d'après Plaut (4).

Pour le liquide céphalo-rachidien, 50 p. 100 de résultats positifs, d'après le même auteur. Stertz signale de même que chez les tabétiques, le liquide céphalo-rachidien n'est pas toujours le siège d'une réaction positive : il est vrai que son travail ne porte que sur 5 cas. Rehm, cité par Karl Scheffer (5), observe que la pléocytose peut manquer dans le tabes. Nonne distingue deux ordres de faits : emploie-t-on la technique originelle de Wassermann, en n'utilisant que 2 centimètres cubes de liquide, la réaction est, souvent négative. Vient-on, au contraire, à mettre en œuvre la méthode dite du plus grand profit (Hauptmann et Hössli), où l'on prend le maximum de liquide céphalo-rachidien pour le minimum d'antigène, la réaction est très souvent positive. Mais non toujours (6).

Ainsi donc, d'après Nonne, chacune des réactions peut manquer pour son compte. Il y a plus. Elles peuvent toutes faire défaut à la fois. Il s'agit là, à vrai dire, de cas exceptionnels concernant des tabes incomplets, sans « luesanemnese ».

La même année, M. Eschbach signale trois cas où il existait une dissociation des réactions du liquide céphalo-rachidien, réactions cytologiques et chimiques positives, réaction de Wassermann négative (7). Des faits de même ordre ont été mentionnés par MM. Roger, Aymes et Piéri (8) qui trouvent, dans un cas, de l'hyperalbuminose, par MM. Alajouanine et Marquézy qui font, dans certains cas, les mêmes constatations que M. Eschbach, et dans d'autres, trouvent une lymphocytose sans hyperalbuminose (9).

M. Dujardin, en 1921, étudiant les réactions sérologiques du tabes, mentionne, lui aussi, les cas où elles sont absentes ou dissociées (10).

Dans le travail de MM. Alajouanine et Marquézy, il est fait expressément mention d'ailleurs des tabes sans réactions méningées. Ces auteurs en distinguent deux groupes : un premier, numériquement le plus important et qui concerne des « tabes anciens ne présentant plus de phénomènes nouveaux depuis longtemps. Ce sont des tabes *cliniquement fixés*. L'absence de toutes réactions anormales du liquide céphalo-rachidien, y compris des réactions humorales, confirme l'absence d'évolution des lésions ». Dans un cas, « la réaction de Wassermann et la réaction du benjoin, faites parallèlement aux autres réactions, se sont montrées constamment négatives ». Un second, comprenant deux cas : « deux tabes cliniquement évolutifs en apparence. Or, l'étude du liquide céphalo-rachidien était absolument négative... Aussi, malgré les renseignements de premier ordre et de constance presque absolue que donne l'étude du liquide céphalo-rachidien, on ne saurait en tenir compte dans tous les cas de façon exclusive pour affirmer l'absence d'évolution du tabes et surtout pour en tirer des conséquences thérapeutiques négatives » (1).

(1) *Id.*, p. 112.
(2) « Es soll aber besonders hervorgehoben werden, dass es Fälle von Tabes gibt, bei denen Lymphozytose fehlt; besonders bei alter abgelaufener Tabes scheint das gelegentlich vorzukommen », p. 108.
(3) *Id.*, p. 115.
(4) Plaut. *Id.*, p. 121.
(5) Karl Scheffer. Tabes, in *Handbuch der Neurologie*, von Lewandowski.
(6) *Id.*, p. 143 (dass) « in Ausnahmefallen bei sonst typischen Tabes die vier Reaktionen einmal negativ sein können ». A la page suivante, Nonne cite 9 cas certains de tabes où toutes les réactions sérologiques étaient négatives. Parmi eux, il y en avait d'initiaux, de stationnaires, de progressifs.
(7) In Duriez. Les réactions humorales dans le tabes, *Th. de Lille*, 1920-1921, n° 32.
(8) Roger, Aymes et Piéri. *Progrès méd.*, 13 oct. 1923.
(9) Alajouanine et Marquézy. Etude comparative des différentes réactions biologiques du liquide céphalo-rachidien du tabétique, *Bull. méd.*, 1923, p. 778.
(10) B. Dujardin. *Le Liquide céphalo-rachidien dans la syphilis*, Bruxelles 1921.

En 1924, paraît l'intéressant mémoire de MM. Ardin-Delteil et Lévi-Valensi. Il contient quatre observations personnelles, dont voici le résumé :

Observation I. — Tabes. Début par crises gastriques, puis ataxie, Romberg, abolition des réflexes. Ultérieurement, ictus laryngé. Liquide céphalo-rachidien : cytologie et albuminose normales. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Obs. II. — Arthropathie tabétique chez une indigène (ataxie, Argyll, abolition des réflexes). Liquide céphalo-rachidien : hyperalbuminose (0,53) sans lymphocytose. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

Obs. III. — Arthropathie tabétique de la hanche avec Argyll, abolition des réflexes. Plus tard, douleurs fulgurantes et crises gastriques. Liquide céphalo-rachidien : lymphocytose et albuminose normales. Réaction de Wassermann négative.

Obs. IV. — Tabes avec amyotrophie généralisée : ataxie très marquée. Abolition des réflexes et absence d'Argyll. Ultérieurement, crises gastriques, crises d'ictus laryngé, crises anginiformes. Ponction lombaire, cytologie et albumine normales. Réaction de Wassermann négative.

A noter que, dans les quatre cas, il s'agissait de tabes en évolution.

Dans un cas de tabes avec ostéopériostite tibiale, publié par l'un de nous avec M. Maurice Lévy (2), la réaction de Wassermann était négative et pour le sang et pour le liquide céphalo-rachidien, qui contenait 5 lymphocytes et 30 centigrammes d'albumine. L'un de nous avait d'ailleurs eu l'occasion, pendant la guerre, de donner ses soins à un sujet S...n (Franz), chez lequel les signes cliniques étaient ceux d'une tabo-paralysie : diminution progressive de la vue, douleurs fulgurantes, troubles de la marche, diplopie passagère, tendance aux ictus, parole hésitante avec achoppement aux mots d'épreuve, abolition des réflexes tendineux que ne fait pas reparaître la manœuvre de Jendrassik, tremblement de la langue et des mains, diminution des facultés critiques, leucoplasie jugo-linguale. A la ponction lombaire, liquide clair, non hypertendu, sans la moindre réaction cellulaire.

* * *

Pour expliquer ces faits exceptionnels (3), les hypothèses n'ont pas manqué.

(1) *Loc. cit.*, p. 781-782.
(2) L. Babonneix et Maurice Lévy. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 17 oct. 1924, t. XLVIII, n° 29.
(3) M.-L. Girot a fait des constatations analogues dans la paraplégie syphilitique, *Pratique méd. franç.*, fév. 1925, B.

1° *L'absence de réactions sérologiques n'est que momentanée.* — Vient-on à recommencer la ponction, au bout d'un délai suffisant, on constate que le liquide céphalo-rachidien est le siège des réactions chimiques, histologiques et biologiques propres au tabes [Dejerine et Thomas, Williams (1)].

Admettons cette théorie. Resterait à savoir la cause de telles variations. Depuis les belles recherches du professeur Widal et de son école, la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est attribuée à une méningite subaiguë ou chronique. Comment à une lésion durable pourraient correspondre des modifications éphémères ?

2° On a affaire à des *tabes incipiens* (Nonne, Solomon et Claude).

3° *Il s'agit de tabes fixés*, anciens, où la *lésion méningée* n'est plus en « activité ». Pour M. André Léri, par exemple, « la lymphocytose indique un processus méningé *en évolution.* » Ce processus est-il éteint, on conçoit qu'elle puisse faire défaut (2). MM. H. Claude, Vincent et Cotoni (3) admettent aussi qu'il s'agit, dans ces cas, de lésions purement scléreuses. Le professeur Dejerine a vu la lymphocytose manquer chez un sujet dont le tabes remontait à vingt ans. MM. Solomon et Klauder admettent cette interprétation. Que cette explication soit vraie dans certains cas, voilà qui est incontestable. Mais elle ne saurait s'appliquer à tous. MM. Alajouanine et Marquézy, d'une part, MM. Ardin-Delteil et Lévi-Valensi, de l'autre, n'ont-ils pas observé l'absence de toute réaction méningée dans des cas où le tabes était en pleine évolution ?

4° De par le fait de la méningite chronique, il se produit, dans la grande cavité sous-arachnoïdo-piemérienne, des *cloisonnements* qui isolent les zones malades et s'opposent ainsi à toute modification du liquide céphalo-rachidien (H. Claude, Cl. Vincent et Cotoni).

L'idée est ingénieuse. Etant donné tout ce que nous savons de la méningite chronique tabétique, elle est vraisemblable. Mais elle ne sera démontrée que par des ponctions étagées que personne, à notre connaissance, n'a encore tentées.

5° Il s'agit de *lésions profondes* n'intéressant pas les méninges. Cette hypothèse a été formulée, à diverses reprises, pour la syphilis nerveuse [Ravaut (4), L. Babonneix et David (5)]. Mais comment l'appliquer au tabes ? De deux manières.

Avec MM. Ardin-Delteil et Lévi-Valensi, on peut admettre que « la méningite chronique n'est pas le seul facteur du tabes ». Le signe d'Argyll-Robertson, si spécial à la neuro-syphilis, ne peut-il s'observer en dehors de toute méningite [Babinski (6), Dupuy-Dutemps (7)] ? Les arthropathies constatées dans quelques-uns de ces tabes sans réactions méningées, ne donneraient-elles pas à penser, conformément à la thèse soutenue par MM. Ch. Foix et

(1) Williams. *Revue neurol.*, 1911, t. II, p. 801.
(2) A. Léri. *Revue neurol.*, 1911, t. II, p. 785.
(3) Dujardin. *Syphilis nerveuse*, Bruxelles 1922, p. 119.
(4) Ravaut. Quand doit-on analyser le liquide céphalo-rachidien d'un syphilitique ? *Presse méd.*, n° 57, 8 oct. 1919.
(5) L. Babonneix et H. David. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien est-elle constante dans la syphilis nerveuse ? *Monde méd.*, fév. 1918.
(6) Babinski. Cité par Ardin-Delteil et Lévi-Valensi.
(7) Dupuy-Dutemps. Atrophie spéciale de l'iris et signe d'Argyll-Robertson, *Bull. de la Soc. opht. de Paris*, 25 mai 1924.

Alajouanine, que certains phénomènes de la série tabétique relèvent d'une lésion portant sur les origines médullaires du grand sympathique (1) ?

Il n'est pas défendu, non plus, d'invoquer la théorie brillamment soutenue par M. Sézary, d'après laquelle la méningite du tabes « serait une réaction banale de la séreuse au voisinage des foyers de pullulation du spirille, et sans doute aussi de tissus sclérosés et dégénérés » et semble « un *témoin* (et non la cause) des lésions nerveuses parenchymateuses qu'elle accompagne » (2). Avec cette théorie, il devient très facile de comprendre pourquoi les réactions méningées peuvent manquer. Elles manquent quand la dégénérescence n'atteint que des fibres situées dans la profondeur des racines postérieures et séparées de la gaine méningée par des paquets de fibres encore saines. Ces fibres diverses peuvent d'ailleurs appartenir, soit aux diverses voies de la sensibilité, soit au système sympathique (3). Aux lésions des premières ressortiront les anesthésies, les douleurs fulgurantes, aux lésions des secondes, les arthropathies.

Il faut reconnaître, toutefois, qu'à la conception de M. Sézary les objections n'ont pas manqué. Elle ne tient pas compte de la lésion de Nageotte qui, elle, est bien d'origine méningée et semble la condition *sine qua non* de la dégénérescence des fibres contenues dans les racines postérieures. Elle comporte, ainsi que son auteur le reconnaît lui-même, une certaine part d'hypothèse.

5° Les tabes avec réactions méningées réduites au minimum *se voient chez des tuberculeux.* Ne sait-on pas (Dujardin et Duprez) que réactions pie-mériennes et sanguines s'atténuent et disparaissent chez les tabétiques faisant une tuberculose scléreuse (4) ? Resterait d'ailleurs à démontrer l'existence d'une telle tuberculose chez tous les tabétiques dont le liquide céphalo-rachidien ne présente aucune modification d'ordre chimique, histologique ou biologique.

*
* *

Il n'y a plus qu'à conclure :

1° Dans certains cas rares, le tabes ne s'accompagne d'aucune réaction méningée décelable par la ponction lombaire : lymphocytose, hyperalbuminose, réaction de Wassermann ;

2° Cliniquement, ces tabes n'offrent rien de particulier : peut-être, toutefois, les arthropathies y sont-elles particulièrement fréquentes ;

3° En attendant les examens anatomiques, on peut, à titre provisoire, formuler plusieurs hypothèses pour expliquer de tels cas :

a. *Tabes tout à fait au début* ;

b. *Tabes fixé.* — Elle est en contradiction avec nombre de faits ;

c. *Existence des cloisonnements sous-arachnoïdiens.* — Ingénieuse, elle est assez vraisemblable et pourra être confirmée ou infirmée par la pratique des ponctions lombaires étagées ;

d. *Siège profond des lésions*, n'intéressant pas les

(1) Ch. Foix et Alajouanine. Tabes polyarthropathique, *Bull. méd.*, 1923, n° 27, p. 771.
(2) Sézary. Nature de la méningite latente des syphilitiques, *Paris méd.*, 1919, p. 269.
(3) L. Babonneix. Tabes, *Traité de pathologie interne et de thérapeutique appliquée*, t. Syphilis, 2e édition, p. 617.
(4) Dujardin et Duprez. L'allergie au cours de la syphilis, *Paris méd.*, 1er mars 1923, p. 210-212.

méninges, qu'elles se localisent aux origines médullaires du grand sympathique (Ardin-Delteil et Lévi-Valensi), ou aux parties centrales des racines postérieures ;

e. Existence, chez les malades, d'une *tuberculose scléreuse* éteignant, pour ainsi dire, réactions sanguines et pie-mériennes (Dujardin et Duprez).

L'absence de toute réaction du liquide céphalo-rachidien ne suffit donc pas à éliminer le diagnostic de neuro-syphilis active en général [Ravaut, L. Babonneix et H. David, Vincent, Solomon et Klauder (1)], et celui du tabes en particulier (Alajouanine et Marquézy). Au clinicien de faire la « fine discrimination » dont parlent Solomon et Klauder pour savoir s'il s'agit ou non d'un tabes évolutif. Dans le premier cas, un traitement spécifique énergique s'impose. Dans le second cas, son utilité est plus que discutable.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 29 AVRIL 1925)

Mégacôlon. — M. OKINCZYC fait un rapport sur une observation de mégacôlon.

M. LECÈNE fait observer, à ce propos, quel intérêt il y a à connaître les accidents du mégacôlon en dehors de l'occlusion. Il rapporte l'observation d'une jeune fille que l'on considérait comme atteinte d'appendicite. On la soumet cependant à la radioscopie qui révèle un énorme mégacôlon. Même fait s'est produit chez deux Polonais qu'il a opérés à Saint-Louis.

Quand on peut ainsi faire un diagnostic précoce du mégacôlon, la colectomie en un temps donne d'excellents résultats.

Pseudo-kyste du pancréas. — M. OKINCZYC fait un second rapport sur une observation de M. Robert Dupont. Il s'agit d'une femme de quarante-deux ans, obèse, souffrant du ventre depuis plusieurs années et ayant eu de vagues coliques hépatiques. Il y a de l'empâtement dans la région des voies biliaires. Teint subictérique. Température à 38 degrés. Tumeur au niveau de l'épigastre. Intervention. On trouve une poche grisâtre qui, ouverte, donne issue à un liquide filant et à des débris sphacélés. Isolement de cette poche et drainage. Une incision transversale est branchée snr la première et conduit sur une grosse vésicule. Cholécystostomie. Les jours suivants il sort des centaines de petits calculs. Guérison.

Torsion de l'hydatite de Morgagni. — M. MOUCHET fait un rapport sur un nouveau cas adressé par M. Jean (de Toulon), absolument semblable à ceux qu'il a déjà rapportés.

Luxation du carpe en arrière. Double fracture du radius. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation adressée par M. Soicard (de Toulon). Un homme de cinquante-deux ans tombe d'une hauteur de 3 mètres sur le poignet fléchi. On constate une luxation de tout le carpe en arrière, une fracture au niveau de l'épiphyse inférieure du radius et une autre fracture à 8 centimètres au-dessus. Réduction sous anesthésie, bon résultat.

Hémorragies multiples guéries par la splénectomie. — M. DUVAL communique l'observation d'une jeune fille de seize ans qu'il a vue avec M. Chauffard et qui, depuis six ans, est atteinte d'hémorragies multiples, épistaxis, hématuries, etc., qui l'ont amenée à un état d'anémie extrême avec syncopes. On constate un certain degré de splénomégalie. Les globules rouges sont tombés à 2 millions, les plaquettes à 60.000. M. Duval pratique une splénectomie. Suites simples. L'examen de la rate montre des lésions de sclérose. Le nombre des globules rouges augmente immédiatement ainsi que celui des plaquettes pour redescendre ensuite.

M. Duval n'a pu relever que quatorze cas, tous à l'étranger. Il est intéressant de faire ressortir l'heureuse influence de la splénectomie sur ces états hémorragiques.

M. LECÈNE, à l'appui de cette opinion, cite un cas d'anémie extrême, sans cause appréciable, radicalement guéri à la suite d'une splénectomie.

Plaie du duodénum par coup de feu. — M. OKINCZYC fait un rapport sur une observation de MM. Cochez et Piéry (d'Alger). Coup de feu au niveau du rebord costal droit. Quarante-huit heures après seulement, laparotomie exploratrice. On ne trouve rien. Quelques jours après, issue de pus et de matières par l'orifice de la plaie. Nouvelle laparotomie. On finit par constater que la fistule aboutit à la deuxième portion du duodénum. Exclusion du duodénum, gastro-entérostomie. Guérison.

(SÉANCE DU 6 MAI 1925)

Traitement chirurgical du mégacôlon pelvien. — M. LECÈNE, à propos d'une récente communication de M. Okinczyc, revient sur cette question et s'appuyant sur ses faits personnels, conclut qu'en cas de volvulus il ne faut pas pratiquer d'emblée la résection mais intervenir en deux temps, avec extériorisation. Au contraire en cas de mégacôlon simple on peut recourir à la colectomie en un seul temps.

Les voies d'accès sur l'articulation du coude. — M. MAUCLAIRE, à propos du procès-verbal, rappelle que depuis longtemps, il a recours à la voie transolécranienne pour aborder les affections chirurgicales du coude.

Pancréatite aiguë suppurée. — M. BAUDET, à propos du cas de pancréatite hémorragique communiqué par M. Robert Dupont, apporte le cas d'une femme de cinquante-six ans, souffrant dans la région épigastrique, paraissant atteinte d'un cancer du pylore. A l'opération, aucune lésion des voies biliaires, il s'agissait d'une pancréatite hémorragique suppurée, drainage, la fistule s'est fermée après un mois.

Sténose sous-vatérienne du duodénum. — M. DE MARTEL fait un rapport sur 26 observations de M. Mac Donald tendant à démontrer que dans bien des cas la gastro-entérostomie seule est insuffisante et qu'il faut préférer une duodéno-jéjunostomie large. Quand la bouche ne peut pas être large, il faut y ajouter une gastro-entérostomie.

Le non-enfouissement du moignon appendiculaire. — M. DE MARTEL fait observer que depuis cinq ans M. Mac Donald ne fait plus l'enfouissement et qu'il a de très bons résultats. Quant à lui, sur une statistique de 1.356 appendicectomies, sans enfouissement, il a également obtenu de très bons résultats.

Etranglement interne par bride. — M. Anselme SCHWARTZ analyse une observation de M. Petit (de Niort), occlusion intestinale par bride péritonéale, résection de l'anse sphacélée, entérorraphie, fermeture. Les accidents d'occlusion persistent, trois jours après, nouvelle intervention, anastomose iléo-colique au bouton, fistule stercorale fermée après dix jours, guérison. M. Schwartz pense que, dans ce cas, il eût été préférable de faire d'emblée une iléo-colostomie.

Anesthésie du nerf dentaire inférieur par voie externe. — M. ROBINEAU rappelle la communication de M. Crészynski sur ce sujet et rappelle les points de repère indiqués par l'auteur pour les cas, où l'injection étant impossible par la bouche, il faut agir par voie externe. L'auteur indique un rectangle d'attaque formé par le prolongement des bords inférieurs de l'arc et postérieur de la branche montante. A 1 centimètre 1/2 en avant et à 3 centimètres de profondeur en arrière sur le nerf dentaire.

Kyste dermoïde du crâne. — M. ROUVILLOIS fait un rapport sur une observation de MM. Morisson et Lévy-Weissmann. Il s'agit d'une tumeur frontale au niveau de la fonta-

(1) SOLOMON et KLAUDER. « In the absence of any pathologic changes on very mild ones in the spinal fluid, neurosyphilis may be active and progressive » (*Loc. cit.*, p. 1706).

nelle antérieure et où la dépression osseuse fut contrôlée par la radiographie. L'opération confirma le diagnostic du kyste dermoïde intracranien.

Angiome diffus. — M. Lecène communique deux observations d'angiome diffus qu'il a opérés récemment. Premier cas, homme de cinquante et un ans, présentant une tache de la nuque s'étendant de plus en plus et présentant de fréquentes hémorragies. M. Lecène passa un surjet hémostatique préalable au fil de soie sur toutes la circonférence et au delà de la tache, et put ainsi facilement exciser l'angiome, sans avoir d'hémorragie notable,

Dans le second cas, il s'agissait d'un anévrisme circonscrit de la temporale chez un jeune homme de vingt-huit ans. L'anévrisme et des taches voisines furent ainsi enlevées du même coup. L'examen de la pièce montra que l'anévrisme était dû à la pénétration dans la paroi artérielle des éléments angiomateux.

(Séance du 13 mai 1925)

Volvulus, occlusion intestinale, résection anastomose latéro-latérale. — M. Moure communique l'observation d'une malade de quarante et un ans, ancienne constipée, présentant des phénomènes d'occlusion intestinale, avec fièvre depuis une dizaine de jours. On sent une masse dure dans l'abdomen, L'occlusion est évidente, on constate un énorme mégacôlon. Laparotomie, extériorisation, résection, fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale.

M. Moure fit en outre un anus cæcal de sécurité. Suites simples, l'examen radio-bismuthé est satisfaisant, c'est, en somme, un excellent résultat d'une intervention à chaud.

La splénectomie dans les cas d'anémies graves. — M. Lecène, à propos de la communication faite dans la séance du 29 avril par M. Duval, apporte une observation analogue à celle de son collègue. Femme de quarante-sept ans, très anémiée, cachectique, présentant les symptômes d'un néoplasme de l'estomac, avec amaigrissement progressif, état général s'aggravant. On décide de tenter une gastrectomie. Le ventre ouvert on ne trouve rien à l'estomac, ni du côté des voies biliaires. On se porte du côté de la rate qu'on trouve un peu grosse, on pratique une splénectomie, on fait une hémostase soignée. La malade guérit très simplement.

Le taux d'hémoglobine qui était tombé à 25 p. 100 est remonté à 40 p. 100, le nombre des globules rouges qui était tombé à 2 millions est remonté à 4.700.000. La malade est redevenue tout à fait bien portante et sa guérison se maintient depuis deux ans. Comme lésions, la rate enlevée présente une sclérose manifeste. Ces faits doivent être portés à la connaissance des médecins car ils prouvent que dans des cas d'anémie grave mal déterminés, la splénectomie peut être une ressource très précieuse.

Occlusion par tumeur du grêle. — M. Okinczyc fait un rapport sur une observation de M. Moiroud (de Marseille). Il s'agit d'une femme de trente-deux ans atteinte d'accidents d'occlusion aiguë par tumeur du grêle, résection, anastomose iléo-transverse. Il s'agissait d'une tumeur du grêle d'origine inflammatoire.

Fracture du crâne. — Second rapport de M. Okinczyc sur un cas de fracture du crâne par accident d'automobile et dans lequel à la suite de deux ponctions lombaires sont survenus des accidents méningitiques.

Adjonction de la sérothérapie à l'opération précoce dans les cas d'appendicite gangréneuse. — M. Louis Bazy fait un rapport sur un travail important de M. Clavelin (du Val-de-Grâce).

Tous les chirurgiens sont d'accord, aujourd'hui, sur ce fait qu'en présence d'une appendicite aiguë grave, l'intervention aussi précoce que possible est formellement indiquée, d'après de multiples examens biologiques, on peut conclure que dans les cas d'appendicite gangréneuse, c'est le colibacille que l'on rencontre le plus souvent. MM. Clavelin et Louis Bazy pensent que, dans ces cas, il serait logique d'adjoindre à l'opération précoce la sérothérapie antigangréneuse. Tel est le but de travail de M. Clavelin qui donne des observations à l'appui de cette thèse.

M. Lecène fait observer, avec raison, que dans ces cas d'appendicites graves d'emblée l'essentiel est de faire un diagnostic précoce. Avec un bon diagnostic précoce et une bonne intervention également précise, point n'est besoin de sérothérapie. Que de progrès réalisés depuis vingt-cinq ans, à ce point de vue. On ne perd plus de malades, aujourd'hui, opérés d'appendicite aiguë dans ces conditions. M. Lecène rappelle, à ce propos, comme Dieulafoy avait vu juste quand il disait : il n'y a pas de traitement médical de l'appendicite. En effet, opérez à temps et vous guérirez vos malades sans sérothérapie.

M. de Martel abonde dans le même sens.

Fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus. — M. Alglave fait un rapport sur une observation de M. Truchot (d'Angers). Il s'agit d'une fracture du condyle interne de l'extrémité inférieure de l'humérus opérée par voie transolécranienne, les fragments étant maintenus rapprochés par plaques métalliques, ces plaques ont été bien tolérées et le résultat obtenu satisfaisant. M. Truchot apporte 3 observations de ce genre. Ces observations donnent lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Dujarier, Cunéo, Auvray, Wiart, Mathieu, Thierry et Alglave.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(Séance du 10 avril 1925)

Sur les pouvoirs antitoxiques et antiseptiques des eaux de Châtel-Guyon. — M. J. Baumann (de Châtel-Guyon). Les eaux de Châtel-Guyon prises en boisson et par goutte à goutte rectal réalisent une véritable antisepsie intestinale. Elles ont notamment une grande efficacité sur certains troubles vasculaires toxiques d'origine cæcale et sur le syndrome entéro-rénal.

Intoxication par le gaz d'éclairage et le véronal guérie par une transfusion sanguine. — MM. Stora et Becart. Il s'agit de l'observation d'un cas d'intoxication par le gaz d'éclairage et le véronal suivie de guérison complète en 8 jours à la suite de transfusion du sang. Le malade présentait un état comateux, avec abolition complète de tous les réflexes, La réapparition des réflexes permit d'établir dès le début un bon pronostic.

Inhalation et humage. — M. Bagué (de Luchon) compare les particularités respectives de l'inhalation et du humage et précise les conditions que doivent réaliser les eaux thermales pour pouvoir donner par l'un ou l'autre de ces moyens leur maximum d'intensité.

Troubles vago-sympathiques aigus et de longue durée après la pyloro-gastrectomie. — M. Pron. Dans deux cas, l'auteur a observé, quelques semaines après l'intervention, divers troubles attribuables à une perturbation vago-sympathique à alternatives de pâleur et de rougeur de la face, sueurs abondantes, tachycardie, nausées, etc.

Les essais de thérapeutique médicale furent peu efficaces, mais cet ensemble de symptômes disparut au bout de quelques mois.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(Séance du 6 mars 1925)

Drainage à la Mikulicz. — M. Peraire insiste sur les avantages du Mikulicz qui permet un drainage parfait de la cavité péritonéale, isole largement les anses intestinales et permet de mener à bien les cas les plus graves de salpingites, de fibromes ou de kystes ovariens très adhérents. Le seul inconvénient est l'éventration qui peut en résulter, mais il est facile d'y remédier par une suture ultérieurement pratiquée.

Kystes hydatiques du poumon. — M. Petit de la Villéon rapporte un travail du docteur Bressot sur les kystes hydatiques du poumon. Après l'étude clinique des signes de proba-

bilité et des signes de certitude, l'auteur envisage la question du traitement chirurgical et apporte sept cas personnels d'opérations.

Le rapporteur se sépare de M. Bressot en ce qu'il considère qu'on peut, en matière de kystes hydatiques du poumon, facilement opérer sans pneumothorax total, à la condition qu'on opère en deux temps. M. Petit de la Villéon préconise et expose la méthode de Lamas.

Kystes inextirpables. Marsupialisation. — M. Brodier présente deux observations d'extirpations incomplètes des kystes de l'ovaire traitées par la marsupialisation et deux observations de fistules consécutives à des interventions de ce genre. Il y eut trois succès et une mort. La marsupialisation est un procédé de nécessité. Il faut pour que la guérison survienne que les parois du kyste puissent s'accoler. Cet accolement est fonction de la nature du kyste, comme l'avait déjà dit Terrier.

Diagnostic de la syphilis au cours de la laparotomie. — M. Burty apporte deux observations personnelles de diagnostic de syphilis posé au cours de laparotomie pour fibrome. Dans les deux cas les malades mises en observation après l'intervention, ont présenté des signes de syphilis tertiaire et ont été améliorées par le traitement.

Indications et contre-indications de l'ostéosynthèse. — M. Dupuy de Frenelle déconseille le cerclage fait avec des rubans et des instruments incitant à serrer énergiquement le cerclage. L'étranglement circulaire d'un segment d'os favorise sa dévitalisation et, par suite, son ramollissement. Il utilise un gros fil de cuivre souple qu'il serre avec une pince jumelée.

Les fragments doivent être coaptés par des surfaces avivées larges et longues. Pour les modeler, l'auteur se sert d'un ciseau guillotine spécial qui permet d'abraser l'extrémité des fragments sans les extérioriser. Pour le plaquage, M. Dupuy utilise des plaques dont le pont médian légèrement arqué ne touche pas et recouvre le moins possible la région fracturée. Les extrémités du pont reposent sur l'os par des assises étroites et cintrées de façon à ce qu'elles ne touchent l'os que par leurs bords. Pour planter les vis M. Dupuy se sert d'une sorte d'étau à mâchoires carrées pour coapter et immobiliser les fragments pendant le vissage. M. Dupuy utilise un davier à mors parallèles souples et interchangeables, à mors variés choisis pour chaque fracture.

Le succès de l'ostéosynthèse est dans la richesse de l'instrumentation de l'opérateur.

HYGIÈNE PUBLIQUE

SOCIÉTÉ DES NATIONS

TRAVAUX DU COMITÉ D'HYGIÈNE

Quatrième session.

Le Comité d'hygiène s'est réuni à Genève du 20 au 25 avril, sous la présidence du docteur Madsen (Danois).

Ont pris part aux travaux de cette session :

MM. O. Volghe, vice-président (Belge); Léon Bernard, vice-président (France); Lutrario, vice-président (Italien); sir George Buchanan (Anglais); J. Cantacuzène (Roumain); Carrière (Suisse); Chodzko (Polonais); Jitta (Hollandais); R. Jorge (Portugais); Tsurumi (Japonais); Nocht (Allemand); Ottolenghi (Italien); Pittaluga (Espagnol); Reynaud (Français).

Le Comité a passé en revue l'activité de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations et arrêté le plan de travail de certaines de ses sous-commissions.

Echange de personnel sanitaire. — Le Comité a approuvé le programme des échanges de personnel sanitaire pour l'année 1926. Ce programme prévoit des échanges collectifs en Grande-Bretagne, en Allemagne et au Danemark. Pour continuer la collaboration récemment établie avec les pays latino-américains, six fonctionnaires sanitaires appartenant aux Républiques de l'Amérique du Centre et de l'Amérique du Sud seront désignés pour participer à des échanges européens. Sont également prévus, un voyage d'études collectif, une visite en Afrique, conformément aux recommandations du Congrès de médecine tropicale de Loanda de 1923; un échange de spécialistes en matière de protection de l'enfance, une conférence de fonctionnaires sanitaires des ports de la Méditerranée et de la Mer Noire; un certain nombre d'échanges individuels et un premier échange d'ingénieurs sanitaires

Service de renseignements épidémiologiques. — Désireux de faciliter la collaboration des administrations sanitaires, le Comité s'est occupé de l'amélioration et du développement du service de renseignements épidémiologiques de l'organisation d'hygiène de la Société des Nations. A l'heure actuelle, il reçoit par la poste, de tous les pays européens (à l'exception de l'Albanie et du Portugal), de tous les pays de l'Amérique du Nord, par l'Australie, et d'un certain nombre de territoires africains et asiatiques qui ont un service de statistiques, communication régulière des renseignements dont ils disposent. En outre, le bureau de renseignements épidémiologiques d'Extrême-Orient, nouvellement installé à Singapour, communique chaque semaine, par radio-télégraphie, tous renseignements sur l'incidence du choléra et de la peste dans les ports d'Extrême-Orient.

Le Comité d'hygiène a approuvé les démarches actuellement entreprises auprès des administrations sanitaires intéressées pour obtenir des renseignements télégraphiques sur les ports de la Méditerranée et de la Mer Noire. Toutes les informations ainsi recueillies sont réunies régulièrement dans des bulletins épidémiologiques qui pourront, éventuellement, être communiqués par télégraphie sans fil à toutes les administrations sanitaires.

Enseignement de l'hygiène. — Le Comité a pris connaissance du travail accompli par le sous-comité chargé d'étudier la question de l'enseignement de l'hygiène et lui a indiqué son plan de travail. C'est ainsi qu'il l'a invité à déterminer les facteurs, tirés de l'enseignement de l'hygiène, qui peuvent le mieux contribuer au perfectionnement du bien-être humain et à analyser leurs conséquencees sur l'éducation médicale et sur les coutumes publiques.

Enquête sur la tuberculose. — Le Comité a chargé la Commission de la tuberculose de poursuivre ses recherches en vue de définir les causes pour lesquelles les cas de mortalité par la tuberculose sont en déclin général, et de déterminer les raisons pour lesquelles l'intensité de la tuberculose et les cas de mortalité par cette maladie varient dans de si fortes proportions d'un pays à l'autre.

Commission du cancer. — Le Comité a pris connaissance des travaux de la Commission du cancer; celle-ci s'efforce actuellement de préciser les causes spécifiques des différences constatées dans la mortalité par le cancer en différents pays. Elle a décidé de poursuivre ses recherches aux Etats-Unis, sous la direction des autorités sanitaires américaines.

Abus des spécialités. — Le Comité d'hygiène a confié à deux de ses membres le soin d'établir un rapport préliminaire sur l'abus des spécialités pharmaceutiques.

Enquêtes et recherches. — Le Comité a décidé de procéder à l'étude de la leishmaniose méditerranéenne et de certaines questions relatives à l'épidémiologie de la variole. En outre, se conformant aux décisions de la Conférence de l'émigration de Rome, il a résolu de réunir une documentation relative aux dispositions sanitaires en vigueur dans les différents pays pour les émigrants et de renvoyer au Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique le soin de décider s'il convient d'insérer dans la Convention sanitaire internationale des articles relatifs aux émigrants.

Le Comité d'hygiène, ayant adopté le rapport que la Commission de l'opium lui a présenté, se propose de demander au Comité permanent de l'Office international de l'Hygiène publique de décider, conformément à l'article 10 de la Convention de l'opium de 1925, s'il convient d'ajouter à la liste des produits visés par la Convention deux médicaments nouveaux dérivés de la morphine et de la codéine : l'eucodal et la dicodide.

Commission du paludisme. — Le Comité, après avoir adopté le rapport de la Commission du paludisme, a recommandé au gouvernement albanais, qui lui en avait fait la demande, d'entreprendre une campagne contre la malaria, en se conformant aux suggestions du docteur Haigh, qui a étudié sur place la situation sanitaire du pays, et en prenant en considération l'offre de collaboration de la Ligue des sociétés de la Croix-Rouge en vue de la propagande antipaludique.

D'autre part, le Comité d'Hygiène, après avoir pris note d'une requête du gouvernement turc lui demandant de désigner un malariologue qualifié pour organiser en Turquie la lutte contre le paludisme, a décidé de surseoir à toute désignation jusqu'à ce qu'il ait reçu des autorités turques des informations complémentaires.

Le Comité a également pris connaissance du rapport présenté par le docteur Gilmour, que le Conseil de la Société des Nations avait envoyé en Perse, à la demande du gouvernement persan. Ce rapport conclut à l'établissement d'un système moderne de surveillance sanitaire aux frontières les plus exposées et au développement des organisations municipales d'hygiène publique. Aussi, le Comité recommande-t-il dans ce but que toutes facilités soient fournies à un représentant médical du service d'hygiène municipal de Téhéran pour lui permettre d'entreprendre un voyage d'études de cinq à six mois dans certains pays occidentaux qui ont créé une organisation efficace de l'hygiène municipale.

Participation et représentation de l'organisation d'hygiène aux congrès et conférences. — Le Comité a approuvé le choix des membres de la Commission du paludisme qui se rendront à Rome en octobre pour prendre part au Congrès du paludisme. Il a pris connaissance du rapport de son représentant au Congrès sanitaire pan-américain tenu à la Havane en novembre dernier. Il a invité son bureau d'Extrême-Orient à se tenir en liaison avec le directeur de l'Union pacifique à l'occasion de la réunion d'une conférence de la Croix-Rouge qui doit avoir lieu en 1928 et à laquelle prendront part tous les pays du Pacifique.

D'autre part, le Comité a renvoyé au Comité permanent de l'Office international d'hygiène publique un prospectus du professeur Tsurumi tendant à la constitution d'un comité préparatoire pour la confrontation des textes qui pourraient être soumis à la conférence sanitaire internationale qui aura lieu sous les auspices du gouvernement français.

Contact avec les gouvernements. — Enfin, le Conseil d'hygiène a exprimé sa reconnaissance aux gouvernements tchécoslovaque et roumain de la nouvelle marque d'intérêt qu'ils donnent aux travaux de l'Organisation d'hygiène de la Société des Nations, en constituant des groupements destinés à assurer la liaison entre l'administration sanitaire nationale et l'organisation d'hygiène.

NOTES DE PRATIQUE

DYSPNÉE TOXI-ALIMENTAIRE

Régime lacté exclusif (3 litres à 3 litres 1/2 de lait par jour jusqu'à la disparition de la dyspnée).

Alterner ensuite :

1° Pendant 8 jours, régime lacté absolu et médication iodurée.

2° Pendant 8 autres jours, régime lacté mitigé (2 litres de lait, légumes, quelques œufs, fruits, pas ou peu de viande) et 2 cachets pro die de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée.

Et ainsi de suite pendant quelques mois jusqu'à ce que la dyspnée ait été définitivement vaincue.

QUESTION D'INTERNAT

CALCULS DE L'URETÈRE [1]

Diagnostic. — *A.* CLINIQUE. — **Diagnostic différentiel.** — Un malade qui ne pisse pas, chez qui la sonde ne ramène pas d'urine ou seulement quelques gouttes rougeâtres est en ANURIE.

D'ailleurs le calme de ce malade s'oppose à l'agitation du RÉTENTIONNISTE qui souffre atrocement du fait des contractions spontanées de la vessie.

Diagnostic étiologique. — Trois grandes causes dominent avec la lithiase l'étiologie de l'anurie : comme par réflexe on recherche au pli du coude la desquamation caractéristique de LA SCARLATINE, on interroge le malade pour faire avouer l'INTOXICATION AU SUBLIMÉ, on fait un *toucher vaginal* pour s'assurer, même chez une femme floride, de l'existence d'un CANCER DU COL UTÉRIN, d'un petit cancer squirrheux infiltrant le paramètre dont le signe révélateur peut être une anurie, mais qui s'accompagne d'une augmentation de volume des deux reins.

LA LITHIASE reste de toutes les causes de l'anurie la plus fréquente. Rarement elle est restée latente.

Le malade est, de règle, UN LITHIASIQUE AVÉRÉ.

Diagnostic du côté obstrué. — Le point capital du diagnostic est la recherche du côté qui vient de s'obstruer, du côté sur lequel il va falloir agir.

ON INTERROGE LE MALADE. — De quel côté vient-il de souffrir en dernier lieu? C'est parfois du côté opposé aux crises douloureuses habituelles, du côté opposé au rein détruit devenu indolore, du côté qui la veille fonctionnait encore.

ON PALPE LA FOSSE LOMBAIRE : *Le rein n'est nullement augmenté de volume*, il n'a pas eu le temps de se distendre.

Mais une *contracture de la paroi* existe, légère sans doute, mais constante, et qui indique nettement le côté sur lequel il faut intervenir.

On recherche, enfin, le *siège de la douleur provoquée*, par la pression des points uretéraux, par le toucher vaginal ou rectal.

Telles sont les *présomptions* que donne la clinique, que l'examen instrumental va transformer en certitude.

B. INSTRUMENTAL. — **La radiographie.** — Il faut s'efforcer de la pratiquer chaque fois qu'on en aura la possibilité, elle doit porter sur l'arbre urinaire en entier.

Elle montre le SIÈGE DU CALCUL :

D'UN CÔTÉ, du côté récemment douloureux, un calcul enclavé, intramural, pelvien ou lombaire.

DE L'AUTRE,
Un rein absent,
Un rein détruit par un calcul du rein ou de l'uretère.
Un rein sain en apparence avec un uretère libre.

Ceci permet de saisir le mécanisme de l'anurie.

ANURIE PUREMENT EXCRÉTOIRE.

ANURIE MIXTE (Marion) où l'arrêt de la sécrétion d'un des côtés dépend :

1. *D'un réflexe réno-rénal* agissant sur un rein dès longtemps lésé par la *néphrite diathésique* (Albarran, Legueu).
2. *D'une poussée de néphrite aiguë* (Chabanier).

La cystoscopie renseigne sur le siège bas du calcul, que celui-ci pointe dans la vessie ou que le méat soit rouge et œdématié.

Le cathétérisme de l'uretère localise les calculs hauts.

Mais si la sonde bute il peut s'agir d'un simple spasme du conduit qui cèdera à une pression douce et prolongée.

D'AUTRE PART LA SONDE PEUT PASSER librement, qu'elle ait refoulé le calcul, ou qu'elle ait passé à côté, éventualité singulièrement fréquente.

Dans ces cas, une sécrétion souvent très abondante est rétablie; mais elle cessera avec la suppression de la sonde.

On fait un dosage d'urée sanguine. — Si l'opération est suffisamment précoce le taux de l'azotémie va baisser rapidement après elle.

Mais un examen aussi complet ne s'adresse qu'aux ANURIES RÉCENTES.

A une PÉRIODE PLUS TARDIVE, le temps presse, chaque heure perdue diminue les chances de succès.

Le malade répond mal, il faut se baser sur la *contracture lombaire*, quitte à faire une *lombotomie double* si l'on est tombé sur le rein détruit.

L'hydronéphrose peut quelquefois s'observer comme conséquence d'un calcul de l'uretère. C'est là à vrai dire un cas presque exceptionnel. Elle est liée à une lente distension sur un calcul obstruant incomplètement l'uretère.

CLINIQUEMENT, elle se révélera :

Soit par l'apparition insidieuse d'une *tumeur lombaire* entraînant seulement un peu de pesanteur ;

Soit par des *crises douloureuses violentes* accompagnées ou non d'une tuméfaction rénale, hydronéphrose intermittente, syndrome qui relève d'une *crise de rétention rénale aiguë* (Albarran).

Dans l'un et l'autre cas, c'est surtout un diagnostic de *cathéter* et de *pyélographie*.

Quant à l'infection, nous n'en esquisserons qu'une brève description. C'est plus en effet une complication de la lithiase rénale que du calcul de l'uretère. Mais il faut insister SUR LE VÉRITABLE POINT D'APPEL que lui crée le calcul uretéral du fait de la congestion ou de la distension rénale, du fait de l'hydronéphrose, en un mot de la *rétention* qui en est la conséquence.

PLUS GRANDE EST SA GRAVITÉ puisqu'un seul rein reste valable, rein qui si facilement peut s'infecter, infection bilatérale le plus souvent fatale.

ENFIN, JAMAIS L'ANURIE n'est autant à redouter que du moment où l'infection entre en jeu.

CLINIQUEMENT, c'est une PYONÉPHROSE que viennent révéler la *pyurie* à colibacille, la *douleur* profonde continue, *douleur de rétention* qui va le plus souvent évoluer par paroxysmes suivis de rémissions.

Et ces phénomènes apparaissent après une simple période de constipation, après une angine, au déclin d'une grippe ou d'une infection quelconque. C'est alors leur résistance au traitement habituel, ou une plaque radiographique, qui feront reconnaître la véritable nature des accidents si l'interrogatoire du sujet ne l'a déjà fait soupçonner.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 38, p. 626, et n° 40, p. 659.

ERRATUM. — Par suite d'un retard apporté dans la livraison des épreuves de la deuxième partie de la Question, parue dans la *Gazette* (n° 40, p. 659), les corrections n'ont pu être transmises.

Au chapitre RADIOGRAPHIE, ajouter à l'énumération des taches pseudocalculeuses : *les calculs biliaires*.

Au chapitre DIAGNOSTIC DE LA VALEUR DES REINS, au lieu de : C'est là un point primordial d'où va découler la décision opératoire, lire : *C'est là un point important qui permettra d'apprécier le résultat opératoire.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire par l'excrétion vésiculaire provoquée (épreuves de Meltzer Lyon et de Stepp), par M. CHIRAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, et M. MILOCHEVITCH, docteur en médecine de l'Université de Paris. Un volume de 156 pages avec 13 figures. (Collection « Médecine et chirurgie pratiques ». — Prix : 12 francs. — Paris, Masson et Cie.

Traité de réflexothérapie, par le docteur A. LEPRINCE. In-8, 1924, 18 figures. — Prix : 10 francs. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 20 JUIN 1925
à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, des fournitures d'*herboristerie, droguerie, produits chimiques et préparations pharmaceutiques, produits pour laboratoires et matières colorantes*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux et hospices civils pendant le deuxième semestre 1925.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au 11 juin 1925.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Centenaire de Charcot et XXVe anniversaire de la Société de neurologie de Paris (25-28 mai 1925). — La commémoration du Centenaire de la naissance de Charcot a été célébrée cette semaine avec un grand éclat bien digne de cette illustre mémoire. La Société de neurologie de Paris fêtait en même temps son XXVe anniversaire. C'est dire le caractère strictement scientifique que les organisateurs ont donné à cette grande manifestation du souvenir. Rien ne pouvait mieux honorer la mémoire de Charcot.

Nous publierons dans un de nos prochains numéros le compte rendu de la Réunion neurologique internationale annuelle où furent discutées la *sclérose latérale amyotrophique* et la *migraine*.

Ces discussions ont eu lieu à la Salpêtrière, toute remplie des souvenirs de Charcot. Bornons-nous aujourd'hui à mentionner les cérémonies officielles.

La journée de mardi a été consacrée à deux manifestations particulièrement brillantes.

Ce fut d'abord la *séance solennelle de l'Académie de médecine* en l'honneur de Charcot.

Dans la salle des Pas-Perdus les nombreux invités purent admirer une belle exposition de souvenirs du Maître : souvenirs de sa vie d'étudiant, puis des dessins de Charcot qui était un véritable artiste et ne dédaignait pas la caricature. Portraits, bustes, parmi lesquels on remarquait le buste de Charcot par Dalou et un autre buste d'une rare vigueur, œuvre de Mme Charcot.

La salle des séances brillamment décorée offrait l'aspect des grands jours. En face du Président et des membres du bureau, en uniforme, avait pris place la famille Charcot entourant notre ami le docteur Jean Charcot, en tenue de capitaine de frégate. Dans l'assistance on remarquait la présence de nombreux délégués étrangers. Citons :

MM. St.-Clai rThomson, Buzzard et sir P. Stewart (de Londres), Ley (de Bruxelles), Beco (de Liége), Winkler (d'Utrecht), Bing (de Bâle), Veraguth (de Zurich), Mingazzini (de Rome), Néri (de Bologne), Negro (de Turin), Donaggio (de Modène), Engaz Moniz (de Lisbonne), Hascovec, Hevaroch et Syllaba (de Prague), Constantinovitch (de Belgrade), Marinesco (de Bucarest), Mourdo (de Christiania), Christianssen (de Copenhague), Soderbergh (de Stockholm), Piltz (de Cracovie), Poussep (de Dorpat), Allen Star (de Philadelphie), Perez (de Buenos-Aires), Welter (du Luxembourg).

Après une allocution du Président, M. Pierre Marie prononça le bel éloge de Charcot que nous sommes heureux de reproduire *in extenso* aujourd'hui.

M. Marinesco (de Bucarest), apportant l'hommage des savants étrangers, rappela avec émotion l'accueil qu'il reçut jadis de Charcot à la Salpêtrière, et il montra l'influence de Charcot et de son Ecole sur la science mondiale.

M. Christianssen (de Copenhague) fit un spirituel discours très goûté, enfin M. Achard associa en termes très heureux l'Académie de médecine à l'hommage rendu à l'illustre Maître de la Salpêtrière.

Le soir une très belle manifestation eut lieu à *la Sorbonne* en présence du Président de la République, sous la présidence de M. de Monzie, ministre de l'Instruction publique.

A M. Babinski, président du Comité d'organisation échut l'honneur de prononcer un nouvel éloge de son maître. Il traça un magistral tableau de la carrière scientifique de Charcot, apportant des souvenirs personnels et traduisant avec émotion la reconnaissance des élèves pour la mémoire de l'illustre disparu.

Puis MM. Marinesco, Winkler, St.-Clair Thomson parlèrent au nom des délégués étrangers, M. Lallemand au nom de l'Académie des sciences. M. Calmette au nom de l'Institut Pasteur, M. Guillain apportant l'hommage de la Société de neurologie fit acclamer avec le nom de Charcot ceux de MM. Babinski et Pierre Marie.

Enfin après des discours de MM. Rist représentant la Société médicale des hôpitaux et Roussy au nom de la Société anatomique, commença le pittoresque défilé des délégués officiels de 17 nations qui vinrent remettre des adresses au ministre de l'Instruction publique.

Celui-ci clôtura la séance en apportant l'hommage du gouvernement à la mémoire de Charcot.

Mercredi soir a eu lieu au Palais d'Orsay un *banquet* présidé par M. André Hesse, ministre des Colonies. Il fut exceptionnellement brillant. Vingt-trois toasts furent portée par les délégués étrangers qui tour à tour associèrent en un commun hommage, la mémoire de Charcot et la Science française.

M. Souques, au nom du comité d'organisation, dont il fut l'un des principaux animateurs, remercia les délégués étrangers d'être venus si nombreux, malgré des voyages bien longs, pour honorer la mémoire de leur ancien maître. M. Pitres apporta le souvenir fidèle des élèves de province de Charcot.

M. Jean Charcot enfin tint à exprimer la gratitude des siens, pour l'éclatant hommage rendu à la mémoire de son père. Il le fit avec une émotion profonde partagée par l'assistance.

En clôturant le banquet M. André Hesse apporta un nouvel hommage du gouvernement au grand savant disparu.

La Ville de Paris ne pouvait manquer de s'associer à l'hommage rendu à Charcot, elle le fit au cours d'une réception à l'*Hôtel de Ville* avec l'éclat incomparable qu'elle sait déployer toutes les fois qu'il lui faut accueillir des amis étrangers ou célébrer un grand souvenir.

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Israël de Jong, Bezançon, Faure-Beaulieu, Babonneix, Ribadeau Dumas, Courcoux, Abrami, Rivet, Cadenat, qui acceptent; Guillemot, Weill-Hallé, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Rochon-Duvignaud, Morax, Harvier, Rieffel, Monthus, qui acceptent; Cantonnet, Coutelas, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve orale.* — Séance du 22 mai. — Question donnée : « Valeur respective des différents types de crochets dans les appareils de prothèse mobile. »

MM. Boissier, 18; Richard, 19; Raison, 15; Puig, 16; Gornouec, 15; Merville, 14.

Consultation écrite. — Séance du 27 mai. — MM. Puig, 25; Boissier, 22 ; Merville, 27.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Brindeau, Funck, Rudaux, Levant, Jeannin, Papillon et Rieffel.

Sont désignés comme lecteurs : MM. Chirié et Cleisz.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours de l'adjuvat. — Epreuve orale.* — Séance du 25 mai. — MM. Ameline et Mounier, 17; Ménégaud, 14; Seillé, 17; Leibovici, 16.

Epreuve de dissection. — MM. Iselin, 25; Fèvre et Garnier, 24; Meillère, 28; Bonzet, 25; Ameline et Mounier, 27; Ménégaud, 24; Seillé, 28; Leibovici, 25.

Sont nommés : MM. Meillère, 72; Ameline, 71; Mounier et Seillé, 70; Fèvre, 66.

— *Concours du prosectorat. — Epreuve écrite.* — Séance du 25 mai. — Question donnée : « Anatomie du côlon iléo-pelvien. — Histologie de la muqueuse du côlon. — Circulation lymphatique. — Volvulus du côlon pelvien. »

MM. Brouet, 23; Talheimer, 21; Chastang, 20; Welti, 24.

Séance du 27 mai. — MM. Aurousseau, 25; Soupault, 26; Bernard, 22.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Fournier, professeur, est admis, sur sa demande et pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er avril 1925, et à cesser ses fonctions à cette date.

M. Jullien, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire, est nommé, à partir du 1er avril 1925, professeur de clinique obstétricale et gynécologie, en remplacement de M. Fournier, admis à la retraite.

M. Caraven, suppléant de la chaire de pathologie et de clinique chirurgicale, est nommé, à partir du 1er avril 1925, professeur de pathologie externe et de médecine opératoire en remplacement de M. Jullien, appelé à d'autres fonctions.

— MARSEILLE. — M. le docteur Robert est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er novembre 1924, chef de travaux d'anatomie pathologique et de pathologie expérimentale.

M. le docteur Robiolis est institué, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1924, chef de travaux d'obstétrique.

M. Jourdan, professeur honoraire, est chargé, jusqu'à la nomination d'un titulaire, de l'enseignement de l'histologie (chaire vacante).

— POITIERS. — M. Delaunay est nommé directeur pour trois ans, à partir du 1er mai 1925.

— TOURS. — M. Pitard, professeur, est chargé, pour l'année scolaire 1924-1925, du cours de cryptogamie aux élèves en pharmacie de 3e année.

GUERRE. — Un concours sera ouvert le 9 décembre 1925, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire, à Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et à cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe de l'armée active.

Pour les conditions du concours, consulter le *Journal officiel* du 26 mai 1925, p. 4905 et suivantes.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — Cours de perfectionnement, sous la direction de M. le professeur Georges Guillain, avec la collaboration de MM. Ch. Foix, agrégé; Th. Alajouanine, P. Léchelle et R. Marquézy, chefs de clinique; Guy Laroche, chef de laboratoire ; Bourguignon, chef du service d'électrothérapie de la Salpêtrière; H. Lagrange, ophtalmologiste de la clinique ; Truffert, oto-rhino-laryngologiste de la clinique.

Ce cours clinique, avec présentation de malades, comportera trente leçons; il commencera le mardi 2 juin, à 15 h., à l'amphithéâtre de la clinique Charcot, continuera tous les jours, à 9 heures et à 15 heures, et durera quinze jours.

Droit d'inscription : 150 francs.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — CONFÉRENCES DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — Le docteur P. Le Noir commencera une série de cinq conférences le mardi 9 juin, à 10 h. 1/2, salle Aran, et les continuera les jeudi, samedi, mardi et jeudi suivants, à la même heure. Sujet des conférences : L'hyperchlorhydrie, ses modalités, ses complications, son traitement.

LIVRES NOUVEAUX

La Salpêtrière.

M. le professeur Guillain et M. Pierre Mathieu ont publié à l'occasion du Centenaire un beau volume richement documenté et illustré, édité par M. Masson. C'est l'histoire de la Salpêtrière « très vieil hospice d'une très vieille cité ». Ce pieux hommage rendu à la mémoire de Charcot est aussi un document historique qui rappelle trois siècles d'histoire, les auteurs ne pouvaient faire mieux que de le dédier à M. Pierre Marie.

Charcot artiste.

Henry Meige avait publié il y a quelques années une notice sur Charcot artiste. C'est cette charmante plaquette que M. Masson a rééditée comme un nouvel hommage à la mémoire de la grande figure dont on célèbre le centenaire.

ÉLOGE DE J.-M. CHARCOT [1]

Par PIERRE MARIE.

Présenter, devant une assemblée telle que celle-ci, l'Eloge d'un homme que l'on a beaucoup admiré, à qui l'on doit beaucoup, et que l'on a beaucoup aimé, est à la fois un grand honneur et une tâche redoutable.

Les Oraisons funèbres ont une assez mauvaise réputation. Nos Eloges académiques, pour être plus lointains dans le temps, n'en sont que plus proches de la vérité, car c'est en historien qu'il faut s'appliquer à parler ici.

L'histoire qui vous sera présentée aujourd'hui est celle d'une vie à la fois très simple et très glorieuse, elle est fort belle à conter :

Jean-Martin Charcot est né le 29 novembre 1825, à Paris, où son père était à la tête d'une maison de carrosserie de médiocre importance. Sur les quatre fils, l'un l'aîné, continua la profession paternelle; un autre choisit la carrière militaire et s'y éleva au grade de commandant; un troisième fils s'engagea dans un régiment d'Afrique et, désireux de voir du pays, s'expatria : on fut bientôt sans nouvelles de lui; il disparut sans laisser de traces. Ne trouvons-nous pas ici déjà la marque de cet esprit aventureux qui devait conduire le vaillant explorateur Jean Charcot jusqu'aux ultimes régions des solitudes glacées du monde antarctique?

Peut-être ces détails sur la famille de Charcot n'étaient-ils pas superflus pour mettre en lumière les qualités qu'il lui fallut déployer afin de s'élever d'un pas sûr et sans hâte jusqu'aux plus hauts sommets.

Il commença ses études médicales en 1844, il avait 19 ans. Quatre ans plus tard il était interne; sa bonne étoile l'ayant alors conduit à la Salpêtrière, c'est de cette époque que date le premier contact de Charcot avec la belle et déjà glorieuse Maison dont il devait porter si haut la renommée.



Cliché Pierre PETIT.

J.-M. CHARCOT (vers 1872).

Et tout de suite le charme avait opéré. C'est à la Salpêtrière, c'est dans ces dortoirs qu'il se plaisait à appeler un Pandémonium, que furent rassemblés par lui les éléments de sa thèse de doctorat :

« *Etude pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous les noms de Goutte asthénique primitive, nodosités des jointures, rhumatisme articulaire chronique forme primitive.* »

Chef de clinique en 1853, Charcot fut nommé médecin des hôpitaux en 1856 : il avait 31 ans. La réussite avait jusqu'alors couronné ses efforts; mais la conquête du titre d'Agrégé fut infiniment plus ardue.

Une première fois il échoua, en 1857, avec une thèse d'agrégation intitulée : « De l'expectation en médecine. »

Il se présenta de nouveau en 1860; sa thèse était consacrée à la « Pneumonie chronique ». Cette seconde fois, bien peu s'en fallut que le concours se terminât encore par un échec.

On a dit que si celui-ci fut évité, c'est grâce au talent déployé par Charcot lors de l'argumentation de sa thèse. Il faut reconnaître que lui-même, en toute modestie, attribuait la meilleure part de son succès à l'intervention puissante de son Maître Rayer qui, ayant apprécié son mérite, fut toujours pour lui un précieux appui. A combien des élèves de Charcot pourrait s'appliquer pareil souvenir! Car lui aussi fut toujours pour les siens un précieux appui. Combien pourraient pareillement lui rapporter la meilleure part de leur succès!

En 1872, Charcot était nommé, à la Faculté de Médecine, professeur d'Anatomie pathologique : il succédait dans cette chaire à son ami Vulpian qui, lui, devenait professeur de Médecine Expérimentale.

En quittant la chaire, Vulpian y avait laissé, comme chef de laboratoire, notre très honoré collègue M. Hayem qui, appelé à d'autres fonctions par le développement de sa carrière, ne tarda pas à faire place à Gombault, l'un des plus chers et des plus dévoués élèves du Maître.

Cette même année 1872, Charcot fut élu à l'Académie de Médecine; onze ans plus tard, ce fut à l'Institut. En 1882 était créée pour lui, à la Salpêtrière, la chaire de clinique des maladies du système nerveux.

Dès 1862, lorsqu'il lui fut donné de choisir un service d'hôpital, Charcot vint s'installer à la Salpêtrière : c'est là qu'il allait donner sa mesure.

Les premières années furent employées à s'orienter au milieu de toutes les maladies chroniques si largement représentées dans les dortoirs. L'étude du rhumatisme chronique, des affections chroniques du parenchyme pulmonaire et aussi la description des « cristaux de Charcot » l'occupèrent tout d'abord.

Puis, peu à peu, l'appétit neurologique s'empare de lui : c'est la thèse de Bouchard sur les « Dégénérations secondaires »; c'est l'étude, avec Bouchard, des « Anévrismes miliaires dans les centres nerveux »; et bientôt, en 1868, la description de la *Sclérose en plaques*.

A partir de ce moment, Charcot avait trouvé sa voie.

Regardons-le procéder :

Certes, les plaques de sclérose, sur la surface des centres nerveux et dans leur intérieur, avaient été constatées et signalées par différents anatomo-pathologistes, notamment par notre grand Cruveilhier, mais elles constituaient une pure curiosité d'autopsie, personne n'avait l'idée qu'on pût, sur le vivant, chez le malade, faire le diagnostic de la lésion caractérisée anatomiquement par ces plaques. C'est là qu'intervient le génie clinique de Charcot : il passe en revue ses malades, eu égard aux principaux symptômes qu'elles présentent, il constate que, parmi celles dont l'âge est compris entre 20 et 30 ans, certaines sont affectées d'un tremblement particulier à l'occasion des mouvements volontaires, qu'elles ont également une sorte de tremblement de la parole et parfois aussi des globes oculaires et que leur démarche est des plus incertaines; toutes ces malades ont entre elles comme un air de famille. Une autopsie survient qui permet de spécifier les lésions et voilà, grâce à la méthode anatomo-clinique, l'entité *Sclérose en plaques* établie pour toujours.

Et cette entité, tous les médecins pourront, à l'avenir, la reconnaître, ils en pourront enfin faire le diagnostic.

Le tremblement de la sclérose en plaques fut, pour Charcot, l'occasion d'amorcer l'étude des tremblements, en montrant par quels caractères celui qu'il étudiait dans cette affection se distingue du tremblement sénile, d'une part, du tremblement de la paralysie agitante, d'autre part.

Tout cela doit vous paraître, Messieurs, bien simple, bien élémentaire et peu digne en somme de retenir votre attention;

(1) Eloge prononcé à l'Académie de médecine, le 26 mai 1925.

mais il ne faut pas oublier que nous sommes en 1868, à près de soixante en arrière, et qu'à cette époque, faire un diagnostic de maladie de Parkinson était presque une action d'éclat.

Pensez, Messieurs, qu'en 1868 le tabes ou plutôt l'ataxie locomotrice commençait à peine à être distinguée par Duchenne de Boulogne et que les diagnostics dont se satisfaisaient les médecins d'alors, en présence d'une maladie du système nerveux, étaient presque uniquement ceux de Myélite o d'Encéphalite, d'Hémiplégie ou de Paraplégie et même celu plus général encore de Paralysie.

En 1870 survient la guerre, de si pénible mémoire, et le siège de Paris avec toutes les inquiétudes et les douloureuses déceptions que vous savez.

Mais du moins, après ces heures sombres, ce fut, dans la France entière, unie pour panser ses plaies, un universel ressaut d'énergie, de bonne volonté, d'ardeur au travail. Aussi, les années qui suivirent, peuvent-elles compter parmi les plus brillantes et les plus fécondes qu'ait connues la Médecine Française et en particulier la Faculté de Médecine de Paris.

C'est Vulpian, Charcot, Fournier, Guyon, Parrot, pour n'en citer que quelques-uns, qui, suivant la belle devise de notre Faculté, dispensent *urbi et orbi* l'enseignement médical et, par leurs leçons, s'imposent à l'attention et à l'admiration des étudiants et des médecins étrangers accourus pour les entendre.

En 1872, un an après les derniers méfaits de la Commune, Charcot, avait été, comme nous l'avons vu, nommé professeur d'Anatomie pathologique à la Faculté. Ce n'était pas une petite affaire de mener d'un même pas l'Anatomie pathologique et la Neurologie; c'est cependant ce qu'il a su réaliser, et de manière à contenter les plus exigeants.

Dans cette chaire qu'il occupa pendant près de dix années, Charcot a montré toutes les ressources de sa belle intelligence et toutes ses grandes qualités de chercheur et d'enseigneur. On peut, sans crainte d'être contredit, affirmer qu'il fut et demeurera l'un des plus remarquables professeurs d'Anatomie pathologique de notre Faculté.

Faut-il rappeler ses leçons sur les Pneumonies chroniques, sur les Scléroses pulmonaires, sur les Pneumokonioses, qui ont éclairé si vivement la question des affections chroniques broncho-pulmonaires?

Et ses leçons sur les Broncho-pneumonies aiguës, sur les Broncho-pneumonies tuberculeuses!

Et l'étude et la description de ce fameux nodule péribronchique grâce auquel Charcot contribuait à fournir la preuve de l'Unicité tuberculeuse des lésions de la Phtisie Pulmonaire.

Mais, dans l'Œuvre Anatomo-Pathologique de Charcot, il faut vous parler encore de ses Leçons sur les Maladies du Foie et sur les Maladies des Reins, car elles sont caractéristiques de sa manière.

Pour le foie, dès le début, en quelques pages il oriente son public dans l'Anatomie fine de la glande, il lui apprend ce qu'est le Lobule hépatique. De ces premières connaissances anatomo-cliniques, comme il les appelle lui-même, il va faire découler toute la description des Cirrhoses : cirrhoses d'origine veineuse, cirrhosees d'origine biliaire. Et ce n'est pas là seulement une description anatomo-pathologique, il ne manque jamais de joindre à celle-ci une description des faits cliniques, et combien lumineuse! Le lecteur voit défiler devant ses yeux, sans crainte de jamais les oublier : la Cirrhose de Laënnec, la Cirrhose de Hanot et les Etats d'Infection prolongée des voies biliaires, avec cette fièvre si spéciale que Charcot, qui ne connaissait pas alors les microbes, comparait déjà à la fièvre des vieilles infections urinaires.

De même pour le Rein, c'est après avoir établi la constitution du lobule rénal qu'il entreprend l'étude des lésions dont celui-ci est le siège et qu'il donne son admirable description des tableaux cliniques propres au gros rein blanc et au petit rein contracté.

De même encore pour l'étude des Affections pulmonaires c'est le lobule pulmonaire qu'il prend pour point de départ.

Ainsi, sans jamais perdre de vue le malade et la clinique et en partant toujours des notions d'Anatomie normale, soigneusement mises au courant de la science, Charcot a pu appliquer sa méthode anatomo-clinique et sa méthode localisatrice, avec quel succès! dans toute l'étendue de son œuvre,

Mais il est temps d'abandonner le professeur d'Anatomie pathologique et son glorieux bagage, et de revenir à Charcot neurologiste.

Qui pourrait imaginer que, dans une solennité du genre de celle-ci, il y ait lieu de dresser une fois de plus le catalogue des travaux de Charcot? Les répertoires des bibliothèques y ont amplement pourvu.

Ce que vous désirez, Messieurs, c'est qu'on s'efforce de dégager la philosophie de son Œuvre et d'en montrer l'importance et la grandeur.

Ce serait décevoir votre attente que de ne pas chercher à faire apparaître devant vous l'homme, sa méthode de travail, la formation de son Ecole, l'élan qu'il a donné aux études neurologiques, non seulement en France, mais dans l'ensemble du monde civilisé.

Parlons tout d'abord de son rôle dans l'édification de la doctrine des *Localisations cérébrales* : Hitzig en Allemagne, David Ferrier en Angleterre, venaient de montrer, par des expériences sur les animaux, que l'écorce cérébrale était loin d'être inexcitable comme on l'avait cru jusqu'alors. Charcot entrevit aussitôt toute l'importance de cette notion nouvelle et l'intérêt qu'il y aurait à établir si les circonvolutions du cerveau humain se comportent, vis-à-vis des lésions pathologiques, de la même façon qu'au point de vue expérimental, le cerveau des animaux.

Examinant soigneusement un grand nombre de malades, comparant les symptômes observés aux lésions corticales rencontrées à l'autopsie, il eut la satisfaction et la gloire d'établir par la Clinique et l'Anatomo-clinique, chez l'homme, la doctrine médicale des localisations cérébrales. Il convient de rappeler l'aide que lui apporta dans ses recherches notre collègue le professeur Pitres, alors son interne.

On pourrait difficilement aujourd'hui se représenter l'enthousiasme, très légitime d'ailleurs, que déchaînèrent les notions nouvelles que Charcot venait d'introduire dans la pathologie et dans la physiologie du cerveau humain. Médecins, chirurgiens, philosophes rivalisèrent à l'envi dans leur désir de tirer ce ces notions toutes les conséquences possibles et même... impossibles.

Au cours de ses études sur les Localisations, Charcot avait rencontré maints cas d'Epilepsie localisée corticale, et su en expliquer la genèse et la nature, mais comme le célèbre neurologiste anglais Hughlings-Jackson avait observé auparavant quelques cas du même genre, Charcot eut la courtoisie de donner à cette Epilepsie corticale le nom d'Epilepsie Jacksonienne.

En outre, Charcot n'avait pas tardé à reconnaître qu'en dehors des cas de tumeur ou de méningite tuberculeuse, l'Epilepsie jacksonienne est le plus souvent due à une lésion corticale syphilitique et, comme il excellait à manier le traitement par les frictions mercurielles, il obtint ainsi bien souvent des guérisons qui semblaient défier toute attente. Il faut dire qu'à cette époque les relations possibles de la syphilis avec les affections du système nerveux étaient à peine soupçonnées, Avec quelle outrance les générations nouvelles ont, à cet égard, rattrapé le temps perdu!

Toujours fidèle à sa méthode anatomo-clinique, Charcot dans ses Leçons sur les Maladies du Cerveau, avait pris soin, avant toute description de malades, de donner à ses auditeurs les notions indispensables d'Anatomie et de Topographie générales, et comme toujours ces notions, si succinctes qu'elles fussent, étaient tellement claires, tellement appropriées à l'étude de la Pathologie cérébrale que c'est presque uniquement elles qui pour plusieurs générations d'Etudiants et de Praticiens formèrent la base de leurs connaissances sur l'Anatomie normale du cerveau,

Après avoir tiré, pour ainsi dire du néant, l'étude médicale des Circonvolutions, Charcot s'occupa ensuite à mettre particulièrement en vedette la Capsule Interne et les faisceaux de fibres qui la constituent. A cette occasion, il étudia longuement les différents Syndromes résultant de la lésion de telle ou telle de ses parties : Hémiplégie, Hémianesthésie, Hémichorée, Contracture, etc.; les descriptions qu'il donne de ces syndromes sont excellentes.

Nous ne pouvons nous appesantir sur ce qui concerne la Pathologie Cérébrale; les volumes qui en traitent sont dans toutes les mains; mais il faut, en passant, rendre grâces à ceux qui ont recueilli ces leçons et nous les ont conservées : Bour-

neville tout d'abord qui édita toute l'Œuvre de Charcot, et puis Georges Guinon, l'un des derniers internes et chefs de clinique de Charcot qui lui fut tout dévoué.

Un autre chapitre de la Pathologie nerveuse nous appelle : c'est celui des Atrophies musculaires.

Ici encore, l'œuvre de Charcot est considérable. Pour la bien apprécier, il faut, ainsi que nous l'avons fait pour la sclérose en plaques, se reporter à l'époque, c'est-à-dire aux environs de 1872.

Duchenne de Boulogne avait déjà publié ses deux impérissables chefs-d'œuvre : « l'Electrisation localisée » et la « Physiologie des mouvements ». Mais ce serait une grave erreur de croire qu'il avait épuisé le sujet des Atrophies musculaires.

Quelles qu'eussent été les géniales découvertes de Duchenne, il restait donc, dans cette question des amyotrophies, beaucoup à glaner derrière lui.

Il serait injuste, et peu conforme à la vérité, de vouloir comparer ou subordonner l'une à l'autre, dans ce domaine, l'œuvre de Duchenne et celle de Charcot. Eux-mêmes d'ailleurs se seraient opposés à une tentative de ce genre. Charcot, de 20 ans plus jeune que Duchenne, se plaisait à rendre hommage à celui-ci et à mettre en valeur ses découvertes; il le citait volontiers comme un Maître; on était alors, Messieurs, un peu moins prodigue qu'aujourd'hui de ce beau nom de Maître! Quant à Duchenne, pour vous peindre ses sentiments vis-à-vis de Charcot, il suffira de rapporter un détail de sa vie intime qui fait l'éloge des deux hommes et montre bien quelle confiance et quelle estime ils avaient l'un pour l'autre.

En 1870, au moment des premiers revers, alors que tout faisait redouter l'investissement de Paris, Duchenne de Boulogne, qui avait épousé une Anglaise, sollicité par sa femme, se résolut à passer en Angleterre et, craignant les dangers d'un voyage impromptu, soucieux de mettre sa fortune à l'abri, c'est à Charcot qu'il vint confier les quelques centaines de mille francs qui la constituaient.

Duchenne de Boulogne nous a, chemin faisant, retenus un peu longtemps peut-être, — il en vaut bien la peine.

Mais comment quitter cette question des Atrophies musculaires sans rappeler que l'une des principales, parmi les amyotrophies progressives, la Sclérose Latérale Amyotrophique, a été découverte par Charcot et merveilleusement décrite par lui, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. Aussi, un de ses élèves a-t-il pu, en parlant de cette affection, dire : « Comme certaine déesse de l'Antiquité, elle est sortie tout armée du cerveau de son créateur et l'Historique de cette maladie se résumerait aisément en trois mots : Maladie de Charcot. »

Messieurs, il est une autre « Maladie de Charcot » pour adopter l'appellation qu'ont bien voulu, d'enthousiasme, donner aux Arthopathies Tabétiques nos distingués confrères anglais. C'est en 1868 que Charcot décrivit ces arthropathies pour la première fois, et nulle part le succès de sa description ne fut plus grand qu'en Angleterre. Il fut invité à aller à Londres faire des démonstrations sur cette affection et à cette occasion il fit hommage d'un certain nombre de pièces anatomiques d'arthropathies et de fractures spontanées tabétiques au riche Musée du Collège des Chirurgiens de Londres, ainsi qu'au Musée de l'hôpital Saint-Thomas; ces pièces s'y trouvaient encore les années dernières.

A partir de cette époque, il fut si bien adopté et fêté par ses collègues anglais que peu de médecins français ont été aussi populaires en Angleterre.

Il faut reconnaître d'ailleurs que ces manifestations de sympathie furent payées par lui d'un juste retour, car c'est Charcot qui fit mieux connaître en France : Todd, Brodie, Hughlings-Jackson, sans excepter SYDENHAM, dont un remarquable éloge prononcé dans cette enceinte par notre collègue, le professeur Chauffard, a fait naguère revivre devant vous la grande figure.

Cette énumération de l'Œuvre de Charcot pourrait être étendue indéfiniment, mais à quoi bon, Messieurs ? Ce qui vient d'être dit suffit amplement à en démontrer et à en proclamer l'importance.

Il sera plus intéressant, sans doute, de parler maintenant de sa méthode de travail.

Est-ce bien là l'appellation qui convient dans son cas particulier? Le mot « Méthode » ne devrait-il pas être plutôt remplacé par celui de « Manière », dont on se sert si justement pour caractériser les procédés de travail des plus grand artistes. Et Charcot fut un grand artiste en Médecine !

Reportons-nous de nouveau, Messieurs, à l'état des connaissances neurologiques au début de sa carrière; celles-ci étaient, comme vous le savez, presque inexistantes : la recherche des différents Réflexes et leur interprétation, qui nous fournissent de si précieux renseignements, étaient alors inconnus; la Science Ophtalmologique venait à peine de naître et était dans l'enfance; l'Electro-diagnostic se bornait aux seules recherches de Duchenne avec le courant faradique; aucune des méthodes d'investigation neurologique par les agents physiques ou chimiques n'existait encore. C'était donc uniquement par l'aspect du malade, par son attitude, par l'étude de la morphologie de ses membres, de son corps, ou de sa face, qu'on arrivait à un diagnostic.

Pour cela il fallait au médecin des dons naturels, un coup d'œil particulier, qui, mieux que tout raisonnement, lui fit *sentir* le diagnostic. Cette rapidité et cette précision du coup d'œil, Charcot les possédait à un haut degré et plus d'une fois ses élèves les plus proches l'ont entendu à leurs « Pourquoi ? », à leurs « Comment? » répondre, non sans quelque impatience de ne pouvoir mieux les satisfaire : « Eh, pourquoi? Je ne peux pas vous le dire, mais c'est telle maladie, cela se sent. »

C'est grâce à ces dons particuliers, apanage des grands cliniciens, que Charcot a pu dépister tant d'états pathologiques inconnus jusqu'à lui, les étudier, les synthétiser, les rendre reconnaissables pour tous, et de ses découvertes constituer un Corps de Doctrine qu'on peut considérer comme la base de cette branche de la Médecine qui est devenue la Neurologie. Cette Neurologiequi n'existait pas avant lui et dont il aura été le fondateur.

Mais si l'intuition jouait souvent chez Charcot un rôle de premier ordre, il n'en faudrait pas conclure qu'il s'abandonnât exclusivement à elle et qu'il se contentât d'obéir à ses seules impressions. Bien loin de là!

Une fois que, mis en éveil par un fait, son esprit en avait reconnu l'importance, Charcot n'avait de cesse qu'il n'eût vérifié, à de nombreuses reprises, la réalité de ce fait, qu'il ne l'eût comparé à la série des faits analogues, qu'il ne l'eût soumis à la critique la plus serrée et la plus clairvoyante. S'il s'agissait d'un malade, il se le faisait amener presque chaque jour pendant une et parfois plusieurs semaines, afin d'étudier sous tous ses aspects, chez celui-ci, le phénomène qui avait appelé son attention.

Le plus souvent alors il engageait spécialement un de ses élèves à poursuivre cette étude, à faire, s'il y avait lieu, des recherches bibliographiques sur ce sujet, il s'intéressait aux progrès de ce travail et ne ménageait pas les conseils à celui de ses élèves qu'il en avait chargé. C'était non seulement un honneur très appréeié, mais en outre une admirable leçon de choses que cette sorte de collaboration avec le Maître. Avec quelle perspicacité il savait vous diriger et vous faire éviter les impasses au bout desquelles, après maints efforts, en pure perte, les chercheurs viennent trop souvent se heurter à un mur infranchissable?

C'est par ces qualités, et par d'autres encore, que Charcot s'imposait comme chef d'école ; aussi, peu de Maîtres ont-ils su grouper autour d'eux une pareille pléiade d'élèves.

Qu'il soit permis de citer ici quelques noms, tout au moins parmi les disparus, de ceux qui ont été, auprès de Charcot, les travailleurs de la première heure, ses anciens internes :

Bouchard, Cornil, Benjamin Ball, Debove, Raymond, Lépine, Hanot, Joffroy qui eut toute sa confiance et la justifia par sa fidélité inaltérable au Maître disparu, Gombault dont la collaboration lui fut si précieuse, Cotard (de Genève), Magnan, l'un de nos plus grands aliénistes; — puis, plus près de nous, ce furent Pierret, Féré, Ballet, Gilles de la Tourette et notre cher Brissaud, qui a laissé un si grand vide parmi nous. Tous ils ont bien mérité de la Médecine Française.

Ils n'en ont pas moins bien mérité, d'ailleurs, ceux qui demeurent vivants et vaillants au milieu de nous, nos chers collègues Pitres, Paul Richer, Babinski, Hallion, Souques notre distingué secrétaire annuel.

Tous ont conservé précieusement le souvenir du Maître dont nous célébrons aujourd'hui la mémoire.

Quel curieux phénomène que cette sorte de chimiotaxisme psychique par lequel se trouve presque fatalement attiré, vers

un Maître de génie, une élite de jeunes hommes avides d'apprendre, avides de produire à leur tour.

Certes, il n'appartient à personne aujourd'hui de dire ce que furent les « Elèves de Charcot »; on peut en tout cas leur rendre dès maintenant cette justice de reconnaître qu'ils ont fait tous leurs efforts pour continuer et perpétuer l'œuvre de leur Maître, et pour contribuer à maintenir la Neurologie française dans la haute situation que Charcot lui avait conquise.

Nous venons d'assister à l'admirable développement de l'œuvre scientifique de Charcot. Nous l'avons vu, d'une main sûre et avec une méthode impeccable, jeter les fondements anatomo-cliniques de la Science Neurologique; — nous allons maintenant passer en revue son rôle dans l'étude des maladies nerveuses sans substratum anatomique actuellement décelable, c'est-à-dire son rôle dans l'étude de l'Hystérie et de l'Hypnotisme.

L'Hystérie! avant Charcot, c'est encore « Vénus tout entière à sa proie attachée », c'est la boutade de Sydenham « Nubat et Malum effugiet » : « Mariez-la et tout ira bien ».

L'Hystérie avant Charcot, ce sont les Possédées de Loudun, les Convulsionnaires de Saint-Médard; un peu plus tard, à la fin du XVIIIe siècle, ce sont les « vapeurs », c'est le baquet de Mesmer.

Mais de description méthodique des attaques, de description des nombreuses et si variées manifestations de la Grande Névrose, il n'en existe pas encore.

Charcot ne pouvait manquer d'être attiré par le désir de mettre de l'ordre dans ce chaos, de clarifier un sujet entouré d'une brume aussi épaisse — et puis, il faut bien le dire, comme nous tous ici-bas, sa destinée le menait.... Car ce n'est pas de propos délibéré qu'il se livra à l'étude d'un ordre de faits ressortissant si peu à cette fameuse méthode anatomo-clinique à laquelle il devait toutes ses découvertes, tout le succès scientifique de sa carrière.

Le hasard fit, qu'à la Salpêtrière, le bâtiment Sainte-Laure se trouva dans un tel état de vétusté que l'Administration hospitalière dut le faire évacuer. Ce bâtiment appartenait au Service de Psychiatrie du Dr Delasiauve. C'est là que se trouvaient hospitalisées, pêle-mêle avec les Aliénées, les Epileptiques non aliénées et les Hystériques.

L'Administration profita de l'évacuation de ce bâtiment pour séparer enfin, d'avec les aliénées, les Epileptiques non aliénées et les Hystériques, et comme ces deux catégories de malades présentaient des crises convulsives, elle trouva logique de les réunir et de créer pour elles un quartier spécial sous le nom ce « quartier des Epileptiques simples ».

Charcot étant alors le plus ancien des deux médecins de la Salpêtrière, ce nouveau Service lui fut automatiquement confié.

C'est ainsi qu'involontairement, par la force des choses, Charcot se trouva plongé en pleine Hystérie.

Et quelle Hystérie! Imaginez, Messieurs, la promiscuité qui régnait alors dans les salles du bâtiment Pariset, parmi les malades :

Un grand nombre de femmes épileptiques, entrées à la Salpêtrière depuis de longues années, s'y trouvaient hospitalisées; elles présentaient de fréquentes attaques, car elles éprouvaient une telle horreur des bromures que presque toutes préféraient subir les atteintes de leur mal plutôt que de se soumettre à une médication quelconque.

A côté d'elles, intimement mêlées à elles, dans les mêmes dortoirs, dans les mêmes réfectoires, dans les mêmes cours, se trouvaient un certain nombre de jeunes filles hystériques dont les familles, lassées de leurs crises et souvent aussi de leur humeur fantasque, s'étaient empressées de se débarrasser en les internant à la Salpêtrière.

Les résultats d'une pareille promiscuité ne pouvaient manquer de se faire sentir. Certes, les attaques des malheureuses Epileptiques ne s'en trouvèrent nullement modifiées, mais il en fut tout autrement pour les crises des Hystériques. A vivre ainsi parmi les Epileptiques, à les retenir quand elles tombaient, à les soigner quand leur mal les avait projetées à terre, les jeunes Hystériques avaient ressenti des impressions telles que, étant donné les tendances mimétiques de leur névrose, elles reproduisaient dans leurs crises tout l'aspect de l'attaque d'Epilepsie pure : la *phase tonique*, la *phase clonique* et puis une *phase d'hallucinations* parfois terrifiantes, le plus souvent agréables et plaisantes, auxquelles venaient s'ajouter ces *attitudes passionnelles* si admirablement rendues par l'habile crayon de notre collègue Paul Richer.

C'était là la Grande Hystérie, l'Hystérie de la Salpêtrière, comme affectaient de l'appeler les contradicteurs de Charcot.

Il faut bien reconnaître que, pour les raisons qui viennent d'être données à l'instant, ce type spécial de Grande Hystérie était passablement artificiel.

Charcot, avec son grand sens clinique, avait bien aperçu tout ce que cette fameuse Hystéro-Epilepsie empruntait au voisinage trop immédiat des épileptiques; mais il se laissa emporter par sa tendance à classifier les maladies et les syndromes et, en face de symptômes aussi peu consistants, aussi fuyants, il commit l'erreur de vouloir les enfermer dans un cadre nosologique stable et rigide. Comme si l'on pouvait décrire les crises d'hystérie avec des traits aussi fermes que ceux qui conviennent pour une attaque d'Epilepsie ou pour une crise de Vertige de Ménière!

En relation intime avec ses études sur la grande attaque hystéro-épileptique, Charcot poursuivait, à la même époque, ses recherches sur les Transferts de la sensibilité au moyen des métaux et des aimants, ainsi que ses expériences sur l'Hypnotisme.

Ici encore, il semble bien qu'il ait parfois négligé de rapporter à la suggestion, à l'éducation involontaire des malades, toute la part qui revenait à ces facteurs dans les phénomènes observés. Mais aussi, dans quelles conditions désavantageuses se poursuivaient ses études! C'est là ce qu'il faut dire.

Il ne s'est pas trompé lui-même, il a été trompé par une série de regrettables circonstances qui doivent être rappelées.

Presque jamais Charcot n'endormait lui-même une malade; son chef de clinique, ses internes, se chargeaient de ce soin. Les malades passaient ainsi de main en main pendant la matinée; l'après-midi, les internes et souvent aussi les externes, sollicités par des collègues d'autres hôpitaux ou par des amis, répétaient une ou plusieurs fois les expériences de la matinée, sans songer à mal. Le résultat de toutes ces pratiques est facile à imaginer : à l'insu de Charcot se produisaient sur ces malades une série de suggestions inconscientes aboutissant à un véritable dressage dont il n'avait aucune connaissance. Et par cela même toutes ses recherches sur l'hypnotisme se sont trouvées viciées par la base.

Telles sont les considérations que l'impartialité scientifique oblige à vous présenter, Messieurs. Mais ne croyez pas que l'œuvre de Charcot sur l'hystérie se borne à quelques interprétations discutables sur les caractères des attaques convulsives ou sur les phénomènes de l'hypnotisme. Ne voyez ici qu'un très petit côté de la question et une légère défaillance. Là où Charcot redevient lui-même et retrouve toute la supériorité de son génie clinique, c'est dans l'étude vraiment médicale et méthodique de l'hystérie considérée en tant que maladie.

Ses recherches sur le champ visuel et la vision des couleurs chez les hystériques, entreprises et poursuivies avec le regretté Parinaud, ont été l'origine de très intéressantes investigations sur certains points de la Physiologie des fonctions sensorielles de l'Encéphale.

La description de la Chorée Rythmée est devenue classique, ainsi que celle du Mutisme et celle de l'Anorexie Hystérique.

Mais ce qui domine l'Œuvre de Charcot sur l'hystérie, ce qui ne périra pas et continuera à servir de guide aux générations médicales, c'est sa démonstration de l'existence d'une *Hystérie Masculine*, c'est son admirable étude de l'*Hystérie traumatique*, avec ses paralysies spéciales, avec ses contractures et parfois avec ses phénomènes douloureux : Hystéro-traumatisme, Névrose traumautique! De quel prix ont été les enseignements de Charcot pour tous ceux qui, vingt ans après lui, Médecins et Chirurgiens, ont eu, pendant et après la grande guerre, à donner leur avis sur de trop nombreux cas, d'autant plus troublants pour l'expert que celui-ci se devait à soi-même et au pays de tenir la balance égale entre l'Etat et ceux qui avaient combattu pour lui.

Sans insister plus longuement sur l'Œuvre écrite de Charcot, il faut maintenant vous parler, Messieurs, de son Enseignement, il faut vous parler aussi un peu de lui-même.

Charcot se faisait de l'Enseignement médical la plus haute idée, il pensait qu'un Professeur de la Faculté de Médecine de Paris n'est pas un enseigneur primaire, qu'il lui faut avoir

surtout en vue la formation et l'instruction des élites, qu'il se doit et doit à ses auditeurs non pas de ressasser indéfiniment le bilan des connaissances soi-disant acquises dans telle ou telle branche de la Médecine, mais de contribuer activement à augmenter ces connaissances par des recherches originales ou par des vues nouvelles sur les différents points de son Enseignement. Aussi peut-on affirmer qu'il n'y a pour ainsi dire pas une leçon de Charcot qui ne contienne quelques faits ou quelques aperçus nouveaux.

La banalité lui était insupportable, qu'elle fût ou non accompagnée de cette circonstance aggravante qu'on appelle assez improprement l'Erudition, car sans originalité et sans esprit critique, il n'y a pas de véritable Erudition.

L'Enseignement de Charcot était pour ainsi dire bipartite : l'Enseignement officiel avec la leçon du vendredi et puis l'Enseignement quotidien pour les élèves du service. Ce dernier Enseignement avait lieu presque « à la muette », car Charcot parlait peu et très brièvement, mais comme il savait regarder et faire voir aux autres ce qu'il voyait lui-même!

C'étaient là les meilleurs moments pour son entourage immédiat, c'était au cours de ces petites séances du matin que se formaient ses élèves.

Le minuscule cabinet où se tenait Charcot a été conservé par la piété de ses successeurs. Là, assis au coin de sa table. il observait la malade qu'il avait fait venir des Divisions : ses internes l'examinaient devant lui suivant les indications qu'il leur donnait et... *il regardait*! — Parfois, lorsque, dans les salles, il s'agissait d'un malade qu'on ne pouvait transporter, ou d'un cas urgent, il s'y rendait lui-même, mais sa façon de marcher à pas courts et pressés, la tète et le haut du corps inclinés en avant, lui rendait assez désagréables les déplacements à travers les vastes espaces de la Salpêtrière; aussi restait-il plus volontiers dans son cabinet où il se faisait amener les malades.

Quant à son Enseignement officiel, que dire des admirables leçons du mardi? Elles avaient lieu dans les locaux mêmes de la consultation externe. Devant lui passaient, l'un après l'autre, un certain nombre de malades venus à cette consultation. Charcot les interrogeait lui-même ; ces interrogatoires ont été conservés et publiés par ses élèves Blin, Henri Colin, Jean Charcot. Leur précision n'exclut pas une charmante bonhomie et, de demandes en réponses, comme par une sorte de méthode socratique, on y voit peu à peu se dégager le diagnostic, accompagné des remarques que dictait à Charcot sa longue expérience clinique. Ces leçons du mardi étaient pour les amis de la Neurologie un véritable régal. Aussi combien de ses élèves se faisaient un plaisir d'y assister, tels nos collègues Balzer et Maurice de Fleury, Paul Londe, Henry Meige, le distingué successeur de Paul Richer dans sa chaire d'Anatomie artistique... et tant d'autres !

Quant aux leçons du vendredi, celles-là étaient des leçons de grand style, et rarement leçons furent mieux et plus longuement préparées.

Pour Charcot, comme pour Fournier, comme plus tard, pour Dieulafoy, la leçon magistrale hebdomadaire dans l'amphithéâtre était la grande affaire de la vie, celle qui passait avant tout, dont on s'occupait pendant toute la semaine, qu'on préparait le matin à l'hôpital, dont on s'entretenait ensuite dans la soirée.

Et même, lorsqu'il s'agissait d'un sujet d'une certaine envergure devant être traité en une série de leçons, Charcot passait une partie de ses vacances à en préparer le substratum. C'est ce qui eut lieu, par exemple, pour ses fameuses leçons sur l'Aphasie, dans lesquelles il devait, non seulement exposer les théories nouvelles sur les Aphasies sensorielles, mais surtout rendre ces théories assimilables au Public médical, pour qui la distinction des individus en visuels, auditifs, moteurs fut une véritable révélation dont le succès devait être considérable.

Le sujet de l'Aphasie s'était si fortement emparé de l'esprit de Charcot que, pendant plus de trois semaines de ses vacances, il s'enferma seul, dans une chambre de sa petite et charmante villa de Neuilly, avec des livres et des cahiers de papier blanc, n'en sortant tout au plus qu'au moment des repas et se refusant à toute distraction et même à tout entretien.

Dans ses leçons du vendredi étaient mis à contribution tous les procédés les plus scientifiques et les plus récents de démonstration, et cela surtout sous l'impulsion de notre collègue Paul Regnard, qui cumulait les fonctions d'interne à la Salpêtrière et celles d'assistant de Paul Bert à la Sorbonne.

Les vendredis, l'amphithéâtre de la Salpêtrière était comble. Sur la grande estrade qui, aujourd'hui encore, occupe une de ses extrémités, se trouvaient placés les malades qui devaient faire le sujet de la leçon; pour parer à toute éventualité, on avait soin qu'ils fussent assez nombreux; Charcot entrait, et derrière lui l'escadron volant des élèves, des amis, des admirateurs; ceux-ci, comme le montre le tableau de Brouillet, remplissaient le fond et les parties latérales de l'estrade.

La leçon commençait et se poursuivait au milieu de l'attention générale. — Charcot, a-t-on dit et répété, n'était pas un orateur. Certes non, si par ce mot on entend la richesse des images, et la redondance du verbe; mais son élocution était parfaitement nette, sans aucune hésitation; ses phrases courtes, d'une lumineuse clarté, disaient ce qu'il fallait dire sans se surcharger d'une inutile parure.

Ce qui ajoutait encore à la perfection des démonstrations, s'était l' « Action » du Maître allant d'un malade à l'autre, faisant remarquer aux auditeurs la forme d'un membre ou d'une extrémité, une attitude, une démarche particulière et parfois même, dans le feu de la leçon, se laissant entraîner à mimer ce qu'il voulait que l'on vît et que l'on comprît.

La renommée mondiale de Charcot avait attiré à la Salpêtrière un nombre considérable de Médecins étrangers et c'était presque une règle alors que tout Neurologiste digne de ce nom devait avoir passé par la Salpêtrière, « cette Mecque de la Neurologie », comme nos confrères étrangers se plaisaient à la nommer. Evoquer leurs noms serait à peu près impossible... ils sont trop. Notre cher collègue le professeur Marinesco, qui, pendant de nombreuses années, a partagé avec nous tous l'enseignement du Maître, est, de toutes façons, le savant le plus qualifié pour parler en leur nom.

Obéissant à une attirance analogue, les malades étrangers affluaient aussi à la Salpêtrière : la Russie, la Pologne, les diverses nationalités de l'Europe Centrale, comptaient dans cette population bigarrée de nombreux représentants.

Et l'on peut imaginer l'état d'esprit de ces gens qui, sur la foi de récits souvent fantastiques, parvenus jusqu'à eux, avaient pris le bâton de pèlerin et s'étaient mis en route, non pas certes comme des rois Mages, mais comme les pauvres bergers, attirés et guidés... par l'étoile.

Il va de soi que la plupart de ces malades étaient des névropathes, propres à réagir à toutes les suggestions; aussi les « Guérisons miraculeuses » étaient-elles assez fréquentes parmi eux, et alors au milieu de quel concert de louanges pour le Maître.

Mais laissons de côté l'encens un peu grossier des enthousiasmes populaires, quoique ce soient eux, bien souvent, les vrais fourriers de la Gloire.

La renommée de Charcot était heureusement fondée sur des bases plus solides.

Par ces exemples, on peut imaginer l'atmosphère d'admiration, et il faut bien le dire aussi, de curiosité intense, qui s'était formée autour de lui.

Son Service de la Salpêtrière était largement ouvert à tous ceux qui voulaient voir et apprendre.

Sa Maison l'était également, dans la plus large des hospitalités. Nul de ceux qui ont été reçus n'a oublié cet admirable Hôtel du temps de la Régence, à peine efffeuré par la percée du boulevard Saint-Germain, tout garni de tableaux, de tapisseries anciennes et d'objets d'art, dont l'ensemble formait à Charcot un cadre dans lequel se détachait, en pleine valeur, sa belle tête sculpturale, son masque imposant et volontaire de Sénateur romain.

C'est là que le soir, chaque mardi, on voyait autour de lui tout ce qui portait alors un nom dans les Sciences, dans la Médecine, dans la Littérature, dans les Arts, et même dans la Politique.

A cet intérieur si brillant, si séduisant, si digne du Maître, présidait, comme on peut le penser, une divinité tutélaire.

Mme Charcot était accueillante et bonne, elle et ses filles furent le charme et la parure de cette maison. Tous ceux qui y ont été accueillis ont conservé de cette aimable femme le plus gracieux et le plus reconnaissant souvenir.

Elle adorait son mari. Jean était l'alpha et l'oméga de son

existence ; elle eut une fille, ce fut Jeanne ; un fils, ce fut encore Jean. Ce nom aura dominé sa vie de la façon la plus touchante.

Mais au-dessus de cet horizon si paisible, depuis quelques semaines les nuages s'amoncelaient. L'orage éclata le 16 Août 1893. Charcot fut enlevé en quelques instants par une crise aiguë d'œdème pulmonaire.

Par une cruelle fatalité, cet homme si étroitement entouré par la tendresse des siens, par l'affection de ses élèves, mourut dans un coin perdu du Morvan, hors de tout secours, presque seul, loin de ceux qui l'avaient aimé.

Charcot fut un Médecin génial, un Maître admirable et un Grand Français.

REVUE GÉNÉRALE

SYSTÈME CONDUCTEUR ET CENTRES D'AUTOMATICITÉ CARDIAQUE

AMATOMIE & PHYSIOLOGIE (1)

Par MM. Ed. GIRAUD et G. ZUCCOLI,
Internes des hôpitauxde Marseille.

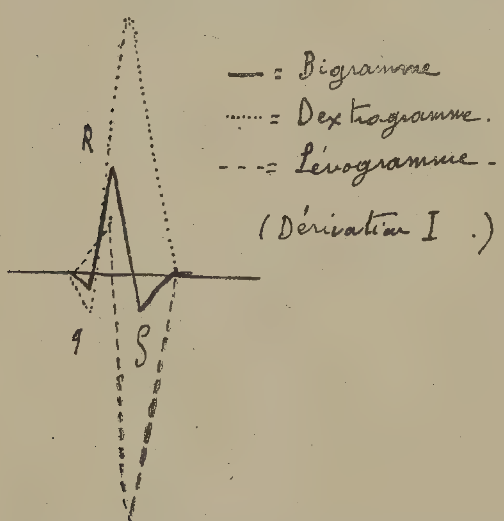
Moyens d'explorations. — A. — Electrocardiographie. — Nous possédons un moyen très précis, presque parfait d'exploration du faisceau de Hiss et de ses dépendances : c'est l'étude des courants que produit le stimulus en parcourant ces formations : l'electrocardiographie.

Nous ne parlerons ici, ni de son principe, ni des appareils employés : ce sont des chosestrop connues de tous.

Einthowen croyait les courants électriques produits en rapport avec la contraction du muscle cardiaque, mais la variation électrique enregistrée précède l'onde de contraction musculaire de 0''02 à 0''05 et l'intensité du courant n'a aucun rapport avec la force de cette contraction ainsi qu'on peut s'en rendre compte dans les tracés de pouls alternant. Le stimulus entraînerait, à l'endroit où il passe, une zone d'électro-négativité se déplaçant en même temps que lui, d'où rupture de l'équilibre électrique de la surface du cœur et production d'un courant. Donc la variation électrique primitivement simple, tant que l'onde d'excitation parcourt le tronc commun du faisceau, devient double quand elle atteint ses branches de division. A partir de ce moment il y a deux foyers d'électro-négativité, donc deux courants d'intensité et de direction indépendantes ; la courbe électrique enregistrée est la résultante de ces deux effets simultanés. Au début, les deux branches de division du faisceau de Hiss sont parallèles, les deux effets sont de même sens, bientôt les branches s'incurvent en sens opposé : les deux effets se contrarient. Dans toute cette phase la courbe est un complexe : c'est un bigramme, combinaison d'un lévogramme et d'un dextrogramme.

Expérimentalement, on peut obtenir à volonté un lévogramme ou un dextogramme en excitant l'une ou l'autre branche du faisceau de Hiss, la branche opposée ayant été sectionnée.

Cette conception du bigramme explique la variabilité de hauteurs des flèches dans le complexe ventriculaire du tracé. Il suffira, en effet, d'un léger décalage de l'un des monogrammes sur l'autre ou d'un léger changement d'orientation des branches, changement qui peut être dû à l'hypertrophie d'une des cavités cardiaques ou à une disposition anatomique congénitale, pour modifier considérablement la hauteur des flèches du complexe, c'est-à-dire l'intensité du courant produit.



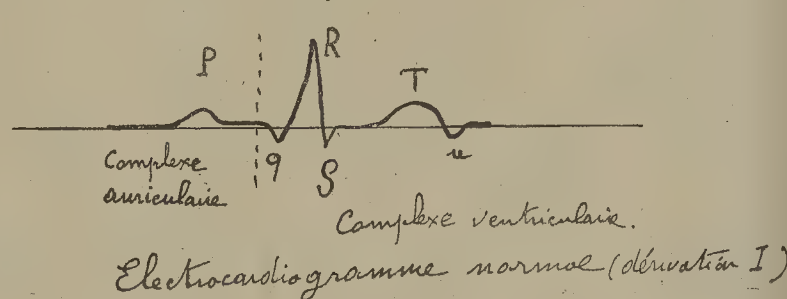


FIG. 3.

Les accidents du tracé électrique se décomposent en deux groupes : le premier comprenant le soulèvement P constitue le complexe auriculaire ; le second comprend *q* R S T *u*, il constitue le complexe ventriculaire. dédoublable lui-même en deux parties, la première, *q* R S, correspondant à l'invasion du stimulus et la seconde T *u* correspondant au retrait de celui-ci.

Le *complexe auriculaire* a été longtemps considéré comme simple, on admet aujourd'hui que tout comme le complexe ventriculaire il constitué un polygramme. En effet, pour certains auteurs (Herring, Eyster, Meck), les différentes parties de P seraient dues à la mise en action successive, par le stimulus, des deux centres sinusaux, des oreillettes et du centre de Zahn. Pour d'autres (Frédéricq), il constituerait un bigramme où dextrogramme et lévogramme seraient de même sens.

A l'état pathologique, P peut manquer (fibrillation auriculaire), être exagéré (hypertrophie auriculaire?), crocheté ou dédoublé (lenteur du stimulus à passer du sinus à l'oreillette droite ou de l'oreillette droite à l'oreillette gauche). P peut être inversé : cette modification indique qu'un stimulus a parcouru les oreillettes du centre de Zahn vers le nœud de Keith

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 41, p. 665.

et Flack (Extrasystoles infra-nodales et ventriculaires). P est maxima en dérivation n° 1 (1).

Le *complexe ventriculaire* bien que plus compliqué graphiquement a cependant une signification mieux connue. Voici d'ailleurs à quoi correspondent les différentes parties du premier groupe de lettres de ce complexe (*q* R S).

DÉRIVATION N° 1. — *q* : Entrée en excitation du septum par la branche gauche.

R : Propagation de l'onde le long du septum, effet maximum; ventricule gauche.

S : Propagation de bas en haut du stimulus maximum ventricule droit.

DÉRIVATION N° 3. — *q* : Entrée en excitation du septum par la branche gauche.

R : Propagation de l'onde le long du septum, effet maximum : ventricule droit.

S : Propagation de bas en haut du stimulus, maximum : ventricule gauche.

T = ? Retrait du stimulus en toute dérivation.

DÉRIVATION N° 2. — Tient le milieu entre les deux précédentes :

DURÉE d'ondulation.	VOLTAGE minimum.	VOLTAGE moyen.	VOLTAGE maximum.
P 0″7 à 0″10	traces	0,16 mv	0,17 mv
P R 0″12 à 0″18			
R 0″04	0,4 mv	1 mv	1,6 mv
q R S 0″07 à 0″10			
S T 0″09 à 0″11			
S	0 mv	0 mv	0,4 mv
T 0″19	traces	0,24 mv	0,50 mv

R et T sont toujours présents : *q* et S manquent souvent.

Quand l'axe anatomique du cœur se modifie, soit à cause de l'hypertrophie d'une ou de plusieurs de ses cavités, soit à cause d'un exsudat pleural, soit enfin à cause d'une poussée venant du médiastin, l'axe électrique se modifie et l'électrocardiogramme montre des déformations importantes. Ces déformations ne peuvent être prises pour des anomalies dues à un trouble du système excito-conducteur, car les complexes auriculaires et ventriculaires sont tous deux modifiés; de plus ces déformations sont constantes et la durée de chaque accident n'est pas modifiée.

Certains chirurgiens semblent avoir obtenu des modifications durables de l'électrocardiogramme par des interventions sur le sympathique cervical. (Cf. *C. r. Soc. de biol.*, déc. 1924, et 1925.)

B. **Tracés mécaniques.** — On peut explorer le faisceau de Hiss et ses dépendances au moyen de l'enregistrement simultané des tracés du pouls, de la pointe du cœur et des battements jugulaires. Cette méthode inférieure à la précédente, dans son principe, puisqu'elle enregistre la contraction des diverses parties du cœur et superpose ainsi aux troubles qui peuvent provenir du système excito-conducteur ceux dus aux systèmes musculaire et valvulaires, donne des tracés plus longs, plus difficiles à inscrire, moins aisés à lire que les électrocardiogrammes. Cette méthode ne permet pas non plus l'exploration détaillée des branches du faisceau de Hiss; ainsi elle ne permet pas la distinction des extrasystoles droites et gauches.

C. **Auscultation du pouls veineux.** — Cette méthode, facile à appliquer en clinique, n'est malheureusement réservée qu'à quelques virtuoses de l'auscultation. Cependant, d'après Mackenzie, elle permettrait d'entendre un troisième bruit du cœur dû à la contraction des oreillettes; Rathelot (*Gaz. des hôpit.*, n° 8, 26 janv. 1924) a insisté sur son intérêt. Capable, si on la joint à l'auscultation soigneuse du cœur, de donner quelques renseignements, elle est cependant dépourvue de rigueur scientifique.

D. **Radioscopie.** — Si la radioscopie est capable de montrer dans quelques cas la dissociation auriculo-ventriculaire, elle n'a qu'un bien faible intérêt pour l'exploration du faisceau de Hiss.

Nous en dirons autant des Rœntgenocardiogrammes : ce procédé, peu connu, a été utilisé par trop peu d'auteurs encore.

L'étude du système de conduction intracardiaque a non seulement un intérêt théorique et diagnostic, sa connaissance approfondie étant indispensable à l'étude des arythmies, mais encore un intérêt thérapeutique et pronostic. Comme nous le verrons plus loin la digitale et les autres toni-cardiaques usuels agissent surtout sur les propriétés du système excito-moteur : c'est à cette influence que sont dues leurs propriétés thérapeutiques. Seule la connaissance des propriétés de ce système permettra d'administrer scientifiquement ces médicaments, de prévoir leur action, de porter un pronostic avec le plus de chances de vérification.

Voici un malade en état d'asystolie : œdème des membres inférieurs, oligurie, gros foie, congestion des bases, le cœur rapide et irrégulier bat à 120, la tension est relativement élevée 18-14 par exemple; la stase portale et pulmonaire indique cependant un mauvais débit de la pompe cardiaque. L'électrocardiogramme ne montre que peu de contractions cardiaques normotropes; le rythme sinusal est interrompu par de nombreuses extrasystoles à point de départ nodal ou ventriculaire. Le cœur se contractant trop vite et selon un rythme désordonné, nombreuses sont les systoles qui n'ont qu'une influence minime sur la circulation. L'exploration oscillographique des artères, au moyen de l'appareil de Pachon, nous permet de nous en rendre compte; cependant, par intervalle le cœur donne des systoles normotropes et vigoureuses. Donnons à un tel malade XX gouttes de digitaline pendant deux ou trois jours : les symptômes d'asystolie regresseront, le cœur se ralentira vers 80, les extrasystoles disparaîtront ou deviendront très rares, les tensions maxima et minima s'abaisseront, les systoles se suivront à intervalles égaux. La modification essentielle aura donc consisté dans le ralentissement du pouls et la disparition des extrasystoles : en un mot, la digitale aura guéri la crise d'asystolie en modifiant le système excito-moteur du cœur du malade.

Faisons en quelque sorte la contre-épreuve : donnons de la digitale à des malades asystoliques, mais dont le pouls soit peu rapide (100) et régulier; l'absorption de le drogue ne sera suivie d'aucun effet, l'insuffisance cardiaque progressera lentement sans qu'aucune thérapeutique puisse agir. Vaquez (*Monde méd.*, 15 mars 1923) a rapporté plusieurs observa-

(1) On appelle dérivations les trois axes selon lesquels on recueille les courants produits par le cœur.

Dérivation n° 1 : main droite, main gauche;
Dérivation n° 2 : main droite, pied gauche;
Dérivation n° 3 : main gauche, pied gauche.

tions de cette forme, heureusement rare, d'asystolie.

Les propriétés pharmaco-dynamiques des médicaments sont seules capables d'expliquer la différence de réaction entre ces deux malades; et ce qui est plus utile, elles permettent de la prévoir.

Pharmaco-dynamie des toni-cardiaques. — *A.* **Digitaline.** — 1° Action sur le centre sinusal. — La digitaline exerce une action chronotrope négative : c'est-à-dire qu'elle diminue l'excitabilité du sinus et ralentit son rythme. Cette action résultant à la fois d'une excitation du vague et d'une action locale est d'autant plus marquée que l'accélération du pouls est plus intense.

2° Action sur les centres d'automaticité secondaires. — Elle diminue l'excitabilité de ces derniers, ralentit donc leur rythme. Elle fait ainsi disparaître les extrasystoles. A doses trop élevées. elle les excite au contraire.

3° Action sur le faisceau de Hiss et ses branches. — Elle diminue leur conductibilité et cela d'autant plus que le faisceau est plus lésé.

Cette troisième propriété a tantôt une influence favorable, tantôt, mais plus rarement, une influence défavorable. Cette action est heureuse quand il y a arythmie complète, comme cela arrive bien souvent dans les gros cœurs rhumatismaux, car alors la diminution de conductibilité du faisceau de Hiss empêche la transmission aux ventricules des trop nombreux stimuli désordonnés partis des oreillettes. Le rythme ventriculaire se ralentit suffisamment pour donner aux fibres musculaires le repos minimum dont elles ont besoin, pour se contracter à nouveau d'une façon efficace. Cette influence est par contre défavorable, quand le faisceau de Hiss est déjà lésé, car alors les troubles de conductibilité (bloc partiel ou bloc total) apparaissent avec des doses de digitaline trop faibles pour avoir agi sur les autres propriétés du système excito-moteur. On est obligé d'arrêter le traitement qui reste sans effet, parce que fait à doses insuffisantes. La digitaline semble donc agir en permettant au cœur de fonctionner selon un rythme tel qu'il soit dans les meilleures conditions d'économie et qu'il utilise, au mieux, la puissance musculaire de ses fibres contractiles. Nous pourrions comparer le thérapeute à un mécanicien chargé de réparer des moteurs à explosions, mais n'ayant que des instruments lui permettant d'agir sur les cames d'allumage; si les explosions se font irrégulièrement dans les divers cylindres, il pourra rétablir l'équilibre et rendre au moteur sa puissance; mais, si un des cylindres est fêlé ou un piston brisé, il n'arrivera à aucun résultat. De même le thérapeute pourra, grâce à la digitaline, modifier le moment où les stimuli atteindront les ventricules et rétablir ainsi leur ordre normal : dans ce cas, la digitale rétablira l'équilibre circulatoire. Mais si la fibre ventriculaire elle-même est déficiente. cette drogue pourra-t-elle lui rendre sa puissance?

La fibre cardiaque possède, comme tout muscle, deux propriétés principales : la contractilité et la tonicité,

4° Action sur la contractilité. — Elle est difficile à mettre en valeur; selon certains auteurs (Rihl, Mackenzie, Guillaume. Danielopolu) la digitale, à dose thérapeutique ou même toxique ne l'augmenterait pas; les doses très faibles (cinq gouttes de la solution à 1 p. 1 000 pro die) la diminueraient. Pour d'autres auteurs, elle augmenterait la contractilité en stimulant les échanges protoplasmiques mettant ainsi le cœur à même de mieux utiliser ses réserves énergétiques, sans toutefois lui apporter la moindre énergie nouvelle (Lutembacher). Quelle que soit l'opinion adoptée, l'action de la digitale sur la contractilité paraît donc peu importante en thérapeutique.

5° Action sur la tonicité. — La digitale ne paraît avoir qu'une action très médiocre sur celle-ci. Mackenzie la nie complètement, Liebensky, s'adressant à l'exploration radiologique, trouve que la digitale, sans influence sur le tonus du ventricule gauche, augmente dans de faibles proportions celui du ventricule droit.

Il semble donc résulter de l'étude pharmaco-dynamique de la digitale que si toutes les propriétés de ce glucoside ne sont pas établies à coup sûr, nous pouvons cependant penser que cette drogue est bien plus le médicament du système excito-moteur du cœur, que celui de son système contractile.

B. **Ouabaïne.** — Il y a des divergences considérables d'opinion entre les divers auteurs au sujet de l'action de ce médicament. Les uns, comme Vaquez, la considèrent comme un véritable tonique du myocarde agissant surtout sur le tonus de ce muscle et infiniment peu sur son système excito-moteur. Les autres, comme Lutembacher, s'appuyant sur l'expérimentation chez l'homme et chez l'animal, au moyen des méthodes les plus récentes, prétendent que la « digitale et l'oubaïne ont la même action sur les propriétés fondamentales du myocarde. Il n'existe qu'une différence d'intensité et de rapidité en faveur de l'ouabaïne et de durabilité en faveur de la digitale. »

Si donc les médicaments agissant peut-être sur la fibre cardiaque sont peu nombreux, au contraire, nombreux sont ceux capables de modifier le système excito-moteur. Certains médicaments que nous allons citer sont d'usage courant en thérapeutique, d'autres n'ont été utilisés encore que rarement.

C. **Quinine et quinidine.** — Médicaments inhibiteurs du sinus et des centres secondaires diminuant la conductibilité, inhibant le vague.

D. **Adrénaline.** — Augmente l'excitabilité du sinus et des centres secondaires. Augmente la conductibilité.

E. **Caféine.** — Excite les centres cardiaques secondaires.

F. **Esérine.** — Inhibe le sinus, excite les centres secondaires, augmente la conductibilité.

G. **Chlorure de calcium.** — Paralyse le sinus excite le centre autonome ventriculaire.

H. **Chlorure de potassium.** — Excite le sinus, paralyse les centres d'automaticité secondaires.

Conclusion. — Arrivés à la fin de cette étude, quelles conclusions tirer des nombreux faits que nous avons exposés? Nous ne dirons point, avec Mackenzie, que l'auscultation du cœur n'a aucun intérêt et qu'il ne faut attacher aucune espèce d'importance à l'existence d'un souffle mitral; nous ne pourrions, tout au plus, que nous étonner que l'on ait si longtemps ignoré le faisceau de Hiss et son rôle, ce qui n'a d'ailleurs point empêché maints excellents praticiens tels qu'Huchard, Trousseau, Dieulafoy, de soigner et

de guérir de nombreux asystoliques, si nous n'étions point habitués, en médecine, à ces sortes d'aventures. Il ne faudrait point cependant croire l'étude du système excito-conducteur dénuée d'intérêt pratique : si les nouveaux médicaments que cette étude nous a fait connaître sont encore d'une valeur discutée, si elle nous a montré l'absence fâcheuse de tout tonique du cœur à proprement parler, elle nous a, par contre, appris à mieux connaître l'action de l'ouabaïne, et de la digitaline, à ne plus appeler celle-ci opium ou quinquina du cœur; elle nous a enfin fait admettre cette règle thérapeutique « que le choix d'un toni-cardiaque et son mode d'aministration ne peuvent être fondés sur la nature des lésions, mais sur les troubles fonctionnels observés » Lutembacher), troubles fonctionels qui sont conditionnés par les lésions du système excito-moteur.

BIBLIOGRAPHIE (ouvrages consultés).

Pour la bibliographie complète de la question, consultez les traités ci-dessous :

BARIÉ. *Maladies du cœur et de l'aorte*, 1912.
JOSUÉ et PAILLARD. *Maladies de l'appareil circulatoire*, 1914.
MARTINET. *Diagnostic clinique*, 1919.
SERGENT. *Sémiologie*, 1920.
JOSUÉ. *Sémiologie cardiaque actuelle*, 1920.
VAQUEZ. *Maladies du cœur*, 1920.
PERRIN et RICHARD. *Les Arythmies dans la pratique journalière*, 1920.
LIAN. *Maladies du cœur et de l'aorte*, 1921.
GUILLAUME. *Le Sympathique*, 1921.
GLEY. *Traité de physiologie*, 1921.
RICHET. *Traité de physiologie médico-chirurgicale*, 1921.
LANDOUZY et BERNARD *Anatomie et physiologie médicales*, 1921.
TESTUT. *Anatomie*, 1921.
POIRIER, NICOLAS et CHARPY. *Anatomie*, 1921.
MACKENZIE. *L'Avenir de la médecine*, 1922; — *Maladies du cœur*, 1923.
BISHOP. *Les Troubles cardiaques*, 1924.
LUTEMBACHER. *Les Troubles fonctionnels du cœur*, 1924.
LAUBRY. *Troubles fonctionnels du cœur*, 1924.
DANIÉLOPOLU. *L'angine de poitrine*, 1925.

Bull. de la Soc. anat. de Paris, 1900-1924. — *Arch. de physiol. expérim.*, 1910-1924. — *C. R. de la Soc. de biol.*, 1920-1924. — *C. R. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1910-1924. — *Arch. des mal. du cœur*, 1920-1924. — *Ann. de méd.*, 1920-1924. — *Monde méd.*, 1920-1924. — *Paris méd.*, 1920-1924. — *Presse méd.*, 1920-1924. — *Gaz. des hôpit.*, 1920-1924. — *L'Hôpital*, 1920-1924.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 22 MAI 1925)

Poliomyélite antérieure aiguë avec paraplégie flasque grave puis signe de Babinski; sérum de Pettit, rayons X, diathermie, galvanothérapie; guérison. — M. LAIGNEL-LAVASTINE montre une jeune femme de vingt-sept ans qui, entrée dans son service pour paraplégie flasque brusque complète avec troubles sphinctériens par poliomyélite antérieure aiguë, fut immédiatement traitée par le sérum de Pettit et la radiothérapie dorso-lombaire répondant aux foyers de poliomyélite. En même temps que la localisation de l'atrophie, sur le membre inférieur droit et sur la région plantaire gauche apparut le signe de Babinski à gauche, sans aucun indice de perturbation du système pyramidal. Sous l'influence de la diathermie et de la galvanothérapie la malade s'améliore chaque jour et le signe de Babinski tend à disparaître.

Durée de l'immunité conférée par l'anatoxine diphtérique. — MM. LEREBOULLET et JOANNON qui, en avril et mai 1924, avaient vacciné contre la diphtérie au moyen de l'anatoxine de Esmon des enfants atteints de tuberculose ostéo-articulaire soignés à l'hôpital d'Antony, ont pu constater au bout d'un an, chez les dix malades encore en traitement, la persistance d'une réaction de Schick négative. La longue durée de l'état réfractaire semble donc due toute entière aux injections d'anatoxine; elle est à retenir; ces résultats contribuent à démontrer la remarquable efficacité immunisante de l'anatoxine de Esmon.

Zona thoracique et éruption vésiculo-pustuleuse généralisée. — MM J. TROISIER et DELALANDE présentent un malade atteint de zona thoracique et d'une éruption vésiculo-pustuleuse généralisée survenus simultanément. Ils insistent en particulier sur l'aspect varicelloïde de l'éruption généralisée qui est certainement sous la dépendance de la même cause que le zona thoracique.

Sur le traitement de la paralysie générale par le paludisme expérimental et les antisyphilitiques associés. — MM. H. CLAUDE et R. TARGOWLA présentent deux malades très améliorées par ce traitement. Sur trente malades ainsi traités, ils ont observé un nombre considérable d'améliorations portant surtout sur l'état mental et allant parfois jusqu'au retour *ad integrum*. L'intérêt de cette thérapeutique réside dans la transformation du tableau clinique qui permet, avec une fréquence remarquable, le retour du malade à la vie familiale et sociale. Il est actuellement impossible de se prononcer sur l'avenir de ces malades.

Fréquence de la maladie de Dupuytren au cours du saturnisme. — M. MICHAUX.

Le traitement hélio-marin précoce du rachitisme, d'après les conclusions du Congrès de thalassothérapie d'Arcachon. — M. ARMADD-DELILLE expose le résumé des différents rapports présentés au Congrès d'Arcachon qui tous ont conclu à l'importance de la « carence solaire » dans la pathogénie du rachitisme et ont été d'accord pour conclure que le facteur essentiel dans le traitement marin du rachitisme était la cure solaire.

L'évolution des syndromes parkinsonniens postencéphalitiques. — MM. Maurice RENAUD et AUGER. Ce travail est fait en vue de préciser les rapports entre le syndrome de Parkinson et les processus infectieux qui le déterminent et de fixer les conditions du pronostic. Les auteurs tirent de leur étude les conclusions suivantes :

I. Quelle que soit l'époque à laquelle apparaissent les premiers symptômes de l'affection, leur développement est rapide.

Après une période de quelques mois, trois mois à deux ans, la situation se stabilise, le syndrome est fixe.

II. Une fois cet acmé atteint, l'évolution dépend avant tout de l'importance des troubles fonctionnels.

III. Dans les cas à évolution rapidement progressive on est en droit de penser que la mort survient par extension des lésions à certaines parties du névraxe dont les troubles fonctionnels entraînent des désordres graves et incompatibles avec la vie.

IV. Les parkinsonniens ne présentent pas d'autres troubles que ceux qui dépendent de l'atteinte de l'encéphale.

La marche de l'affection est celle d'une maladie fixée. Dans les autopsies tardives, on ne trouve plus dans l'encéphale que des altérations cellulaires dégénératives. Tout processus inflammatoire est éteint et l'inoculation aux lapins ne transmet pas la maladie.

V. Le parkinsonnien n'est donc pas atteint d'une maladie en évolution, mais d'une infirmité incurable.

MM. Cl. VINCENT, PAGNIEZ, DUFOUR et DE MASSARY soutiennent l'évolution progressive des syndromes parkinsonniens postencéphalitiques.

Néphrite azotémique : confusion mentale azotémique; urémie musculaire; excitabilité neuro-musculaire et acidose. — MM. Pr. MERKLEN, FONCIN et ADNOT. A propos d'un cas typique de néphrite azotémique, les auteurs détaillent les points suivants.

Leur malade était un azotémique pur, sans hypertension ni signes de rétention chlorurée. Il présenta un état typique de confusion mentale; désorientation, onirisme professionnel, écholalie, etc. Rapprochant ce fait de certains d'autres, les auteurs détachent de l'ancienne folie brightique un faisceau cohérent qui mérite le nom de confusion mentale azotémique.

Ils insistent sur les accidents d'urémie musculaire qui serait une urémie azotémique. Il s'agissait dans le cas actuel de secousses myocloniques des membres, de quelques mouvements choréiformes, d'une exagération de l'excitabilité musculaire au contact avec signe de Chvostek.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 7 MAI 1925)

Syncinésies homolatérales. — M. BARRÉ (de Strasbourg) a observé, dans deux cas, des syncinésies homolatérales, analogues à celles dont MM. Cl. Vincent, Foix ont rapporté récemment des exemples : les mouvements communiqués au membre inférieur déterminaient des mouvements involontaires du membre supérieur correspondant, mais le phénomène n'était pas réversible. Dans les deux cas, comme dans les faits de MM. Cl. Vincent et Foix, il s'agissait de syndromes thalamiques avec hémianesthésie très accentuée pour les sensibilités profondes. Cette hémianesthésie joue vraisemblablement un rôle dans la syncinésie. En tout cas, les deux troubles peuvent évoluer parallèlemeut (Cl. Vincent). M. FOIX a vu la catatonie s'associer à ces syncinésies homolatérales.

Contracture sans paroxysmes des muscles masticateurs, du cou et du tronc, des muscles de la racine du membre supérieur évoluant chez une syphilitique. — MM. Et. MAY, R. BOULIN, P. HILLEMAND, J. OLLIVIER rapportent l'observation d'une malade qui présentait une contracture permanente sans paroxysmes des muscles masticateurs, des muscles du cou et de la nuque et des muscles de la racine du membre supérieur. Ces accidents complètement isolés évoluaient chez une syphilitique. Le liquide céphalo-rachidien présentait une forte lymphocytose, le Wassermann était positif dans le sang. Ces accidents ont complètement disparu, en même temps qu'un traitement arsénobenzolique était institué. Les auteurs discutent le cadre nosologique de ce syndrome, et tendent à le rattacher à une localisation nerveuse de la spécificité qu'il est actuellement impossible de préciser. MM. Sicard, Barré ont vu des faits analogues. Dans son cas, qui concernait un syphilitique, M. Sicard avait pensé à une myosite syphilitique. Le malade de M. Barré a rapidement guéri. M. SÉZARY rappelle la contracture du biceps qui s'observe parfois chez les syphilitiques secondaires.

Spasmes oculo-moteurs avec diplopie d'origine labyrinthique. — MM. Cl. VINCENT et WINTER montrent une malade qui se plaignait de troubles vertigineux avec latéro-pulsion droite, et chez qui l'examen otoscopique révélait la présence d'un polype saillant dans le conduit auditif-externe. Or, dès qu'on touchait ce polype, on assistait à un mouvement de convergence des globes oculaires; l'œil gauche se dirigeait en dedans; puis c'était le tour de l'œil droit. En même temps, il se produisait après irrigation à l'eau froide du labyrinthe du côté opposé, alors que, du côté des polypes, l'épreuve de Barany restait négative. Après évidement pétro-mastoïdien, on constata que le polype était fixé sur le canal semi-circulaire horizontal. L'opération fit disparaître tous les accidents.

Cette observation est à rapprocher des cas rapportés antérieurement par Barré. Elle montre que des déviations oculaires et des mouvements de convergence peuvent être déterminés non seulement par l'irritation des voies labyrinthiques, mais même par celle du labyrinthe lui-même.

Flexion permanente des membres inférieurs. — M. DE MASSARY. Il s'agit d'un homme jeune, chez qui s'est développée une attitude en flexion des membres inférieurs qui rappelle celle des paraplégies en flexion, qui s'accompagne de spasmes, et qui ne cède pas, même sous anesthésie générale. Il n'existe cependant ni paralysie, ni aucun trouble objectif d'ordre sensitif, réflexe, tropique, sphinctérien. Le liquide céphalo-rachidien est normal, M. de Massary discute l'origine cérébrale, médullaire, polynévritique, musculaire, ostéo-articulaire sans pouvoir conclure.

Déformations progressives des extrémités chez un parkinsonien post-encéphalitique. — MM. G. GUILLAIN, ALAJOUANINE et THÉVENARD. Chez un sujet jeune, qui présentait depuis trois ans des symptômes typiques de parkinsonisme post-encéphalitique, sont apparues des déformations des quatre extrémités, qui, dans l'espace de quatre mois, ont fixé ses mains dans une attitude d'hyperflexion et ses pieds en position de varo-équinisme : attitudes que l'on ne peut corriger par des mouvements passifs. Ces déformations, rarement observées dans les symptômes extrapyramidaux, ont été vues par MM. Marie et Guillain dans un cas de lésion pure du noyau rouge, par Wilson et Hall dans la dégénération lenticulaire progressives. Elles doivent être interprétées non comme des lésions de rhumatisme déformant, mais comme conséquences d'un processus d'ordre trophique fixant définitivement des attitudes transitoirement déterminées par l'hypertonie musculaire.

Cordotomie pour algie rebelle des membres inférieurs. Guérison. — MM. SICARD, ROBINEAU et HAGUENAU présentent un blessé de guerre dont une balle avait fracturé le rachis lombaire avec paraplégie partielle consécutive. La balle était restée incluse dans le rachis. Des douleurs violentes persistaient depuis près de dix ans et s'étaient montrées rebelles à tous les traitements médicaux ainsi qu'à l'ablation du projectile par laminectomie lombaire. Elles étaient à la fois lancinantes, de type cérébro-spinal, et causalgiques, de type sympathique. Chez ce blessé immobilisé par la douleur, une cordotomie antéro-latérale droite et gauche, pratiquée au voisinage du quatrième segment médullaire dorsal, a déterminé la guérison complète des algies, sans aucun retentissement sur les troubles moteurs antérieurs.

L'image lipiodolée sous-arachnoïdienne, en ligne festonnée longitudinale, des tumeurs intramédullaires. — MM. SICARD et HAGUENAU présentent les images radiographiques obtenues après injection de lipiodol sous l'arachnoïde atloïdo-occipitale dans 4 cas de tumeurs intramédullaires à localisatiou rachidienne variée. La traînée lipiodolée se projette suivant une ligne amincie, longitudinale, festonnée, tout à fait comparable dans les quatre observations étudiées. Cet aspect lipiodolé très caractéristique ne se retrouve que dans les tumeurs intramédullaires. Le diagnostic a été vérifié opératoirement dans les quatre cas : l'intervention s'est bornée, après incision de la dure-mère, à ponctionner la poche kystique et à évacuer un peu de liquide jaunâtre. Elle n'a amené aucune modification de la paraplégie. Deux des malades sont morts, l'un quelques semaines, l'autre quelques mois après l'opération. Il s'agissait dans les deux cas de gliomes kystiques. A ce propos, M. Babinski fait remarquer que de tels gliomes, très voisins des lésions syringomyéliques, sont de préférence justiciables de la radiothérapie.

Réflexe contro-latéral des muscles jumeaux de la jambe. — MM. SOUQUES, BARUK et CASTÉRAN ont observé, chez une femme atteinte de sclérose latérale amyotrophique, sans paraplégie, le phénomène suivant. Quant on recherche le réflexe achilléen du côté gauche, on détermine la contraction des jumeaux du côté droit. De même, si on recherche le réflexe médio-tarsien ou si l'on percute directement les jumeaux. Mais le phénomène n'est pas réversible. Ce réflexe contro-latéral des jumeaux n'a pas encore été décrit.

Syndrome thalamique avec hémi-tremblement parkinsonien. — MM. SOUQUES, BARUK et CASTERAN. La malade présente, à la suite d'un ictus, un syndrome très particulier caractérisé par une hémi-contracture, de l'hémitremblement parkinsonien et une hémianesthésie du côté droit. Il s'agit là d'une association rare, déjà signalée par Lamy en 1902.

MM. FOIX, LHERMITTE pensent qu'il s'agit vraisemblablement de lésions multiples.

Syndrome de Brown-Séquard par coup de couteau de la moelle dorsale supérieure. Réflexes de défense des membres supérieurs. — MM. A. THOMAS et JUMENTIÉ. Il s'agit d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui avait reçu un coup de cou-

teau entre C8 et D1. Après une phase de quadriplégie complète avec douleurs vives des membres inférieurs, les accidents rétrocédèrent. Mais il persiste un syndrome de Brown-Séquard avec équinisme permanent et très marqué, qui gêne beaucoup la marche. Les réflexes de défense sont très vifs aux membres inférieurs, et leur zone réflexogène s'étend jusque sur la paroi abdominale. Mais, si on poursuit de bas en haut les excitations sur toute la hauteur du tronc, on voit, à partir de D5, apparaître un nouveau type de mouvement reflexe, qui intéresse le membre supérieur, et qui, lui aussi, est un mouvement de retrait. On parvient à déterminer ce réflexe jusqu'en C8.

Un cas de vertèbre noire. — M. Léri. Cette vertèbre noire (D2) a été découverte chez une malade qui, depuis huit ans, se plaignait de douleur dans cette région, et qui présentait une saillie très nette de l'épineuse correspondante. Mais l'origine reste douteuse. D'une part, la malade a un Bordet-Wassermann positif dans son sang. Mais, d'autre part, la radioscopie de la région pylorique permet de suspecter un cancer possible.

La stase cholécystique et les crises gastriques du tabes. — MM. Chiray et Stieffel rapportent un certain nombre d'observations de crises gastriques du tabes au cours desquelles l'abondance des vomissements bilieux fit penser à l'existence d'une stase cholécystique. La pratique de l'épreuve de Meltzer-Lyon chez ces malades en dehors des crises confirma l'existence de ce syndrome en montrant, dans tous les cas, une abondance et une hyperconcentration anormales de la bile vésiculaire. De plus, l'amélioration fonctionnelle qui suivit le drainage médical biliaire apporta un nouvel argument en faveur du diagnostic. Chez les tabétiques qui n'ont pas de crises gastriques, on ne trouve habituellement pas la stase vésiculaire, si bien que celle-ci est vraisemblablement liée à des lésions voisines de celles qui déterminent la crise gastrique. Il semble d'ailleurs que cette stase biliaire soit conditionnée par l'hypotomie vésiculaire, syndrome du même ordre que l'hypotonie gastrique et l'hypotonie musculaire généralisée, si habituelles dans le tabes. Le drainage biliaire des tabétiques à crises gastriques est en général suivi d'une sensation de mieux-être ; peut-être est-il capable, non pas de guérir, mais d'espacer les crises douloureuses.

Abcès intrarachidien au cours d'un mal de Pott dorsal avec barrage sous-arachnoïdien sans paraplégie. Considérations sur l'anatomie pathologique des abcès intrarachidiens. — M. Etienne Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine relatent l'observation d'un enfant atteint de mal de Pott dorsal, qui mourut à l'hôpital maritime de Berck d'une méningite tuberculeuse. Le liquide céphalo-rachidien retiré par ponction lombaire dans les derniers jours de l'existence était normal, alors que le liquide retiré par ponction occipito-atloïdienne contenait 102 éléments par centimètre cube et d'assez nombreux bacilles de Koch. Une injection de bleu de méthylène, pratiquée dans l'espace sous-arachnoïdien par voie occipito-atloïdienne, ne colora pas le liquide au-dessous du foyer. Il existait donc un barrage sous-arachnoïdien à son niveau. L'autopsie permit de constater que ce barrage était causé par un abcès froid intrarachidien, qui n'avait encore donné lieu à aucun signe de paraplégie. On pouvait ainsi saisir sur le vif une sorte d'étape préparaplégique de la compression médullaire par abcès pottique.

Observation anatomo-clinique de tumeur médullaire traitée par la radiothérapie. Les accidents causés par la radiothérapie profonde. — MM. H. Schæffer et Jacob rapportent un cas de compression médullaire par un endothéliome méningé au niveau de D7. La malade ayant refusé de se laisser opérer, on appliqua, en dix séances réparties sur quinze jours, une dose de 8.000 R de radiothérapie profonde. Le tableau s'aggrava très rapidement à la suite de cette intervention, réalisant un véritable syndrome de section médullaire, et la malade mourut au bout de six semaines.

Les auteurs discutent l'action nocive des rayons X dans ce cas : gonflement de la tumeur, qui accentue la compression? ou action toxique des cellules néoplasiques détruites sur les éléments nerveux déjà lésés? M. Sicard n'a jamais vu d'aggravation après la radiothérapie: M. Babinski, par contre, a déjà constaté une fois, — sans interpréter le fait, — une aggravation rapide après radiothérapie *profonde*.

M. Alajouanine a vu un succès très rapide dans un cas de lymphosarcome; malgré sa radiosensibilité extrême, la destruction de la tumeur n'avait déterminé aucune action toxique sur les éléments nerveux.

Association exceptionnelle de gomme syphilitique et de ramollissement cérébral. — MM. Souques et Bertrand ont eu la surprise, en coupant en série un ramollissement d'aspect banal de l'hémisphère droit, de découvrir, dans la partie latérale de la fente de Richat, une gomme syphilitique de siège anormal. Peut-être cette association de lésions est-elle plus fréquente que ne l'indiquent les classiques.

Tumeur du lobe frontal ayant simulé la paralysie générale. — MM. L. Girot et H. Baruk présentent le cerveau d'un sujet mort à la suite d'un coma avec hyperthermie. Depuis plus d'un an, le malade présentait des troubles psychiques et des troubles de la parole qui rappelaient le tableau de la paralysie générale. L'hypothèse paraissait d'autant plus vraisemblable que le malade avouait la syphilis et avait un Wassermann positif dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. L'autopsie a montré une tumeur méningée énucléable, qui comprimait le lobe frontal gauche (fibro-endothéliome).

Etudes sur l'œdème des hémiplégiques. — MM. Lhermitte et Grenier. Cet œdème est très différent de celui des cardiaques et des néphritiques : le liquide, en effet, est jaune foncé, très albumineux, et donne un caillot très rétractile. Il se rapproche du liquide que l'on trouve dans les œdèmes des grands paraplégiques par section de la moelle épinière. Peut-être est-ce du plasma transsudé par suite d'une augmentation anormale de la perméabilité vasculaire.

Tumeur du corps calleux. — M. Conos (de Constantinople).

Syndrome du trou déchiré postérieur. — M. Mirallié (de Nantes).

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 20 MARS 1925)

Mastopexie par transposition. — M. Dufourmentel présente à la Société des chirurgiens de Paris une jeune femme opérée de ptose mammaire en mai 1924, par le procédé du déplacement sous-cutané avec transposition du mamelon. Le résultat est excellent.

Gros lipome retropéritoneal. — M. Thévenard insiste surtout sur la distinction à établir entre les tumeurs développées aux dépens de la capsule fibreuse du rein, ou de la capsule graisseuse. Les premières présentent un bien plus grand caractère de malignité qui semble justifier la néphrectomie de parti pris. Non indiquée dans les secondes. D'où nécessité de l'exploration fonctionnelle des reins, avant l'intervention, lorsque le diagnostic a été porté.

Ostéo-synthèse dans le traitement des fractures compliquées. — M. Judet rapporte l'observation d'une double fracture de jambe ouverte avec infection des deux foyers. Opérations à la trentième heure, incision large, résection des tissus contusionnés, toilette des fragments avec une plaque de Lambotte; le foyer inférieur sus-molléolaire est contenu par un plâtre à anse. Suppuration consécutive mais, seulement au niveau du foyer supérieur : à l'ablation de la plaque — après consolidation — ostéite engainant le métal et petit séquestre. Le foyer inférieur a guéri plus simplement. L'auteur conclut que pour les fractures compliquées, il faut s'abstenir autant que possible de prothèse perdue. L'auteur préfère la prothèse amovible pour laquelle il présente un appareil personnel.

Néphrolithiose bilatérale. Un cas. — M. Jack Mock. Il s'agissait d'un homme malade depuis trois ans. Une première radiographie faite fin 1921 ne montre rien. Une nouvelle faite en octobre 24, montre à droite un calcul bouchant l'uretère, à gauche un énorme calcul coralliforme. L'auteur fit la pyeletomie à droite, en octobre 1924 et la néphrectomie à gauche, en mars 1925. Il montre l'importance des radiographies multiples, répétées, à intervalle plus ou moins rapproché lorsque

les phénomènes pathologiques persistent. L'auteur insiste sur la technique employée : opération en deux temps et nécessité de commencer par le rein le meilleur.

Les interventions abdominales au cours de la grossesse. — M. PERAIRE apporte douze cas dans lesquels il est intervenu et il termine en disant que la tolérance opératoire de l'utérus contenant un produit de conception est suffisamment prouvée; mais il faut que les opérations faites sur l'utérus ou dans son voisinage soient d'une asepsie absolument rigoureuse.

Instruments. — M. Raymond PETIT présente des pinces et écraseurs imaginés par le docteur Coudray. Il y a là un principe mécanique des plus ingénieux, pour assurer la prise ou l'écrasement parallèles exactement et en tous points égaux.

Broche de bavette extraite par gastrotomie de l'estomac d'un bébé de six mois et demi. — M. J. LAURENCE.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI NOUVELLE SUR LES LOYERS DU 25 AVRIL 1925

Le Parlement a voté une loi nouvelle sur les loyers le 24 avril 1925 ; cette loi a paru au *Journal officiel* du 25 avril. Nous ne dirons pas à nouveau que ce ne sera pas la dernière ; nous nous contenterons de faire connaître les textes.

1. L'article 1er accorde aux locataires et *aux occupants de bonne foi*, bénéficiaires de la loi du 2 août 1924, pour former leur demande de prorogation, un nouveau délai jusqu'au 1er juillet 1925. De nombreux intéressés, par ignorance ou autrement, avaient omis de former leur demande de prorogation dans le délai de trois mois octroyé par la loi du 2 août 1924, à compter du jour de sa promulgation : les locataires et occupants de bonne foi se trouvent relevés de la forclusion encourue. Mais nous ne saurions trop appeler l'attention sur ce fait qu'il nous paraît nécessaire de *faire une nouvelle demande* d'ici au 1er juillet prochain, si la demande faite a été tardive. La loi dit que le délai imparti par la loi du 2 août 1924 est prorogé jusqu'au 1er juillet 1925, il semble difficile d'admettre qu'une demande ayant été faite tardivement, et par conséquent étant nulle, puisse revivre en vertu de ce texte. En tout cas, il sera prudent de faire une nouvelle demande pour éviter toute difficulté avec le propriétaire.

Il importe de préciser ce que le législateur appelle un *occupant de bonne foi*. Doit être considéré comme tel celui dont l'occupation (ou celle de ses auteurs) originairement fondée sur un titre juridique actuellement expiré, s'est en fait continuée sans qu'il cessât de remplir les obligations que son titre initial, l'usage ou la loi mettent à la charge d'un locataire.

2. L'article 3 de la loi nouvelle modifie le paragraphe 6 de l'article 1er de la loi du 2 août 1924 ; il restreint les droits du propriétaire qui, victime de la guerre, appartient à une des catégories définies par l'article 13 de la loi du 31 mars 1922. La loi du 2 août 1924, article 1er, paragraphe 6, avait décidé qu'aucune demande de prorogation n'était opposable au propriétaire remplissant ces conditions; or, cette disposition s'était révélée dans la pratique comme permettant de nombreux abus. L'article 3 de la nouvelle loi précise que le propriétaire, victime de la guerre, ne pourra opposer une fin de non-recevoir à la demande de prorogation de son locataire que s'il déclare exercer son droit de reprise en vue de son habitation personnelle ou de celle de ses ascendants ou descendants, dans les termes et dans les conditions de la loi du 31 mars 1922 (art. 13).

3. La loi nouvelle s'occupe de la situation des locataires et occupants de bonne foi qui se trouvent, au moment même où intervient la promulgation de la loi, sous le coup d'une décision définitive ayant ordonné leur expulsion. Cette décision va-t-elle pouvoir être ramenée à exécution immédiate nonobstant le nouveau délai qui est accordé jusqu'au 1er juillet 1925 pour introduire de nouvelles demandes de prorogation?

Le législateur a résolu la question en faisant une distinction dans les paragraphes 2 et 3 de l'article 1er.

D'une manière générale, pendant le nouveau délai imparti, le locataire ou occupant de bonne foi qui aura formé une nouvelle demande de prorogation, doit pouvoir se considérer, jusqu'à ce qu'il ait été statué sur cette demande par la juridiction compétente, comme à l'abri d'une expulsion poursuivie en vertu d'une décision antérieure à la loi. S'il est l'objet d'une poursuite, il suffira à ce locataire ou occupant de bonne foi de demander que la difficulté soit portée devant le juge des référés : ce magistrat, sur la justification qui lui sera rapportée d'une nouvelle demande de prorogation, devra ordonner qu'il sera sursis aux poursuites. Si le locataire ou occupant de bonne foi surpris par la poursuite n'a pas eu le temps de former une nouvelle demande, la loi spécifie que le juge des référés devra, pour ce faire, lui accorder un délai de trois jours francs ; passé ce délai, il statuera.

Si telle est la règle générale, le législateur y apporte une large exception : l'expulsion devra être autorisée si elle a été ordonnée par application des articles 9 et 13 de la loi du 31 mars 1922, c'est-à-dire si elle a été motivée par l'une des raisons de droit suivantes :

1° Nationalité du locataire : étranger non admis à domicile et n'ayant d'ailleurs pas combattu ni servi dans les armées alliées.

2° Locataire de locaux de plaisance;

3° Locataire ayant deux habitations;

4° Occupant pour lequel le logement constitue un des accessoires du contrat de louage de services;

5° Exercice par le propriétaire du droit de reprise en vue de son occupation personnelle, de celle de ses descendants ou ascendants.

Dans chacun de ces cinq cas, il a paru au législateur qu'il n'y avait aucun motif de surseoir à l'expulsion déjà ordonnée, puisqu'elle l'a été par des motifs de droit auxquels il n'a voulu apporter aucune modification, et qui, subsistant dans toute leur force sous le régime de la loi nouvelle, devront conséquemment entraîner le rejet de la nouvelle demande de prorogation.

L'article 5 de la loi spécifie que les étrangers, même admis à domicile, ne peuvent prétendre au bénéfice des prorogations de la loi, quand le propriétaire de l'immeuble, de nationalité française, le réclamera pour l'habiter personnellement.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 1er AU 6 JUIN 1925)

THÈSES

Mardi 2 juin. — Jury : MM. Menetrier, président ; Marfan, Jeanselme et Aubertin. — M. RENARD (M.). Les hémorragies méningées par pachyméningite chez le nourrisson. — M. ADRIEN (L.). Essai sur la pathogénie du prurit sénile. — M. ROUSSEAU (G.). Traitement chirurgical des épithéliomes cutanés. — M. BUHLER (Y.). Les thromboses oblitérantes de l'oreillette gauche. — M. RIGAL (J.). La constante uréo-sécrétoire chez les hypertendus.

Jury : MM. Cunéo, président; Nobécourt, Mocquot et Velter. — M. MORIGNY. Etude des lipomes des doigts. — M. DE MOBILI (F.). Lésions osseuses de la syphilis héréditaire. — M. DE LA BRUNIÈRE (F.). Résultats de la cure héliomarine sur la tension artérielle de l'enfant.

Mercredi 3 juin. — Jury : MM. Ch. Richet, président; Legueu, Gosset et Brulé. — M. AULANIER. Etude de la destruction des poussières des habitations. — M. SALZMANN (N.). Infections de l'adénome prostatique. — M. HÉRAUD (R.). Le sérum polyvalent de MM. Leclainche et Vallée.

Jeudi 4 juin. — Jury : MM. Achard, président; Lecène, Terrien et Baudouin. — M. HAUTTEMENT (G.). Syndromes protubérantiels et encéphalite léthargique. — M. HAZAN (J.). Etude du traitement chirurgical des abcès infectieux. — M. ISNEL (R.). Séméiologie des œdèmes chroniques de la conjonctive. — M. THOMANN. Kystes branchiaux amygdaloïdes du cou. — Mlle OSTWALT (H.). Du pronostic des plaies pénétrantes du globe oculaire. — M. BOULOI. L'hémianopsie bitemporale de la grossesse.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

SERVICES P.-L.-M. D'EXCURSIONS PAR AUTOCARS DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — La Compagnie P.-L.-M. a repris, au départ de la gare de Fontainebleau, ses Services automobiles d'excursions dans la Forêt.

Ces Services comprendront deux circuits quotidiens : l'un dans la matinée, pour la visite de la partie Nord de la Forêt, l'autre, dans la soirée, pour la visite de la partie Sud.

Indépendamment de ces deux circuits quotidiens, un troisième circuit périodique comportant la visite de toute la Forêt avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner, sera mis en marche les jeudis, dimanches et jours fériés pendant toute la saison, et, en outre, les lundis et samedis pendant les mois de juillet, août et septembre.

Ces Services seront en correspondance à Fontainebleau, avec les trains de ou pour Paris :

Départ de Paris à 8 h. 40. Départ de Fontainebleau à 17 h. 38.

N° 44. — MARDI 2 & JEUDI 4 JUIN 1925. 98e ANNÉE. MARDI 2 & JEUDI 4 JUIN 1925. — N° 44.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE........ 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE... 40 fr. — UNION POSTALE...... 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Israël de Jong, Bezançon, Faure-Beaulieu, Babonneix, Ribadeau-Dumas, Courcoux, Abrami, Rivet, Cadenat, Guillemot et Weill-Hallé.

— DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — Le jury est provisoirement composé de MM. Auvray, Lapointe, Delbet, Potherat, Lecène, Mauclaire et Halbron.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Rochon-Duvignaud, Morax, Harvier, Rieffel, Monthus, Cantonnet et Coutelas.

— CONCOURS DE STOMATOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 29 mai. — MM. Gornouec, 20 ; Richard, 29 ; Raison, 27.

Sont nommés : MM. Richard et Puig.

— CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — Le jury est définitivement composé de MM. Brindeau, Funck, Rudaux, Levant, Jeannin, Papillon et Rieffel.

Sont désignés comme lecteurs : MM. Cleisz (accepte) et Chirié.

Candidats : MM. Cleisz, Couinaud, Guéniot, Lequeux et Vaudescal.

— CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Épreuve sur malades.* — Séance du 28 mai. — MM. Gally, 23 ; Coliez, 20 1/2.

Séance du 29 mai. — MM. Kahn, 14 ; Chaperon, 17 ; Gibert, 26 1/2.

IVe CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (AMSTERDAM, septembre 1925.) — Le Comité national français, dont certains membres font également partie du Comité permanent international, a été constitué de la façon suivante :

Président d'honneur : M. le ministre du Travail ; — Président : M. le professeur B. Cunéo ; — Vice-présidents : M. le docteur Pottevin, sénateur, professeur au Conservatoire des Arts et Métiers, et M. le professeur agrégé Lenormant ; — Secrétaire général : M. le docteur Quivy, ancien secrétaire général de l'Union des syndicats médicaux de France, radiologiste des hôpitaux ; — Secrétaire adjoint : M. N... ; — Membres : MM. les professeurs Crouzon (de Paris), Imbert (de Marseille), Leclerc (de Lille), et MM. les docteurs Caillaud (d'Orléans), Frappaz (de Lyon), président de la Commission des accidents du travail à la Société des praticiens ; Giry (de Briey), Lecat (de Billy-Montigny), Noir (de Paris), Renon (de Niort), chirurgien des hôpitaux.

Ce Comité a essentiellement pour mission de préparer la participation française au Congrès international qui se tiendra à Amsterdam du 7 au 12 septembre 1925.

Programme. — *Lundi 7 septembre 1925.* — Ouverture officielle.

Mardi 8 septembre 1925. — Séance plénière.

Accidents et maladie du point de vue médical (France).

Diagnose et limitation des maladies professionnelles (Allemagne).

Accident et maladie du point de vue légal (Angleterre).

Placement des ouvriers permanent partiellement invalides (Hollande).

Accident et tuberculose (Suisse).

SECTIONS. — *Accidents du travail.* — Accident et tuberculose (Allemagne). — Traitement d'urgence des plaies [suture] (France).

Maladies professionnelles. — Pneumoconioses (Angleterre et Hollande). — Travail dans l'air chaud et humide (Angleterre et Espagne).

Conférences libres.

Mercredi 9 septembre 1925. — Séance plénière.

Un thème des accidents du travail (Allemagne).

Un thème des maladies professionnelles (France).

Un thème des maladies professionnelles (Angleterre).

Un thème des accidents du travail (Autriche).

Un thème des accidents du travail (Italie).

Démonstrations.

SECTIONS. — *Accidents du travail.* — Ostéosynthèse [fractures] (Angleterre et France). — Rachat et petites invalidités

(Allemagne et Suisse). — L'influence des lois d'assurances sociales sur l'enseignement dans la chirurgie (Hollande).

Maladies professionnelles. — L'intoxication par les gaz (Allemagne et Italie) — Maladies nerveuses professionnelles (France et Finlande).

Conférences libres.

Jeudi 10 septembre 1925. — SECTIONS. — *Accidents du travail.* — Arthrite traumatique (Allemagne). — Traumatismes abdominaux (Hollande et Russie).

Maladies professionnelles. — Psychotechnique. — Maladies professionnelles des yeux (France).

Conférences libres.

Vendredi 11 septembre 1925. — Séance plénière.

La fatigue (Autriche).

Un thème des accidents du travail (Belgique).

Un thème des maladies professionnelles (Italie).

Un thème des accidents du travail (Scandinavie).

Un thème des maladies professionnelles (Amérique).

Un thème des accidents du travail (Espagne).

Samedi 12 septembre 1925. — Excursions.

Dîner officiel à Scheveningue (La Haye).

PROJETÉ. — *Lundi 7 septembre.* — Réunion officieuse.

Mardi 8 septembre. — Réception officielle par la municipalité d'Amsterdam.

Mercredi 9 septembre. — Visite aux ports d'Amsterdam.

Jeudi 10 septembre. — Excursions dans les environs d'Amsterdam.

Vendredi 11 septembre. — Excursions pour Rotterdam.

Samedi 12 septembre. — Excursions pour La Haye.

Réception officielle par le ministre du Travail, Commerce et Industrie et par la municipalité de La Haye.

Les questions proposées à la délégation française sont parmi les plus importantes. La répartition des rapports a été d'un commun accord prévue comme il suit :

M. le professeur Cunéo, président, prendra la parole au nom du Comité français le 7 septembre, jour de l'ouverture officielle du Congrès.

Le 8 septembre (séance plénière), M. le professeur Cunéo traitera le sujet des « Accident et maladie du point de vue médical ».

Le 8 septembre, M. le professeur agrégé Lenormant et le docteur Moure exposeront le « Traitement d'urgence des plaies (suture) ».

Le 9 septembre, M. le professeur Imbert fera un rapport avec son chef de clinique, le docteur Cottalorda, sur « L'ostéosynthèse ».

Le 10 septembre, M. le professeur agrégé Crouzon prendra la parole sur les « Maladies nerveuses professionnelles ».

Le 11 septembre, au cours de la dernière réunion (séance plénière), M. le professeur Pottevin traitera des « Maladies professionnelles ».

Enfin, au cours d'une des conférences libres d'après-midi, le docteur Lagrange fera une conférence sur « Lésions des membranes profondes de l'œil au cours des traumatismes faciaux (application des lois de Félix Lagrange) ».

Les adhésions au Congrès sont reçues à l'Union des syndicats médicaux de France (siège social, 25, rue Louis-le-Grand, Paris IIe). Chaque médecin peut devenir membre actif. La cotisation est pour la France de 30 francs.

En outre, moyennant le paiement d'avance d'une somme supplémentaire de 20 francs, le compte rendu officiel est obtenu. Le prix de ce compte rendu sera sensiblement majoré à la clôture du Congrès.

Les dames qui accompagnent un membre peuvent obtenir une carte de participation pour le prix de 20 francs.

Il s'est formé sous la présidence de Mme Vlugt-Flentrop, femme du bourgmestre d'Amsterdam, un Comité de dames qui se feront un plaisir de montrer les curiosités d'Amsterdam aux personnes qui accompagneront les membres participants au Congrès.

Les droits peuvent être versés au compte du « IVe Congrès international pour les accidents du travail et des maladies professionnelles », « Invasso-Bank », Heerengracht 531, Amsterdam, ou à la « Westminster Foreign Bank Ltd », à Paris.

Le bureau s'offre de procurer des chambres dans les hôtels, pensions ou chez des particuliers. Les prix des chambres varient de 4 à 8 florins hollandais.

Plusieurs habitants d'Amsterdam ont l'intention d'offrir l'hospitalité aux participants du Congrès. Ceux qui en veulent profiter devront adresser leur demande sans retard au siège du Comité national français (Union des syndicats médicaux, 25, rue Louis-le-Grand, Paris).

Les membres du Congrès qui voudraient prendre part aux excursions des 11 et 12 septembre voudront bien aviser le bureau afin qu'on retienne des chambres (le prix fixé pour les deux nuits avec les deux déjeuners à La Haye est de 10 florins).

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au secrétaire général du Comité français, vice-président du Comité permanent international du IVe Congrès médical des accidents du travail et des maladies professionnelles, docteur Quivy, 10, rue de l'Isly, Paris (VIIIe).

L'ALPE MÉDICALE. — Le deuxième dîner de l'Alpe médicale aura lieu lundi 8 juin 1925, à 8 heures précises, au restaurant Radle, 5, rue d'Hauteville. Le prix en est fixé à 25 francs. Les adhésions sont reçues chez le docteur Nadal, 3, rue de Chazelles (XVIIe). Tél. Wagram 84-96.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Frédéric Ardenne (de Bordeaux), Henri Chatellier, chirurgien honoraire de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris; Fernand Giraud (de Marseille), et de M. Pierre Byla, administrateur délégué et fondateur des Etablissements Byla.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DES ENFANTS. (Hôpital des Enfants-Malades. Professeur : M. NOBÉCOURT.) — M. le docteur Morquio, professeur de clinique infantile à la Faculté de médecine de Montevideo, fera une conférence en français sur le sujet suivant : « Les kystes hydatiques du poumon chez l'enfant », à l'amphithéâtre de la clinique le samedi 6 juin 1925, à 10 heures.

— CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité.) — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose*, organisé avec le concours du Comité national de défense contre la tuberculose, du 15 juin au 11 juillet inclus, par M. le professeur Emile Sergent, avec la collaboration de MM. Armand-Delille, Babonneix, Bertier, Fr. Bordet, Cottenot, Courcoux, H. Durand, Evrot, Genevrier, Mme Gouin, MM. Guillon, Haas, d'Heucqueville, Kuss, Laurens, Lortat-Jacob, Louste, Mignot, Pignot, Pruvost, Ribadeau-Dumas et Viguerie.

Les droits d'inscription sont de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures. Un certificat sera délivré aux élèves du cours.

Ouverture du cours : le lundi 15 juin, à 9 h. 1/2. à la Charité.

CONFÉRENCES D'OPHTALMOLOGIE PRATIQUE. (Service d'ophtalmologie de l'hôpital Necker et Enfants-Malades. Docteur Poulard.) — Les conférences commenceront le lundi 15 juin et continueront les lundis, mercredis et vendredis, à 2 heures.

Elles sont faites pour ceux qui exercent ou se préparent à exercer la médecine générale. — Elles sont gratuites. — S'inscrire dans le service d'ophtalmologie.

LE CARTILAGE DE CONJUGAISON

Par M. le professeur OMBRÉDANNE (1).

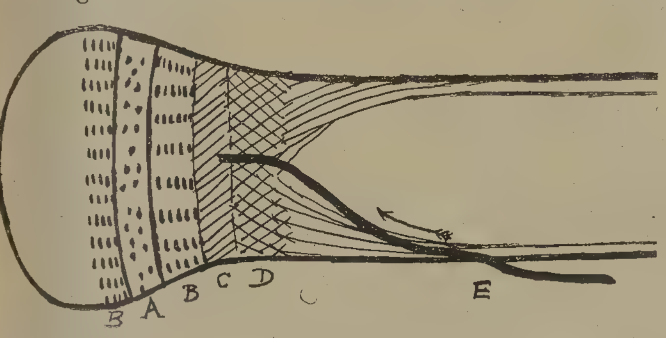
Il y a quelques jours, je disais le rôle capital que doit jouer la croissance parmi les préoccupations du Chirurgien d'enfants. J'insistais sur son rôle qui retentit à la fois sur les indications et sur les techniques opératoires, sur l'importance de la croissance dans la genèse de certaines maladies de l'enfance. Je voudrais aujourd'hui serrer la question de plus près et étudier avec vous la croissance osseuse, à la lumière des connaissances acquises en histologie, et des résultats fournis par l'expérimentation d'une part, mais d'autre part aussi en envisageant certaines données chirurgicales dont il faut bien aujourd'hui tenir compte.

***

Il est classique de dire que l'AGENT d'accroissement de l'os *en longueur* est le *cartilage de conjugaison*. Que nous apprend l'histologie à son sujet?

Etudié chez l'enfant en pleine croissance, ou chez le jeune animal, le cartilage de conjugaison nous apparaît comme une lame aplatie située entre la diaphyse et l'épiphyse, lame perpendiculaire au grand axe de l'os. Mais ce n'est pas un disque plan comme la rondelle d'ivoire dont on munit les queues de billard pour les empêcher de se fissurer, c'est un disque dont les faces sont soulevées en saillies multiples rappelant la forme de la surface triturante des molaires. Cette disposition est une cause de difficultés notables dans les interventions expérimentales intéressant ce cartilage.

Voyons la structure histologique de la région. La masse principale (fig. en A), la lame, est constituée par du cartilage hyalin contenant des cellules éparses. Sur ses deux faces se trouve un tissu dont l'aspect est encore grossièrement cartilagineux, mais dont les éléments cellulaires sont rangés en séries parallèles au grand axe de l'os : c'est le cartilage sérié.



A, cartilage de conjugaison; B, cartilage sérié; C, zone calcifiée; D, os jeune; E, vaisseau nourricier.

Puis, sur la diaphyse nous voyons arriver les vaisseaux nourriciers (E); ils pénètrent dans l'intérieur de l'os, s'avancent vers le cartilage en rencontrant d'abord une zone de tissu infiltré déjà d'osséine et présentant des cellules osseuses, de l'*os jeune* D, puis une deuxième zone (C) infiltrée seulement de sels calcaires, *zone calcifiée*. Cette disposition se répète aussi bien sur la face épiphysaire que sur la face diaphysaire du cartilage conjugal, à très peu de chose près.

Il est classique aussi d'admettre que, si le cartilage de conjugaison est l'agent de l'accroissement de l'os en longueur, c'est le *périoste* qui est l'agent de son *augmentation en épaisseur*.

Que dit l'histologie à ce sujet?

Autrefois, on regardait le périoste comme constitué par une couche externe, manchon fibreux, étui inerte, et au-dessous, chez les êtres en développement, une couche cellulaire, la couche *ostéogène* d'Ollier, dite encore *cambium*. Il ne paraît pas que de nos jours nos excellents histologistes aient vu une aussi nette disposition. Pourtant Branca a constaté sous la fibreuse périostique, entre elle et l'os vrai, une couche d'ostéoblastes, disposés sur plusieurs rangées. Il en conclut que ce périoste, au stade de la vie où l'on observe cette disposition, est capable de régénérer de l'os dans certaines conditions.

Mais ici, qu'il me soit permis d'avancer une opinion que je voudrais n'être point blessante. L'histologie est une science de constatations faites sur des tissus morts, ou du moins fixés dans leur évolution au moment où ils ont été examinés : ces constatations sont des faits indéniables, scientifiques, mais lorsque l'histologiste conclut de ses examens à un processus physiologique, je pense qu'il n'a le droit de le faire au nom de l'histologie pure que dans des circonstances très particulières : si, par exemple, il saisissait les images de toutes les transformations successives qui, du tissu périostique, feraient du tissu osseux. Or, je dirai tout à l'heure que ces images manquent, que les conclusions des histologistes touchant la croissance ne sont que des hypothèses discutables, des inductions pures.

J'en apporterai pour preuve cette assertion que j'ai lue touchant le périoste : « voilà pourquoi l'os se nécrose toutes les fois qu'on pratique l'ablation du périoste qui le nourrit », affirmation qui ne tient pas une seconde devant nos journalières constatations chirurgicales : nous n'en voulons pour exemple que la rapide guérison de l'os après l'ablation de vastes greffes ostéo-périostiques de Delagénière.

***

Mais poussons la question un peu plus loin.

Le rôle du cartilage de conjugaison et du périoste dans la croissance de l'os sont des notions élémentaires que vous avez apprises au cours même de vos études préparatoires au baccalauréat. Depuis, vous avez peut-être su que des travaux de Policard, Prenant, Retterer, Tourneux ont montré sous les cartilages diarthrodiaux, sous les cartilages articulaires des images comparables au cartilage sérié juxtaconjugal; le *cartilage diarthrodial* serait donc, lui aussi, agent d'ossification?

Enfin et surtout, la *moelle osseuse* est un agent modificateur de l'architecture osseuse, faisant subir au tissu osseux d'incessants remaniements, modelant le canal médullaire au diamètre relatif qu'il doit présenter par rapport au diamètre total de l'os, prolongeant la cavité centrale de la diaphyse en forant le tissu spongieux de l'épiphyse, faisant à nouveau du tissu compact dans cette région bulbaire qui, trois ou quatre ans plus tôt était encore spongieux; donc la moelle osseuse n'est pas seulement destructive, elle est aussi édificatrice; et ceci n'a

(1) Leçon recueillie par M. Lance. Nous avons la bonne fortune de pouvoir donner aux lecteurs de la *Gazette* la première leçon du nouveau professeur de clinique chirurgicale infantile. Nous rappelons que ces leçons auront lieu le mardi et vendredi, à 11 h., au Pavillon Kirmisson (Hôpital des Enfants-Malades).

pas besoin de constatation directe : je l'admets en attendant qu'on me démontre qu'il en soit possible autrement.

Donc, en définitive, au niveau de l'os de l'enfant, il est classique d'admettre qu'il existe des *agents* de la croissance : cartilage de conjugaison, périoste, cartilage diarthrodial, moelle osseuse. Cela fait quatre agents de croissance, c'est beaucoup.

*
* *

Dans les autres tissus de l'organisme, a-t-on recherché aussi des *agents* de la croissance ?

Jamais; car cette recherche apparaît vaine, à priori. Songez à la manière dont peut s'accroître l'artère fémorale, par exemple. En longueur, elle doit s'accroître par tous les points de son étendue, car les écartements relatifs entre le point de départ de ses branches reste le même, qu'il s'agisse de l'enfant d'un an ou de l'adulte de vingt-cinq ans. La croissance écarte les uns des autres les points d'implantation des artères articulaires sur la poplitée, à mesure que le vaisseau augmente de longueur, et aussi de diamètre.

Et si nous envisageons d'autres tissus, la masse encéphalique par exemple, ne voyons-nous pas à l'évidence la croissance augmenter le volume de chacun des noyaux gris en même temps que grandissent les circonvolutions de l'écorce.

Partout dans l'organisme la croissance nous apparaît comme un phénomène interstitiel, diffus, manifestant son action sur tous les points des organes, un peu comme les unités d'une seconde chaîne de tirailleurs vont s'intercaler, homme par homme, entre celles de la première.

*
* *

L'os serait donc un tissu spécial, dont la croissance obéirait à des lois tout à fait particulières. Ce ne serait plus le tissu osseux qui s'accroîtrait aux dépens d'éléments sortis de ses propres éléments; la croissance osseuse serait due à des *agents* extrinsèques chargés d'une fonction dont il n'existerait pas d'autre exemple dans l'organisme, la fonction de créer un tissu différent d'eux-mêmes?

Cette conception ne pouvait guère ne pas s'imposer. La partie noble, vivante, du tissu osseux subit un enlisement qui la fixe, comme sont enlisées les parties métalliques dans un ciment armé. Il advient aux ostéoblastes pire aventure encore qu'à Philémon et Baucis, car la matière qui les cuirasse en les colmatant est plus rigide encore. En présence de la colonne osseuse diaphysaire, solide, rigide, sonnante sous le choc, résistant au couteau, il était naturel de chercher à la périphérie de la zone pétrifiée des éléments baignés par les liquides organiques, des éléments mous et malléables, et d'interpréter le rôle qu'ils pouvaient jouer dans la croissance ou le remaniement de l'os déjà formé.

*
* *

Or l'expérimentation est venue à la rescousse, et a confirmé l'hypothèse. Les expériences de Flourens, de Du Hamel, d'Ollier ont démontré que dans la région du cartilage de conjugaison, dans la région du périoste se produisaient les phénomènes fondamentaux de la croissance osseuse. Ce sont en particulier les célèbres expériences de fiches implantées dans l'os et s'écartant à la longue dans les seules zones d'accroissement. Mais ces constatations me paraissent susceptibles d'interprétations multiples, qui, bien entendu, ont seulement valeur d'hypothèses, mais qui, pour cette raison même, doivent être discutées à cause des conséquences chirurgicales qu'on en pourrait déduire.

Revenons aux « *agents* » de croissance de l'os, et en particulier au cartilage conjugal, disque de cartilage hyalin flanqué de ses deux zones de cartilage sérié, et voyons comment cet agent peut exercer son action. Il apparaît à priori légitime d'admettre au sujet de son rôle deux conceptions fort différentes.

*
* *

Première conception. — Les vaisseaux sanguins ou plutôt le sang, ou mieux encore les liquides organiques issus de la circulation générale, s'avancent, à mesure des progrès de la vascularisation. Représentons-les par la ligne E. Ils sont partis du milieu de la diaphyse, ils progressent vers le cartilage conjugal. Ces liquides bientôt riches en sels calcaires, viennent, comme fait la mer, battre la falaise représentée par le tissu cartilagineux et ses formations avancées, qui sont le cartilage sérié. L'afflux sanguin ou humoral provoque la débandade des belles colonnes du cartilage sérié et modifie son ordonnancement. Mais alors, pour alimenter ces colonnes, il faut des troupes fraîches qui les remplacent à mesure de leur usure. Il faut que du fortin du cartilage hyalin sortent à chaque instant de nouvelles cellules s'ordonnançant aussitôt en colonnes d'assaut. Le cartilage hyalin, disque central du cartilage conjugal serait donc un centre générateur de cellules jeunes?

Si nous admettions cette conception, que j'appellerai celle de la Chirurgie courante, nous dirions que le cartilage conjugal est un *agent actif* de la croissance osseuse, que le pouvoir amplificateur vient du conjugal, refoulant de part et d'autre du disque hyalin le tissu osseux jeune à mesure qu'il fournit le cartilage sérié nécessaire à cette édification. Le cartilage conjugal, nouveau Samson entre les deux colonnes du Temple, la diaphyse et l'épiphyse, les repousse à mesure de son puissant effort créateur.

Or, rien ne permet d'admettre une telle conception, qui pourtant correspond aux figures de langage que nous employons journellement, qui sont en corrélation avec la comparaison que si souvent vous m'avez entendu énoncer : le cartilage de conjugaison est un maçon qui, debout dans une tranchée, construit devant lui un mur de fondation, et recule pas à pas devant le travail qu'il exécute patiemment. Mais je légitimerai tout à l'heure cette comparaison; pour l'instant je voudrais vous montrer qu'elle ne correspond pas à la vérité du processus que nous étudions.

*
* *

A priori il semble difficile de croire que ce cartilage conjugal hyalin, sans nerfs et sans vaisseaux, puisse présenter une telle activité productrice : toute reproduction organique n'est-elle pas en général fonction d'une riche vascularisation ?

Voyons maintenant les constatations histologiques. M. Franceries vient de publier à Alger une fort belle thèse sur l'épiphyse des os longs. Nous y trouvons d'abord une hypothèse, car l'auteur dit en parlant de la couche hyaline du conjugal : cette bande hyaline est *probablement* génératrice. Puis, dans le reste de son travail, il admet l'hypothèse

comme démontrée et ne s'en préoccupe plus autrement, et parle couramment de cette couche *génératrice*.

J'ai demandé au professeur Prenant, qui a tant travaillé la question du cartilage conjugal, si, sur les nombreuses coupes qu'il avait examinées, il avait vu à ce niveau des images de division cellulaire : jamais il n'en a constaté.

Branca signale, dans son Précis, l'existence de figures mitosiques. Mais il les situe, autant qu'il m'a semblé, dans le cartilage sérié.

Conclusion : personne n'a jamais constaté au niveau du cartilage hyalin, du cartilage conjugal vrai, la moindre figure indiquant une abondante prolifération cellulaire à ce niveau. La première hypothèse ne repose sur aucune constatation.

***

Deuxième conception. — Il y a moyen de concevoir autrement l'ossification. Admettons que le cartilage de conjugaison ne soit que le résidu du squelette cartilagineux du jeune enfant, résidu érodé, pendant toute la durée de la croissance, par le travail d'ossification, résidu qui disparaît au moment où se produit la soudure de l'épiphyse à la diaphyse, à l'âge de vingt et un ans. Dans ce cas le tissu cartilagineux conjugal n'aurait qu'un rôle purement inerte.

Où se fait donc la croissance de l'os? Reprenons notre schéma. De part et d'autre du disque cartilagineux, le sang (E), les humeurs organiques qui en émanent, affluent, se dirigent vers le cartilage de conjugaison, lançant leur jet sur les faces juxta osseuses du conjugal. C'est le sang, et les substances organiques ou minérales qu'il véhicule, qui arrivant à proximité des longs boyaux du cartilage sérié apporte par imbibition aux cellules le pouvoir de proliférer, ou leur en donne le signal : car il faut bien que ces cellules prolifèrent pour constituer incessamment ces colonnes d'attaque que nous retrouvons sur les coupes histologiques, pendant toute la durée de la croissance. Et ceci concorderait mieux avec la présence des formes cellulaires mitosiques que Branca signale dans le cartilage sérié.

Dans cette hypothèse, le pouvoir amplificateur, le pouvoir de croissance ne proviendrait plus du cartilage conjugal hyalins, mais de ces zones C et D d'os jeune, d'os recevant un afflux sanguin abondant. L'agent actif c'est l'os jeune et le sang qui l'irrigue. Nous rentrons dans la loi générale de la croissance des tissus. Le tissu osseux s'accroît par du tissu osseux, et ce n'est plus un agent, différent de lui, qui crée de l'os.

La croissance de l'os provient donc en somme de la croissance de l'épiphyse et de la diaphyse, ces deux os indépendants au point de vue philosophique, suivant la conception de Franceries, si je l'ai bien comprise. Tous deux projetteraient dans la direction du conjugal hyalin, leur activité ostéoformatrice en même temps que leurs éléments d'origine sanguine, et reculeraient devant leur travail, comme le pompier armé d'une lance à grande puissance, dont il projette le jet contre un mur, recule par suite de la réaction de cette projection liquide.

***

Mais alors, voyez quelle profonde modification une telle conception apporte à notre manière chirurgicale de concevoir le cartilage de conjugaison. Le conjugal hyalin n'est plus un organe actif ; c'est une barrière inerte, c'est un *état tampon*. De part et d'autre de lui sont deux zones, deux *lieux géométriques* dirais-je, où se fait tout l'accroissement osseux en longueur, où se passe toute l'ostéogénèse ; c'est là que prolifèrent, s'ordonnent et se transforment les éléments destinés à faire soit l'os nouveau, soit ses travées directrices. C'est l'os le plus jeune, à son extrême périphérie, à l'extrême limite externe de la calcification, de cette calcification qui est un colmatage, non définitif, certes, mais qui néanmoins ne pourra plus être modifié dans sa topographie que par un remaniement inhérant à l'action de la moelle osseuse, qui constitue l'agent ostéogénique.

C'est l'os périphérique qui est ostéogénique ! et il l'est partout.

Il l'est sous le périoste. Les maîtres de l'histologie ont décrit sous la membrane périostique, fibreuse et inerte « un réseau ostéoblastique (c'est vrai), résultant de l'évolution des cellules fixes du périoste ». Ceci c'est une hypothèse, et je la conteste à la lumière des constatations chirurgicales dont je parlerai tout à l'heure).

Le périoste comme le conjugal est *un mur*, derrière lequel il se passe quelque chose ; mais le mur n'y est pour rien, ou tout au moins remplit seulement sa fonction de mur, de barrière, de moule en creux, puisque c'est un mur cylindroïde.

C'est l'os périphérique qui est ostéogénique. Il l'est sous le cartilage diarthrodial, et nos histologistes ont vu à ce niveau la trace de son activité : comment concevoir sans cela le conjugal fémoral élaborant une tête, plus grosse que lui, suivant les diamètres. La constatation de Franceries, que les colonnes du cartilage sérié sont divergeantes en éventail dans la direction des épiphyses est un fait, mais non une explication.

***

Je conclus : c'est l'os périphérique qui fait de l'os nouveau. C'est là, me direz-vous, simplement une hypothèse. Elle s'appuie bien sur les constatations histologiques. Mais je disais tout à l'heure que l'histologie, par sa nature même, ne pouvait fournir à la biologie que des hypothèses, sauf circonstances exceptionnelles. Je vous ai dit par contre la grande confiance que je faisais à l'expérimentation. Je voudrais vous montrer très succinctement comment les constatations chirurgicales modernes permettent de penser que l'étude expérimentale de l'ostéogénèse aurait besoin d'être reprise.

***

Prenons d'abord la *fonction ostéogénique du périoste*. Voici déjà longtemps qu'avec Nélaton nous faisions des transplatantions de fragments de périoste, doublés de la couche « ostéogène » que nous mettions « en nourrice » sous la peau, en vue d'autoplasties italiennes ultérieures.

Or jamais nous n'avons vu apparaître de tissu osseux, ce qui démontre l'absence de tout pouvoir ostéogénique du périoste transplanté, opinion qui pourtant semblait devoir être déduite des admirables travaux d'Ollier.

Puis ce sont les recherches de Policart, de Leriche, qui nous montrent que, si chirurgicalement on voulait conserver au périoste quelque pouvoir ossifica-

teur, il fallait prélever avec lui, au moyen d'une rugine bien tranchante, toute la couche adjacente de l'os périphérique, le plus jeune. Ceci n'est-il pas la preuve que l'agent d'ossification n'est pas le périoste, n'est pas même l'hypothétique couche ostéogène, mais n'est autre chose que l'os jeune lui-même? ce qui fabrique de l'os, c'est de l'os.

Mais parlons maintenant du *cartilage conjugal*, au point de vue chirurgical. D'après la conception ancienne nous nous représentions le Cartilage de conjugaison comme un petit être, un petit animal vivant, mais fragile; si on le touche ne va-t-on pas perturber sa fonction créatrice, ou même tuer complètement son activité ? Je sais bien que si l'on relit avec soin les travaux d'Ollier, on voit l'importance physiologique qu'il attribuait à la région juxta-épiphysaire, à celle que Lannelongue appelait *bulbaire*. Pourtant les chirurgiens sont restés hantés par cette idée que les décollements épiphysaires arrêtent l'ossification de la région de manière définitive. Mais justement, le décollement épiphysaire ne se fait jamais au niveau du cartilage conjugal. C'est en C qu'il se produit entre le cartilage sérié et l'os jeune calcifié; c'est le niveau où se brisent aussi les préparations des histologistes, quand un accident leur arrive au cours de leurs translations. C'est au même niveau que se fait l'entorse juxta-épiphysaire, cette luxation temporaire entre le conjugal et la partie distale, calcifiée, de la diaphyse. Une autre constatation chirurgicale vient encore à l'encontre de la conception du cartilage conjugal, *agent* de l'ossification : c'est le fait des arrêts de développement osseux partiels; ce sont ces ostéomyélites de l'extrémité inférieure du fémur qui sidèrent seulement *la moitié* du cartilage de conjugaison, lui laissant seulement son activité intégrale dans la moitié opposée. Comment ne pas voir là le résultat d'une lésion osseuse localisée, limitant son action au tissu osseux qu'elle a détruit. Je citerai un dernier ordre des faits : l'exostose ostéogénique a-t-elle jamais été implantée sur le conjugal? En aucun cas. Sur les radiographies que j'ai examinées, si petite et si jeune que fût l'exostose, toujours celle-ci s'est montrée attachée sur la zone CD, sur la zone de l'os jeune, inter-conjugo-diaphysaire.

Mais alors le Conjugal n'est pas l'être sacro-saint que nous imaginions? Ne peut-on le traverser, le scier, y implanter des vis, des greffons osseux sans troubler la croissance de l'os? C'est ce problème qui est en question, et c'est ce point dont l'étude demande à être reprise.

Quand Lavalle a apporté à la Société de chirurgie ses observations de greffes osseuses en cas de tuberculose, il nous a donné comme admis par nombre de chirurgiens l'innocuité, au point de vue croissance, de la traversée du conjugal par les greffons osseux. Je ne sais pas les faits sur lesquels il s'est appuyé pour avancer cette assertion, mais il les a donnés comme acquis.

Sorrel dans un cas de genu valgum a pu faire à la scie une section du fémur à travers le cartilage de conjugaison et n'a pas observé de troubles de croissance; il est vrai qu'il n'a suivi son malade que pendant un an. Peut-on impunément faire traverser le conjugal par des vis d'ostéo synthèse? Je ne le sais pas encore. Je ne me suis pas cru autorisé à risquer cette chance. D'autres l'ont fait. Je connais un enfant dont une fracture basse du fémur a été fixée par trois grandes vis de Lambotte traversant le conjugal. Mais cela date de dix-huit mois.

Il faut attendre quatre, cinq, six ans avant de conclure. Vous voyez combien la question est difficile à apprécier.

*
* *

De tout cela que pouvons-nous conclure? Que le cartilage conjugal, agent d'ossification, est une idole qu'il faut renverser.

Certes, cette idole, nous l'avons créée surtout, nous chirurgiens, malgré les histologistes peut-être, car je tiens de la bouche même de M. Prenant qu'il n'a jamais considéré l'ostéogénèse sous cet angle.

Nous l'avons créée peut-être malgré Ollier; car le maître Lyonnais parle de l'activité ostéogénique des « régions juxta-épiphysaires ». Mais l'ambiguïté ne pouvait pas ne pas se créer. Nous savons que le jour paraît quand la terre achève sa révolution nocturne; et nous continuons comme avant Galilée et malgré lui, à dire encore que le soleil se lève. Il est de ces formes de langage, consistant à accepter l'apparence, qui probablement dureront autant que le monde. Si la manière de parler qui consiste à considérer le cartilage conjugal comme *agent* de l'ossification n'avait point d'autre importance, je ne m'y serais pas arrêté. Je continuerai d'ailleurs à user de cette image, à vous parler du cartilage en question comme d'un être vivant, actif, proliférant, parce que dans bien des circonstances « les choses se passent comme si... » le cartilage conjugal possédait toutes ces propriétés.

Mais si j'ai aujourd'hui appelé votre attention sur ces faits bien particuliers, c'est qu'un autre problème se pose pour nous en chirurgie : c'est de savoir dans quelle mesure, au cours d'une intervention, le conjugal peut-il être intéressé sans compromettre la croissance osseuse?

D'abord, l'expérimentation pourrait peut-être répondre à la question.

Quand Mondan en 1882 a étudié les atrophies osseuses consécutives aux lésions traumatiques du cartilage conjugal, il l'a fait *en drainant* ses foyers opératoires : autant dire qu'il les a transformés en foyers septiques.

Dès lors les perforations ou sections aseptiques du conjugal, que connaît la chirurgie moderne, ne donneraient peut-être plus les effets constatés par cet auteur. La question me paraît mériter d'être reprise. Je pense qu'il faudrait disjoindre la question et s'efforcer d'attaquer successivement le conjugal hyalin, et la zone d'os jeune que je crois seule ostéogénique. Autrefois, j'ai tenté de modifier par implantation d'aiguilles le cartilage hyalin, et je n'ai vu survenir aucune modification. Peut-être des expériences analogues, l'introduction d'agents vulnérants, de solutions d'origine organique ou inorganique, non plus au niveau du conjugal, mais au niveau de la zone juxta-conjugale de l'os jeune fourniraient-elles des résultats intéressants.

Peut-être nous démontreraient-elles l'indifférence du conjugal hyalin vis-à-vis des corps étrangers ou des sections aseptiques? Au point de vue chirurgical les conséquences d'une telle étude seraient considérables, si elles aboutissaient à renverser le dogme de l'intangibilité du cartilage conjugal, ou seulement à préciser les conditions de la susceptibilité de la région juxta-épiphysaire, vis-à-vis des traumatismes et des infections.

Il y a là tout un projet d'études et de recherches qui mérite de retenir l'attention des jeunes travailleurs.

Et pourtant, serait-on en droit d'espérer, au moyen d'expérimentations locales, résoudre la question complexe de la croissance osseuse : je ne le pense pas.

Quand Mondan étudiait les destructions épiphysaires, il notait déjà l'atrophie corrélative de l'autre extrémité de l'os et aussi l'atrophie diamétrale, qu'il fallait dès lors attribuer à un ralentissement de la fonction périostique. Il insistait également sur ces troubles paradoxaux, dont je vous ai si souvent parlé quand nous avons étudié la coxalgie, et qui consistent en allongement d'os par ailleurs diminués dans leur diamètre, sous l'influence probable de toxines microbiennes.

La croissance est un phénomène infiniment complexe, aussi complexe probablement en ce qui concerne le tissu osseux qu'en ce qui a trait aux autres tissus. Mais le champ des recherches s'est localisé, pour ce tissu spécial, à sa seule zone non pétrifiée, la seule qu'on pouvait imaginer comme réellement active.

Cette croissance doit être une propriété générale du tissu osseux jeune lui-même ; il n'y a pas *d'organes* ostéogéniques. Voilà ma conviction.

* * *

Au point de vue chirurgical pur, au point de vue strictement pratique, nous savons qu'on ne peut *supprimer* sans arrêt grave de développement osseux la région conjugale. Mais nous ne savons pas dans quelle mesure la chirurgie aseptique moderne peut se permettre de traverser, de sectionner soit le conjugal, soit les régions adjacentes, *lieux géométriques* de l'ossification proliférante. Même simplifié à ce point, le problème, le jour où il sera résolu, apportera une donnée d'une importance capitale pour les progrès de la Chirurgie infantile.

ACTUALITÉS

LA PAPAVÉRINE

La papavérine, un des nombreux alcaloïdes de l'opium fut découverte par Merck dès 1848, mais n'est bien connue que depuis peu de temps. Les travaux de Claude Bernard, de von Schrœder et d'autres n'avaient fourni que des résultats contradictoires, dus, sans doute, en partie, à ce que les auteurs avaient expérimenté sur des animaux différents; narcotique pour les uns elle était considérée par les autres comme un convulsivant.

Depuis 1914 Pal (de Vienne) et ses élèves, puis Macht (de Baltimore) en ont fait une étude dont les résultats concordants ont permis de donner à ce corps une place dans l'arsenal du médecin praticien.

Caractères physico-chimiques. — Macht range la papavérine parmi les alcaloïdes du groupe benzylisoquinoline où figure aussi la narcotine; l'opium en contient de 0,1 à 0,2 p. 100.

Elle cristallise en prismes blancs, insolubles dans l'eau et les bases, donnant avec les acides des sels. Peu soluble dans l'éther la papavérine est très soluble dans l'alcool chaud, le chloroforme et l'acétone. Les solutions sont neutres et dépourvues de pouvoir rotatoire; la saveur en est nulle.

On n'emploie en thérapeutique que les sels, sulfate ou chlorhydrate, qui sont solubles dans l'eau et dans le sérum physiologique.

Action physiologique. — La papavérine est avant tout, mais non exclusivement un modificateur de la musculature lisse mais les autres appareils n'échappent pas complètement à son action.

L'*appareil circulatoire* semble entre tous le plus influencé; il réagit diversement suivant les doses mises en œuvre. Les solutions faibles (0,001 p. 100) ralentissent les battements cardiaques mais augmentent la tonicité du myocarde, la puissance de ses contractions et le volume de l'ondée sanguine. Les solutions fortes (0,01 à 0,1 p. 100) n'ont au contraire aucune action stimulante; le *ralentissement du cœur* est plus marqué mais le myocarde se relâche, effet qui semble plus ou moins intense selon le taux de la solution. On aboutit enfin à la dissociation auriculo-ventriculaire (trois ou même quatre systoles auriculaires pour une systole ventriculaire) puis à l'arrêt du cœur en diastole.

En dépit de ce qu'ont pensé certains auteurs, la papavérine ne semble pas agir par l'intermédiaire du système vagosympathique; sections nerveuses, injections d'atropine semblent sans effet empêchant; sans doute l'action porte-t-elle directement sur le myocarde ou sur le système nerveux autonome.

Les *vaisseaux*, à divers degrés, *se dilatent*. Sur les artères coronaires, l'action est très notable; de même pour les carotides les artères des membres et celles des vaisseaux digestifs. Les artères pulmonaires au contraire réagissent beaucoup moins et les utérines moins encore.

De ce fait résulte une *hypotension artérielle* marquée dans laquelle les centres nerveux supérieurs ne paraissent jouer qu'un rôle effacé.

Chez l'homme l'action sur la tension artérielle est d'autant plus intense que la tension est plus élevée; les tensions artérielles normales semblent au contraire peu modifiées.

Sur l'*appareil respiratoire*, la papavérine agit comme un *stimulant*; si le nombre des respirations diminue, le volume de l'air inspiré augmente et la ventilation alvéolaire devient plus énergique, certainement par *relâchement de la musculature bronchique* et peut-être aussi par action sur le centre nerveux respiratoire.

Sur l'*appareil digestif*, l'effet produit semble homologue. Holtzknecht a vu sous l'écran l'accélération de l'évacuation gastrique, sans doute par relâchement du pylore, ce qui s'accorde avec l'hypotonie et la diminution du péristaltisme observée *in vitro* sur la musculature intestinale.

Il entre sur ce point en contradiction avec Lefèvre de Arric qui a vu du retard à l'évacuation et l'exagération du péristaltisme intestinal avec réduction de calibre. La durée de la traversée intestinale est cependant allongée même pour cet auteur. Peut-être doit-on supposer que dans certaines conditions la papavérine à faible dose serait un excitant du système nerveux de l'intestin.

Quoi qu'il en soit on peut considérer que l'action de cet alcaloïde s'exerce de façon constante sur la *musculature lisse*; elle en amène le *relâchement* quel qu'en soit le siège : pylore, intestin, uretère, vessie, utérus.

La papavérine possède également une action *analgésique* et narcotique (Baxt). Elle prend place entre la codéine et la morphine, quatre fois moins active que cette dernière, d'action plus lente et moins durable mais avec une moindre action dépressive sur les centres nerveux supérieurs.

Kiss (de Budapest) a noté son action hypnogène

sur certains sujets particulièrement sensibles; mais l'accoutumance rapide en fait un hypnotique sans intérêt thérapeutique. Cet auteur a également étudié l'action de la papavérine sur la musculature striée, mais son efficacité dans des rigidités ou des tremblements d'origines diverses paraît assez inconstante.

La *toxicité* en semble assez faible puisque chez l'homme 0g45 et même 1 gramme en injection sous-cutanée (Bouchut) n'ont produit aucun effet fâcheux.

La papavérine ne s'accumule pas dans l'organisme et n'est pas transformée par lui; elle s'élimine en nature par l'urine, la bile, et aussi un peu par la muqueuse du grêle. Diverses réactions (réaction de Marquis, réaction au ferricyanure) permettent de la reconnaître dans les excreta.

Indications. — La principale est l'*hypertension artérielle*, surtout l'hypertension pure d'origine spasmodique où son action est d'autant plus nette que la tension est plus élevée. Frigyer insiste sur l'intérêt thérapeutique des fortes doses; l'action se manifeste au bout d'une heure mais serait peu durable ce qui, pour Pal, en fait l'agent approprié à toutes les crises vasculaires (crises vasculaires des tabétiques, dyspnée des hypertendus). Selon cet auteur, la papavérine aurait parfois une action abortive sur certaines crises urémiques.

Non moins important est son emploi contre l'*angine de poitrine* d'origine coronarienne où on peut l'associer au salicylate de soude, à la théobromine ou à la théocine.

L'*asthme bronchique* peut être amélioré par son emploi, soit pendant la crise dont il diminue la violence et la durée, soit entre les crises. Dans les toux opiniâtres elle pourrait selon certains auteurs remplacer l'héroïne lorsque l'accoutumance s'est établie, mais c'est surtout contre la *coqueluche* qu'on a obtenu les résultats les plus encourageants. On l'a également employé chez l'enfant pour éviter les crises de dyspnée spasmodique consécutives au détubage.

Les accidents spasmodiques au niveau du tube digestif sont également justiciables de la papavérine. C'est surtout dans le *spasme pylorique du nourrisson* que ce médicament d'action élective et peu toxique peut rendre service. On peut cependant l'employer aussi dans divers syndromes de l'adulte, tabes, hyperchlorhydries où il présente sur l'atropine l'avantage de ne troubler en rien la sécrétion. Il agirait aussi sur les accidents du mal de mer, sur les vomissements d'origine toxique (intoxication gravidique, intoxication chloroformique).

De même dans certains cas de constipation spasmodique.

Dans les coliques hépatiques et néphrétiques, on a parfois employé avec succès la papavérine contre l'élément spasmodique, ainsi que dans certains cas de dysménorrhée (Ludwig).

A noter enfin son emploi comme analgésique succédané de la morphine.

Nous ne citerons que pour mémoire les accidents de la tétanie, la sclérose en plaques et les séquelles de l'encéphalite épidémique où les résultats ont été des plus inconstants.

Posologie. — Le chlorhydrate de papavérine s'administre le plus souvent par *voie gastrique*, en solution aqueuse non sucrée ou en capsules.

La dose quotidienne pour l'adulte est de *0g20 à 0g30* donnée en quatre ou cinq prises.

L'enfant supporte bien la papavérine puisqu'on a pu, sans incidents, en prescrire 0g10 chez des enfants de dix ans.

Dans la coqueluche, Popper la prescrit en solution à 0g20 ou 0g30 pour 100 grammes d'eau, à raison d'une cuillère à dessert toutes les deux ou trois heures.

Chez le nourrisson il a guéri le spasme pylorique en donnant dans les vingt-quatre heures de un demi à 1 centigramme en trois à cinq fois, avant les tétées.

On peut également, chez le nourrisson comme chez l'adulte, l'administrer par *voie intramusculaire*, l'injection sous-cutanée étant habituellement douloureuse; 0g01 chez le nourrisson, 0g10 à 0g15 chez l'adulte, en deux ou trois fois, dose qu'on peut continuer plusieurs jours sans accidents.

Diverses associations médicamenteuses peuvent renforcer l'action de la papavérine : salicylate de soude, théobromine (Fleckseder) théocine (Théohari) ont donné de bons résultats dans l'hypertension.

Dans l'asthme on obtient souvent des effets particulièrement rapides par l'association d'un demi-milligramme d'adrénaline à 0g03 à 0g05 de papavérine en injections.

Des accidents semblent ne s'être jamais produits avec de telles doses. Des doses plus fortes peuvent cependant en produire : Théohari a signalé pour des doses dépassant 0g60 par jour des vertiges et de la tachycardie, d'ailleurs transitoires. Pour des doses plus faibles, certains sujets particulièrement sensibles présentent un peu de somnolence.

La papavérine semble donc être dans certains cas bien déterminés un médicament à la fois efficace et sans nocivité.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 2 MAI 1925)

Recherches sur la physiologie normale et pathologique du cœur, les cardionecteurs. — M. Emile Géraudel. Le rythme du cœur est dû à l'existence d'un tissu spécifique, intermédiaire entre le système neuro-ganglionnaire autonome du cœur et le myocarde, laissant passer de façon discontinue et transmettant aux éléments contractiles du myocarde l'influx nerveux émis de façon continue par les ganglions nerveux.

Ce tissu spécifique a la valeur d'une plaque motrice géante. Il est réparti en deux formations indépendantes ou cardionecteurs :

a. L'une pour l'oreillette ou *atrio-necteur* : c'est le nœud sino-auriculaire des auteurs;

b. L'autre pour le ventricule, ou *ventriculo-necteur* : c'est l'ensemble continu, jusqu'ici artificiellement scindé en nœud atrio-ventriculaire de Tawara, faisceau de His et ses deux branches, réseau de Purkinje.

La loi du tout ou rien, l'existence de la phase réfractaire et de la pause compensatrice, la non-tétanisation du cœur s'expliquent par l'existence des cardionecteurs.

Les cardionecteurs ont une *vascularisation* spéciale. La condition nécessaire à leur bon fonctionnement est la régularité de leur irrigation sanguine.

Les nombreux troubles du rythme, tachysystolie, bradysystolie, ataxisystolie (arythmie) ainsi que les extrasystoles résultent de troubles circulatoires. Ces troubles circulatoires peuvent être d'ordre fonctionnel ou liés à des lésions vasculaires. Les troubles du rythme correspondants seront passagers ou permanents.

Le dosage du fibrinogène dans le liquide céphalo-rachidien permet de distinguer deux variétés d'hyperalbu-

minoses : mécanique et inflammatoire. — MM. J. PÉRISSON, L. POLLET et P. BRÉANT montrent que l'hyperalbuminose mécanique se caractérise par l'analogie des albumines céphalo-rachidiennes et des albumines du plasma sanguin qui a simplement transsudé dans les espaces sous-arachnoïdiens à la suite d'une gêne circulatoire locale. En particulier, le quotient $\frac{\text{fibrinogène}}{\text{albumines totales}}$ se rapproche de 1/20 comme dans le plasma.

Au contraire, l'hyperalbuminose inflammatoire est constituée d'albumines pathologiques, résultant d'un œdème inflammatoire. Ici, le fibrinogène, qui est dans toutes les humeurs, le meilleur témoin de l'inflammation, est toujours très augmenté. Mais, ce qui importe, c'est, non sa quantité absolue, qui peut être élevée dans un liquide de compression très albumineux, mais le coefficient $F = \frac{\text{fibrinogène}}{\text{albumines totales}}$ qui peut atteindre 1/3, 1/2 et plus.

Les auteurs indiquent une technique simple de son calcul et montrent l'intérêt de cette recherche, surtout dans le cas d'hyperalbuminose isolée, d'origine inflammatoire, telle qu'on l'observe, entre autres affections, dans certaines poliomyélites aiguës, nombre de paralysies diphtériques, et de polyradiculo-névrites aiguës bénignes.

Les causes d'erreur au cours de la recherche de l'acide glycuronique dans l'urine. — MM. M. BRULÉ, H. GARBAN et A. AMER. La réaction de Tollens qui sert à rechercher l'acide glycuronique dans l'urine peut souvent tromper. Certaines urines, qui donnent une réaction négative avec les procédés habituellement employés, renferment cependant de l'acide glycuronique; si l'on raccourcit le temps de contact avec la naphto-résorcine, si, après la réaction usuelle, on ajoute une nouvelle dose de naphto-résorcine en prolongeant un peu l'ébullition, on obtient la teinte violette caractéristique de l'acide glycuronique.

Il semble exister dans l'urine de certains sujets, atteints soit de troubles intestinaux, soit de troubles hépatiques, des substances encore impossibles à caractériser, qui bloquent la naphto-résorcine et l'empêchent d'agir sur l'acide glycuronique.

En changeant la nature des déféquants, en variant le temps de contact à ébullition entre l'urine acidifiée et la naphtorésorcine on parvient cependant à mettre en évidence la présence d'acide glycuronique dans les urines.

D'autres substances, celles-ci bien caractérisées, entravent définitivement l'apparition de la réaction de Tollens; si le rôle du glucose est déjà bien connu, par contre le rôle du formol ne paraît pas avoir été signalé, il est cependant très important et on a dû souvent conclure à l'absence de glycuronie chez des malades traités par l'urotropine.

En évitant ces causes d'erreur, en multipliant les procédés d'investigation, nous avons toujours pu déceler l'acide glycuronique dans l'urine des sujets atteints des affections hépatiques les plus graves.

Le signe de la thyroïde. — M. Guy LAROCHE et Mlle WOLFF ont étudié en série les réactions consécutives à l'injection massive d'extrait thyroïdien désalbuminé, épreuve proposée par MM. Richard et Parisot sous le nom de signe de la thyroïde. Sous l'influence de cette injection le pouls se ralentit chez les basedowiens et la tension artérielle baisse.

Les auteurs ont constaté le phénomène dans 61 p. 100 des cas de maladie de Basedow, mais ils ont noté aussi des réactions légèrement positives chez des malades atteints d'insuffisance thyroïdienne.

Ce test est indépendant du métabolisme basal et du signe de Gœtsch. Il met en valeur une hyperexcitabilité du vague de même que celui de Gœtsch met en relief une hyperexcitabilité du sympathique.

La constatation d'un test légèrement positif chez les hypothyroïdiens et d'un test négatif chez certains hyperthyroïdiens montre que pas plus que le signe de Gœtsch cette épreuve biologique ne permet de faire à coup sûr le diagnostic d'hyperthyroïdisme.

Le test proposé par MM. Parisot et Richard n'en reste pas moins très intéressant et mérite d'être conservé en ce qu'il nous semble donner chez ces malades la mesure de l'hyperexcitabilité vagale.

Il est curieux de noter qu'il puisse exister une réaction très positive chez le sujet à la fois pour l'adrénaline et pour l'extrait thyroïdien. Ce fait témoigne de l'hyperexcitabilité des deux systèmes vague et sympathique des basedowiens et du profond déséquilibre de l'appareil végétatif qu'on met ainsi en relief chez ces malades.

La dépigmentation des coupes histologiques. — M. MAWAS. L'acide chromique à 2 p. 100 est un dépigmentant énergique des coupes histologiques. Le blanchiment du pigment est fonction des propriétés réductrices du granule pigmentaire, L'acide chromique ne doit donc être employé qu'après les fixateurs qui conservent ces propriétés, c'est-à-dire après le formol, l'alcool et le liquide de Bonin.

Il existe des différences importantes entre les pigments (choroïde et rétine) des différents animaux et des différentes tumeurs mélaniques.

Durée de transformation du prosérozyme dans le plasma des hémophiles. — M. R. FEISSLY. On observe que la coagulation du plasma hémophilique citraté, par l'intermédiaire d'une culture de staphylocoques, s'effectue dans le même laps de temps que la coagulation d'un plasma citraté normal, obtenue par le même procédé.

On observe par contre, lors de la récalcification du plasma de staphylocoque, que la durée de transformation du prosérozyme est considérablement allongée dans le cas du plasma hémophilique.

Cette durée de transformation peut être ramenée temporairement à la normale, par la transfusion de plasma ou de sang citraté normal à un sujet hémophilique.

M. KLECKI étudie les **rapports des plaquettes avec le choc anaphylactique**, et, particulièrement, les effets sur l'organisme des produits de destruction des plaquettes. Ils sont multiples à complexus vasculaires; vaso-dilatation, puis vaso-construction; cardiaques; bradycardie et arythmie d'origine centrale; respiratoires; accélération, puis ralentissement du rythme. Dans quelques cas, les phénomènes rappellent le choc anaphylactique. L'auteur confirme des expériences dues à d'autres auteurs, et montre que, chez le lapin soumis à choc anaphylactique, la destruction des plaquettes ou l'injection d'un sérum antiplaquette ne supprime pas les phénomènes de choc.

M. ACHARD. Au moment du choc, les plaquettes disparaissent momentanément, elles ne sont pas détruites, mais cachées dans les réseaux profonds. Leur destruction n'explique donc pas, à elle seule, les phénomènes anaphylactiques.

M. PAGNIEZ loue le savant polonais de la richesse de ses expériences et le félicite de leur intérêt, il est surtout heureux que M. KLECKI ait confirmé ses expériences jadis faites par lui, en collaboration avec Louis LE SOURD, et prouve que l'action hypotensive des plaquettes varie avec les espèces. Tous ces phénomènes sont, en réalité, très complexes.

— Réunion biologique de Lyon (séance du 27 avril 1925) :

Recherches histo-bactériennes comparatives sur des cultures sur pomme de terre de bacilles tuberculeux, d'actinomycose et d'aspergillus. — MM. Fernand ARLOING et MALARTRE ont recherché comparativement sur des coupes intéressant à la fois la culture et le fragment de pomme de terre nutritif si les colonies de diverses souches de bacilles tuberculeux, humains, bovins, aviaires ou pisciaires, présenteraient la même disposition que des colonies d'hyphomycètes (actinomycose, pœnicilium et aspergillus).

Ils ont vu que les colonies de bacilles tuberculeux sont toujours adjacentes à la surface de la pomme de terre sans y pénétrer jamais. Elles diffèrent profondément par ce dispositif des colonies d'actinomycose dont quelques filaments pénètrent dans le protoplasma des cellules de la couche superficielle de la pomme de terre et plus encore des cultures de pœnicilium ou d'aspergillus dont les tubes mycéliens traversent de part en part le fragment nutritif. Ces constatations ne fournissent pas un argument en faveur du rattachement du bacille tuberculeux au groupe des champignons pathogènes.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 21 MARS 1925)

Paralysie faciale ourlienne. — MM. IZARD et CANIS ont vu apparaître chez un jeune militaire atteint d'oreillons une paralysie faciale périphérique respectant les branches intrapétreuses du nerf. Les auteurs rattachent cette paralysie à l'infection ourlienne et admettent l'hypothèse pathogénique soutenue par Dopter : celle de la méningite basilaire qui se manifestait dans le cas particulier par de l'hyperalbuminose et une lymphocytose discrète du liquide céphalo-rachidien.

Présentation d'appareils de prothèse porte-radium. — M. E. CADENAT.

Asthme d'origine équine; désensibilisation spécifique : guérison. — M. Jean TAPIE relate l'observation d'un cas d'asthme d'origine équine chez un ancien syphilitique. La sensibilisation du sujet était prouvée par la cuti-réaction et par la possibilité de déclancher une crise d'asthme toutes les fois que le sujet était mis au contact de chevaux.

Le traitement antisyphilitique, les iodures, la belladone et l'adrénaline, la peptone et l'autohémothérapie, les cuti-réactions en série n'ayant donné aucun résultat appréciable, l'auteur a eu recours à une méthode de désensibilisation spécifique plus active : injections à doses croissantes d'une macération de poils de cheval stérilisée et filtrée sur bougie Berkefeld. Disparition progressive des crises; la guérison se maintient depuis près de trois ans.

Anévrisme aortique; mort subite. — MM. BOUNHOURE et LYON.

Glycosurie et radiations. — M. GOURSOLAS expose d'après les travaux antérieurs de Joly, de Lœper et Tonnet, et d'après son expérience personnelle la question des variations de la glycosurie chez les cancéreux traités par les rayons X et par le radium.

Les irradiations augmentent fréquemment la glycosurie dans les premiers jours; à cette période succède un abaissement du taux du sucre urinaire; l'hyperglycémie augmente en cas de récidive ou d'aggravation du cancer.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur du point de vue du médecin praticien (1), par le docteur Alban RATHELOT.

Le nombre des publications traitant ou permettant l'accouchement sans douleur est fait de nos jours pour dérouter le médecin praticien en clientèle. Pour ce dernier le travail de M. Rathelot, qui n'est pas une simple compilation, mais une étude sérieuse et objective des nombreuses méthodes prétendant à assurer l'indolence de la parturition, constitue une précieuse mise au point de la question.

En principe il semble qu'une parturiente analgésiée se trouve *a priori* en infériorité physiologique pour mener à bonne fin son accouchement. Le trajet de la sensibilité consciente emprunte, pour arriver à la moelle, les mêmes voies que celui de la motricité volontaire; comme il n'existe pas de substance qui, dans un même nerf, agisse électivement sur un seul groupe de fibres, il apparaît que l'analgésie obstétricale parfaite, respectant toute la musculature striée normalement utilisée dans un accouchement correct, est un peu utopique.

La douleur obstétricale est d'ailleurs complexe. Elle est due à l'élongation des extrémités nerveuses des muqueuses génitales, à l'onde contractile utérine, à la compression à distance. Agir sur ce complexus douloureux par l'imprégnation des muqueuses génitales au moyen d'un analgésique diffusible comme le *nikétol* est évidemment insuffisant, les essais cliniques l'ont confirmé.

La *rachi-anesthésie* apparaît séduisante par ses avantages incontestables, mais sa faible durée, les accidents auxquels elle peut donner lieu, sa technique délicate, doivent la faire réserver aux seuls cas où l'accoucheur doit, dans un laps de temps relativement court, exécuter des manœuvres difficiles ou faire acte de chirurgien.

La *scopolamine-morphine*, qui eut son heure de vogue, est active, mais les dangers qu'elle présente, pour la mère comme pour l'enfant, font qu'elle doit être strictement réservée aux services spécialisés : le médecin de clientèle fera bien de n'en pas user.

Le *somnifène* a fait l'objet de la part de l'auteur de l'examen de 150 observations parues ou inédites. Son action analgésique est certaine et ne donna lieu qu'à 14 échecs, mais l'agitation de la mère (85 p. 100 des cas), les interventions qui atteignirent le chiffre de 29 p. 100 (72 p. 100 de forceps chez M. Cleiz), en sont une fâcheuse contre-partie, à laquelle il faut ajouter la souffrance de l'enfant (13, 16 p. 100 des cas) et l'action prolongée du médicament pendant un nombre d'heures indéterminé. Pour toutes ces raisons l'usage du somnifène est difficilement compatible avec l'exercice de l'obstétrique en clientèle.

L'*hémypnal*, étudié d'abord sous sa forme commune de suppositoires et de cachets, fait l'objet de 50 observations. Les échecs sont assez nombreux, et semblent devoir être attribués en partie à ce que le médicament, sous cette forme, est souvent mal absorbé, soit que les cachets soient vomis ou les suppositoires expulsés. Aussi l'auteur a-t-il fait l'essai d'une forme injectable ainsi que d'un *Didial* injectable, les deux produits étant comme l'on sait, très voisins l'un de l'autre, par leur composition. Hémypnal et Didial injectables étudiés au préalable *in vitro* et sur l'animal, n'ont donné lieu à aucun incident fâcheux, ils se sont montrés inoffensifs pour la mère comme pour l'enfant, et à condition d'employer une dose suffisante, soit d'emblée 6 centimètres cubes, l'analgésie est sensible : c'est une semi-analgésie avec somnolence entre les contractions. La qualité de la contraction ne semble pas modifiée, et la terminaison de l'accouchement a presque toujours eu lieu spontanément. Dans l'état actuel, et sans se départir d'une réserve prudente, on peut admettre que cette formule est celle qui encourage le plus de nouveaux essais. Elle répondrait le mieux aux qualités qu'il faut exiger d'un analgésique obstétrical; elle s'adapterait somme toute assez bien à ce que peut désirer le médecin praticien pour atténuer la douleur des femmes en couches.

Conclusion dernière : la solution parfaite du problème de l'analgésie obstétricale reste à l'étude ; il convient de la réserver aux cas particulièrement douloureux; pour les autres le médecin doit user de son ascendant moral afin de faire accepter la souffrance, d'ailleurs physiologique et supportable, de l'accouchement normal.

(1) *Th. de Montpellier*, 1925.

Traitement de la douleur et de l'insomnie par l'isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine [allonal] (1), par le docteur G. ESTIVAL.

L'expérimentation pharmacologique et physiologique de l'allonal (Cf. travaux Pouchet, *Progrès méd.*, 21 juin 1924), avait permis d'espérer que l'on aurait désormais à sa disposition un médicament, qui, par son action analgésique, sédative, et hypnogène, pourrait rendre de réels services aux médecins dans leur pratique journalière. Les nombreux travaux cliniques publiés sur ce médicament, et notamment ceux de MM. Combemale, Courteville, Nayrac, Tellier, Beyssac, Mallein-Gerin, Petiteau, etc., ont démontré que cet isopropylpropénylbarbiturate d'amidopyrine (allonal), était susceptible de rendre les plus grands services aux médecins praticiens, car c'est un véritable analgésique renforcé, et comme d'autre part, c'est un corps parfaitement défini, toujours identique à lui-même, facile à prendre, et parfaitement toléré (1 à 3 comprimés par jour), il trouve son application dans les cas si nombreux où prédomine l'élément douleur, aussi bien en stomatologie qu'en oto-rhino-laryngologie, en ophtalmologie qu'en gynécologie, en urologie qu'en médecine générale. Toutes les fois qu'il y a douleur, il semble qu'on puisse à coup sûr administrer l'allonal, car, comme le fait remarquer M. Estival, le produit est atoxique aux doses thérapeutiques, sa zone maniable est très étendue, et il ne semble produire aucun effet nocif, ni sur le cœur, ni sur la circulation, ni sur les reins, ni sur les poumons.

(1) *Th. de Lyon*, 1924.

QUESTION D'INTERNAT

CALCULS DE L'URETÈRE

PRONOSTIC

Des faits précédents résulte le terrible pronostic du calcul de l'uretère.

Plus sûrement et plus rapidement que le calcul du rein il détruit l'organe sus-jacent. Le malade ne vit plus qu'avec un seul rein.

L'urémie est imminente :
Soit **urémie aiguë** si s'installe l'anurie calculeuse.
Soit **urémie chronique** qui, insidieusement, évolue comme l'urémie d'une néphrite chronique si l'autre rein est progressivement détruit par un calcul du bassinet.

L'EXTRACTION SYSTÉMATIQUE ET HATIVE s'impose dans tous les cas de calcul non compliqué.

TRAITEMENT

I. CALCUL NON COMPLIQUÉ

1° Il ne faut pas trop perdre de temps avec un *traitement médical* en espérant le rejet du calcul après une cure minérale de Vittel ou Contrexeville.

2° La *distension vésicale* est justiciable de quelques succès.

3° **Mais le cathétérisme uretéral** constitue le moyen de choix.

a. **On le pratique**, soit *avec une sonde simple*, soit avec une *sonde armée d'une bougie de Noguès.*

On cherche ainsi à dépasser le calcul pour injecter au-dessus de lui 10 centimètres cubes d'huile stérilisée ; puis on laisse la sonde à demeure pendant quarante-huit heures.

b. **Résultats.** — De très nombreux succès sont ainsi obtenus, surtout dans les petits calculs pelviens.
Si l'on échoue on pourra tenter la *dilatation de l'uretère* avec des bougies de calibre croissant.

4° **L'uretérotomie** est indiquée si *cathétérisme* et *dilatation* sont restés sans résultats, ou d'emblée si le volume du calcul interdit tout espoir de réussite.

Elle sera pratiquée par voie lombaire, iliaque ou vaginale suivant le siège du calcul.

5° **Deux cas particuliers** sont à envisager :

a. Le *calcul intramural* dont l'extraction sera obtenue par *débridement de l'orifice urétéral.*

b. Le *calcul de l'uretère associé au calcul du rein.*

SI LE REIN EST DÉTRUIT : *néphrectomie* sans s'occuper du calcul uretéral à moins qu'il ne soit facile à enlever dans le même temps opératoire.

SI LE REIN EST VALABLE : *extraction du calcul* uretéral avec *extraction secondaire du calcul rénal*, sauf si la double extraction est possible en même temps.

Dans tous les cas le traitement médical suivra l'extraction.

II. CALCUL COMPLIQUE

L'anurie impose toujours une intervention d'urgence, même si le rein opposé semble devoir être détruit, même si le malade a déjà subi une néphrectomie.

DEUX CAS SONT BIEN DIFFÉRENTS :

L'anurie est récente.

1° ON PEUT ESSAYER DE DÉSENCLAVER LE CALCUL par la *distension vésicale* ou le *cathétérisme uretéral.* On peut faire un cathétérisme du côté non obstrué, ce qui peut suffire à *rétablir la sécrétion.* Mais ce ne sont là le plus souvent que *traitements palliatifs* : la sonde enlevée l'anurie reparaît.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 38, p. 626; n° 40, p. 659, et n° 42, p. 690.

En aucun cas il ne faut perdre de temps.

2° Faire une uretérotomie.

Plus tard, quelques signes inquiétants sont déjà apparus. L'*azotémie* est élevée.

1° *Tenter le cathétérisme* s'il ne doit pas faire perdre de temps.

2° *Plus souvent d'emblée* faire une *néphrostomie* ou une *pyélostomie si elle est possible*, ce qui épargnera le parenchyme ; la faire sur les signes locaux, à l'*anesthésie locale.* Ultérieurement on enlèvera le calcul.

Les soins pré et postopératoires sont d'une importance capitale.

Avant l'intervention :
Faire une *petite saignée* contre l'azotémie.

Après l'intervention :
Faire de *petites saignées* quotidiennes.

Injecter du sérum glucosé hypertonique intraveineux, donner des lavements purgatifs.
Etre très modéré dans l'emploi de la théobromine.

Résultats. — **Immédiats.** — Dépendent de la précocité et de la rapidité de l'intervention.
Même si la sécrétion se rétablit, la *situation n'est pas jugée.*
Surveiller tous les jours l'AZOTÉMIE.
Mesurer la *quantité d'urines émises.*
Etudier la *concentration uréique.*

Dans les cas mortels, on voit la sécrétion se ralentir puis s'arrêter.

Eloignés. — Même guéri, l'*avenir du malade* n'en est pas moins sombre.
La *lithiase subsiste*, le traitement médical reprend tous ses droits pour éviter une récidive.

L'hydronéphrose ne sera jamais attaquée directement en dehors des cas où, par son volume, elle indique la néphrectomie.
Toujours on commencera par extraire le calcul.

La pyonéphrose avec accidents aigus implique une action sur le rein après avoir reconnu la valeur du *rein opposé.*

Le rein infecté. — 1. *Est détruit entièrement.*

Néphrectomie. — Sans s'occuper du calcul uretéral qui va s'enkyster dans l'uretère.

2. *Est encore valable.*

Néphrostomie. — Ultérieurement, à froid on enlèvera le calcul pour faire fermer la fistule rénale.

Bibliographie. — MARION. *Traité d'urologie*, 1922 ; — Les indications opératoires dans les calculs des voies urinaires, *Journ. méd. franç.*, nov. 1923. — PAPIN. Anurie calculeuse, *Journ. méd. franç.*, nov. 1923. — MAINGOT. Radiodiagnostic de la lithiase urinaire, *Journ. méd. franç.*, nov. 1923. — FRUCHAUD-BRIN. Anurie, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, août 1922, n° 65. — ELIOT. Signes et diagnostic de la lithiase rénale, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, mai 1922, n° 41.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Conférences de clinique médicale pratique, par le docteur Louis RAMOND, médecin de l'hôpital Laënnec. — Première série (un volume in-8 raisin de 320 pages, avec 49 figures) : prix. 14 fr.; deuxième série (un volume in-8 raisin de 400 pages, avec 42 figures) : prix, 16 fr. ; — troisième série (un volume in-8 raisin de 388 pages, avec 36 figures) : prix, 20 fr. — Paris, Vigot frères.

L'initiation à l'art d'être maman, par le docteur Stéphen CHAUVET. Un volume, 1924. — Prix : 7 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
BELGIQUE et ITALIE. . . **40 fr.** — UNION POSTALE. . . . . . **50 fr.**
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ÉLECTRORADIOLOGISTE DES HÔPITAUX. — *Epreuve sur malades.* — Séance du 2 juin. — MM. Moutard, 17; Lepennetier, 25 1/2.
Sont nommés : MM. Lepennetier, Gally et Gibert.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve orale d'anatomie.* — Séance du 3 juin. — MM. Brouet, Aurousseau et Soupault, 16; Bernard, 14.

INSTITUT DE PUÉRICULTURE DE TOULOUSE. — Par décret en date du 28 mai 1925 l'Institut de puériculture de Toulouse est rattaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, conformément à la convention intervenue entre le doyen de cette Faculté et le directeur dudit Institut.

MÉDECINS ET SAGES-FEMMES AUXILIAIRES DIPLOMÉS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DAKAR. — Le *Journal officiel* du 30 mai 1925 publie un décret réglementant les obligations professionnelles des médecins et sages-femmes auxiliaires de l'Ecole de médecine de Dakar, ainsi que les conditions dans lesquelles ils exerceront leur art sous la surveillance des médecins français.

LEGS. — Le recteur de l'Académie, président du Conseil de l'Université de Lyon, est autorisé à accepter, au nom de cet établissement, le legs de la somme de 100.000 francs fait à ladite Université par M. Joseph Gillet.
Le montant de cette libéralité sera employé dans les six mois qui suivront sa remise, à l'achat d'appareils ou instruments destinés aux laboratoires de physique, de chimie et de médecine de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine.

GUERRE. — Sont désignés pour suivre à l'Ecole de Joinville le stage d'information des médecins militaires du 20 juin 1925 au 4 juillet 1925 :
MM. les médecins-majors de 2e classe Ferron, Wateau, Rossi, Amouroux, Brelot, Dano, Volf, Pierron, Escalier, Poirier, Lassale, Raymond, Picout-Laforet et Roche.
M. le médecin aide-major Besnoist.

SOUVENIR AU DOCTEUR AUGUSTE PETTIT DE L'INSTITUT PASTEUR. — Les élèves et les amis du docteur Auguste Pettit de l'Institut Pasteur, secrétaire général de la Société de biologie, ont l'intention de lui offrir un souvenir en l'honneur de son élection à l'Académie de médecine.
Les souscriptions sont reçues par M. Peyronnet, directeur des Editions médicales, 7, rue de Valois.
Chaque souscripteur sera prévenu individuellement de la date fixée pour cette cérémonie.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX. — PRIX ALBERT PUJOS. — Ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de médecine ou de chirurgie, la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux met au concours le sujet suivant : « Indications respectives des méthodes thérapeutiques des syphilis viscérales et nerveuses. » Valeur du prix pour 1926 : 1.500 francs.

PRIX JEAN DUBREUILH. — Suivant l'intention du fondateur, ce prix devant être décerné au meilleur mémoire sur un sujet de pratique obstétricale, la Société de médecine et de chirurgie met au concours la question suivante : « Myomectomie et puerpéralité. » Valeur du prix pour 1926 : 1.600 francs.

Les mémoires, écrits très lisiblement en français, doivent être adressés, francs de port, à M. Frèche, secrétaire général de la Société, 42, cours Georges-Clémenceau. Les membres associés résidants de la Société ne peuvent pas concourir. Les concurrents sont tenus de ne point se faire connaître; chaque mémoire doit être désigné par une épigraphe qui sera répétée sur un billet cacheté contenant le nom, l'adresse du concurrent ou celle de son correspondant. Si ces conditions ne sont pas remplies, les ouvrages seront exclus du concours.
Les mémoires devront être adressés jusqu'au 31 mai 1926.

XIIe CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE (Paris, Institut Pasteur, les 19, 20, 21, 22 et 23 octobre 1925). — La Société de méde-

cine publique et de Génie sanitaire organise cette année comme les années précédentes un Congrès d'hygiène.

Ce Congrès s'ouvrira sous la présidence effective de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène; il tiendra séance les mardi 20, mercredi 21, jeudi 22, vendredi 23 octobre 1925, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le docteur Faivre, inspecteur général honoraire des Services administratifs, président de la Société pour 1925.

Les personnes qui désirent assister au Congrès sont priées de s'inscrire dès que possible en écrivant à M. Bossus, agent de la Société, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe).

La veille de l'ouverture du Congrès (lundi 19 octobre 1925) aura lieu à l'Institut Pasteur la Réunion des membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français.

Questions à l'ordre du jour :

1º *La syphilis est-elle en voie de régression? preuves; documents.* — Rapporteur : M. le professeur Pautrier, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Strasbourg.

2º *Standardisation des méthodes d'analyse bactériologique des eaux.* — Rapporteur : M. le docteur Rochaix, professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon.

3º *Epidémiologie de la fièvre ondulante; distribution géographique; prophylaxie.* — Rapporteurs : La fièvre ondulante spécialement en tant que maladie exotique) : M. le docteur Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunisie. — La fièvre ondulante en France : MM. les docteurs Aublant, inspecteur principal des Services d'hygiène; Dubois, inspecteur des Services vétérinaires et Lisbonne, professeur de bactériologie à la Faculté de Montpellier.

Une revue générale des questions d'hygiène étudiées pendant les années 1924-1925 sera faite par :

1º M. le docteur Dujarric de la Rivière, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène : « Hygiène expérimentale. Recherches de laboratoire »;

2º MM. les docteurs Ott et Briau, auditeurs au Conseil supérieur d'hygiène : « hygiène générale et sociale «;

3º M. le docteur Dequidt, inspecteur général, ancien chef du Service central du contrôle et de l'inspection générale au ministère du Travail et de l'Hygiène : « Législation sanitaire ».

La Société accueillera avec plaisir les communications qui seront adressées avant le 1er juillet 1925.

Le Conseil ayant décidé de concentrer l'activité du Congrès sur les trois questions mises à l'ordre du jour, les communications se rapportant à ces sujets auront la priorité.

« LE POURQUOI-PAS » AU SECOURS D'AMUNDSEN. — On annonce que vers la mi-juin le docteur Jean Charcot prendra la mer à bord du *Pourquoi-Pas ?* et ira dans la zone arctique coopérer à la recherche d'Amundsen.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 15 juin 1925, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Les plaies thoraco-abdominales par projectiles de guerre », par M. Baumgarner, chirurgien des hôpitaux.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical, à 19 heures précises (tenue civile, prix : 22 fr.), au Cercle militaire

HOPITAL TENON. — CONFÉRENCES SUR LES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. — Le docteur Clovis Vincent fera chaque mercredi, à 10 h. 15, pendant le second trimestre de l'année 1925, à l'hôpital Tenon (salle Gérando), une conférence sur les maladies du système nerveux.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. le docteur Paul Haushalter, professeur à la Faculté de médecine de Nancy; le médecin inspecteur Berthier, décédé à Amélie-les-Bains; le docteur Louis de Seuneville (de l'Ile Maurice), décédé à Paris.

Charles SCHWARTZ

Nous apprenons, avec un vif regret, la mort subite de notre excellent confrère Schwartz, chirurgien honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

Il y a quelques jours, j'eus le plaisir de le rencontrer et je lui rappelai que je l'avais connu interne de Gosselin, à l'époque de la chirurgie du cataplasme, du cérat et de la compresse fenêtrée.....

Nous étions tout deux pris comme d'une sorte de remords en pensant à notre pratique chirurgicale d'alors, mais nous n'en admirions que plus la perfection, la sécurité, l'élégance de la chirurgie actuelle.

Schwartz fut un bon travailleur; il a toujours marché avec le progrès, et il a été un membre actif et productif de la Société de chirurgie; toute sa vie fut un bel exemple de probité scientifique et d'honneur professionnel. Il sera profondément regretté par tous ceux qui l'ont approché et qui ont pu apprécier la droiture de son caractère, son amabilité et la bonté de son cœur. A. BROCHIN.

NOTES DE PRATIQUE

ALBUMINURIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

Régime lacto-végétarien hypochloruré.

Restriction des liquides (1.200 g. par 24 heures).

Deux à trois fois par jour, un cachet de 0g50 de Théosalvose pure ou phosphatée, pour assurer la dépuration rénale et abaisser la tension artérielle.

Si le cœur fléchit, digitale à petites doses ou employer la Théosalvose digitalique (2 à 3 cachets de 0g50 par jour).

LIVRES NOUVEAUX

Le Freudisme, exposé et critique (1), par le docteur J. LAUMONIER, professeur à l'Ecole de psychologie de Paris.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* ont lu les intéressantes études publiées dans ce journal sur la Psychanalyse par notre éminent collaborateur J. Laumonier.

Cette méthode d'investigation psychologique et de traitement des névroses se relie à la vaste doctrine de Sigmund Freud, si souvent invoquée par des gens qui la connaissent mal.

Il faut savoir gré à M. Laumonier d'avoir repris la description du Freudisme dans son ensemble et de nous donner aujourd'hui une étude critique complète de la question.

Après avoir défini le Pansexualisme et montré dans quelles conditions Freud est arrivé à construire sa doctrine, M. Laumonier étudie la psychanalyse et ses applications aux névroses, puis les applications de la psychanalyse à la vie normale individuelle et collective. Enfin, il fait une critique serrée de sa doctrine et relève les erreurs du médecin viennois, montrant de quelles exagérations elle a été l'objet dans un sens ou dans un autre.

« Le freudisme, écrit-il en terminant, peut exciter la curiosité perverse du public, mais il ne saurait désormais justifier, aux yeux du critique impartial, les prétentions qu'il affiche à tenir le rôle héroïque en psychiatrie et à asseoir sur des bases nouvelles la psychologie, la morale et l'histoire de la civilisation. » F. L. S.

(1) In-8, — Prix : 9 francs. — Paris, Félix Alcan.

VIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

Séance du 25 mai 1925.

LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

La VIe Réunion neurologique internationale annuelle se devait, à l'occasion du Centenaire de Charcot, de mettre à son ordre du jour l'étude de la maladie à laquelle Charcot a attaché son nom : la sclérose latérale amyotrophique.

A vrai dire, depuis la description si complète et si précise, dans ses traits cliniques et anatomiques, qu'a donnée le maître de la Salpêtrière, d'abord avec Joffroy en 1869, puis avec Gombault en 1871, enfin dans ses leçons cliniques de 1872 à 1874 il n'y a rien eu à reprendre au tableau classique de la sclérose latérale amyotrophique tel qu'il avait été tracé par une main si sûre. Sans doute nos connaissances cliniques se sont enrichies de données plus précises sur les aspects de début et sur les formes frustes, dont Charcot avait lui-même amorcé l'étude. Les méthodes modernes d'histologie fine ont permis de soumettre à une critique plus serrée les caractères topographiques et évolutifs des lésions et d'en tirer des enseignements d'un haut intérêt pour la physiologie pathologique du système nerveux central. Mais les grands chapitres de l'étiologie et de la pathogénie restent encore à écrire, et la maladie de Charcot est toujours la terrible et mystérieuse affection, dont la marche progressive ne connaît guère de rémission, et que personne ne s'est jamais vanté d'avoir guérie ni même retardée.

L'intéressant rapport clinique du professeur Vincenzo Neri (de Bologne), le rapport anatomique très documenté et très suggestif de MM. Ivan Bertrand et L. van Bogaert constituent d'excellentes mises au point de la question, en même temps qu'ils lui apportent la contribution d'une documentation personnelle importante.

Rapport clinique. — Professeur Vincenzo Neri (de Bologne). Les deux caractères cliniques fondamentaux de la sclérose latérale amyotrophique résident toujours. d'une part dans la prédominance très marquée des troubles moteurs sur les troubles sensitifs, et d'autre part dans l'association des signes d'altération du neurone moteur central pyramidal et du neurone moteur périphérique. Les progrès de la sémiologie, depuis Charcot, ont eu surtout pour effet de permettre la reconnaissance plus précoce des deux catégories de troubles moteurs objectifs, et par là de faciliter le diagnostic à la période initiale.

La sclérose latérale amyotrophique débute certainement par une phase latente, et on peut admettre qu'au moment où le malade accuse les premiers symptômes, les lésions évoluent déjà depuis un certain temps. Les preuves de ce fait sont nombreuses. Ainsi il est bien des cas où le malade n'accuse de troubles que dans les membres supérieurs ou même dans un seul membre supérieur, alors que l'examen électrique ou les trémulations fibrillaires montrent déjà une généralisation aux quatre membres. Ainsi encore il n'est pas rare, à l'autopsie de formes hémiplégiques ou monoplégiques, de constater des lésions déjà très avancées et très diffuses. Les faits de début pseudo-apoplectiforme, comme MM. Guillain et Alajouanine en ont rapporté récemment un exemple, correspondent également à une révélation relativement tardive de l'affection restée latente jusque-là. Enfin, lorsqu'il existe des phénomènes douloureux, ces derniers précèdent souvent de plusieurs semaines ou de plusieurs mois les troubles moteurs : à l'encontre des fibres sensitives, qui traduisent si vite leur souffrance, les fibres motrices, semble-t-il, ne manifestent leur déchéance qu'au moment où elles sont déjà profondément altérées.

Les premiers indices de l'atteinte du neurone moteur périphérique sont les secousses fibrillaires et les troubles des réactions électriques.

Les secousses fibrillaires attirent parfois l'attention du malade avant même l'affaiblissement musculaire ou l'atrophie; elles donnent lieu à de petits mouvements involontaires des doigts ou même à des sortes de crampes que le rapporteur compare à une « épilepsie de la corne antérieure ». Mais, le plus souvent, les trémulations fibrillaires n'apparaissent qu'à un examen attentif, et il faut alors savoir les provoquer : la percussion des masses musculaires, leur élongation, leur contraction réitérée, surtout la faradisation des nerfs correspondants sont les artifices les plus efficaces pour les mettre en évidence.

Quant aux troubles des réactions électriques, on sait mieux les déceler depuis que la mesure des chronaxies est entrée dans la pratique. Le trouble, en effet, peut être déjà apparent sur des muscles qui ne présentent encore ni paralysie, ni atrophie. Cependant il faut bien savoir aussi que même les muscles les plus atrophiés, même ceux qui paraissent complètement paralysés ne sont généralement pas atteints de réaction de dégénérescence complète : certaines de leurs fibres ont conservé leur contractilité faradique. L'atrophie et la paralysie touchent les muscles fibre à fibre, de même que la dégénérescence atteint la corne antérieure de la moelle cellule par cellule.

Mais la séméiologie du neurone moteur central s'est enrichie depuis Charcot bien plus encore que celle du neurone moteur périphérique. Le neurologiste n'attend plus la contracture pour déceler l'atteinte du faisceau pyramidal. Il a à sa disposition toute une série de signes plus sensibles : la surréflectivité tendineuse, du réflexe massétérien au réflexe achilléen, le clonus du pied, le signe de Babinski (moins constant, il est est vrai, dans la sclérose latérale amyotrophique que dans les autres affections pyramidales), le réflexe d'adduction du pied, les inversions des réflexes aux membres supérieurs, la diffusion des réflexes (Guillain et Alajouanine), les syncinésies (attitude du bras pendant la marche, signe de la pronation). M. Souques a signalé, dans un cas, un réflexe controlatéral des jumeaux : la percussion du tendon d'Achille d'un côté provoque la contraction des jumeaux, non seulement de ce côté, mais aussi du côté opposé. M. Neri insiste personnellement sur deux symptômes. Tout d'abord l'inversion du réflexe ostéo-périosté scapulo-huméral, décrite par Cocchi (de Bologne) : la percussion de la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate provoque, au lieu d'une rotation externe du bras, une légère abduction du bras avec flexion de l'avant-bras et pronation. Cette combinaison constituerait, d'après l'opinion de Néri, un véritable « réflexe d'automatisme du membre supérieur ». Un autre signe, étudié spécialement par M. Néri, est l'excitation cathodique, qui met en évidence la contracture latente.

Grâce à tous ces symptômes, il est généralement facile de se rendre compte de la lésion précoce du faisceau pyramidal. Cependant les signes pyramidaux peuvent faire défaut, au début, dans certains cas, et cela particulièrement dans les formes qui débutent par l'amyotrophie des membres inférieurs. Il peut alors y avoir aréflexie tendineuse, et Patrikios a décrit ces cas, de diagnostic difficile, sous le nom de « formes pseudo-polynévritiques ».

L'absence des troubles de sensibilité reste un des caractères négatifs essentiels de la maladie. Cette règle ne comporte que de bien rares exceptions pour ce qui concerne les troubles de sensibilité objective. L'étude de la chronaxie des nerfs sensitifs cutanés ne révèle même aucune anomalie (Néri). Mais, par contre, les douleurs ne sont pas rares : crises douloureuses de localisations diverses, fourmillements, engourdissements, crampes, sensibilité à la pression ou à la traction des masses musculaires Ces troubles peuvent même rester, pendant des semaines ou des mois, les seuls symptômes apparents de la maladie. Les troubles des réactions électriques, par leur diffusion et par leur caractère parcellaire, les petits signes de lésions du faisceau pyramidal peuvent cependant, dès cette période, mettre sur la voie du diagnostic. Les troubles trophiques et vaso-moteurs n'appartiennent pas non plus au tableau classique de la sclérose latérale amyotrophique. Cependant on a signalé des bouffées de chaleur, des sympathalgies (L. van Bogaert, Guillain), des troubles trophiques des ongles (Vulpian), des œdèmes localisés (Florand, Patrikios, Lejonne et Lhermitte), des névralgies du trijumeau, des troubles labyrinthiques. Les troubles pupillaires, les paralysies oculo-motrices, la gêne de la miction, signalées

dans quelques observations anciennes, ne paraissent pas appartenir au tableau légitime de la maladie.

Par contre les troubles mentaux ne sont pas rares. Ils témoignent de l'extension fréquente des lésions aux hémisphères. P. Marie a mis en valeur les signes neurasthéniques du début, l'émotivité, le puérilisme, la tendance au rire ou au pleurer spasmodique. Mais il n'y a guère de trouble de l'intelligence, de délire, ni de psychose caractérisée, et il faut généralement un examen approfondi pour déceler les petites altérations de l'état psychique.

L'évolution de la sclérose latérale amyotrophique est régulièrement progressive. Les rémissions sont exceptionnelles. La durée varie entre quelques mois et deux ou trois ans, du moins à partir du moment où les premiers symptômes ont fait leur apparition. Les formes prolongées sont exceptionnelles, et M. Souques n'admet que trois cas authentiques de la maladie, qui aient duré plus de dix ans. Les formes à début bulbaire n'ont pas toujours une marche plus rapide (Souques). Néanmoins la mort est généralement le fait des troubles bulbaires, et en particulier de le paralysie des abducteurs du larynx.

Le diagnostic n'offre guère de difficulté que dans ses formes atypiques de début (forme paraplégique, forme scapulo-humérale, formepseudo-polynévritique, forme monoplégique, formes bulbaires et hémibulbaires). Il se pose alors avec la forme amyotrophique de la sclérose en plaques à localisation cervicale, avec la forme motrice de la gliose cervicale, avec les tumeurs et les ramollissements du bulbe, quelquefois avec les polynévrites, mais surtout avec les formes amyotrophiques de la syphilis spinale.

Doit-on laisser place, à côté de la sclérose latérale amyotrophique, à des formes pures de paralysie bulbaire progressive et d'atrophie musculaire progressive du type Duchenne de Boulogne par poliomyélite antérieure chronique? C'est là une question controversée. Si Dejerine identifiait toutes les paralysies labio-glosso-laryngées à la forme bulbaire de la sclérose latérale amyotrophique, il n'en existe pas moins des observations où les lésions pyramidales semblaient faire entièrement défaut (Reinhold, Guillain, Alajouanine et Bernard). De même la poliomyélite chronique, que P. Marie proposait de rayer des cadres de la pathologie, répond néanmoins à certains faits, comme celui de Souques et Alajouanine, où les lésions de la voie pyramidale faisaient entièrement défaut. Il n'en est pas moins permis de penser que ces observations aberrantes présentent une certaine parenté avec la sclérose latérale amyotrophique au point de vue étiologique.

Mais qu'il s'agisse d'observations atypiques ou des formes les plus classiques, l'étiologie reste toujours également mystérieuse.

Le rôle favorisant du traumatisme paraît vraisemblable dans un certain nombre de cas, mais par quel mécanisme intervient-il?

La syphilis provoque bien des amyotrophies myélopathiques progressives. Mais leur marche est plus rapide; elle ne progresse pas d'une façon continue; il y a des troubles pupillaires, des modifications du liquide céphalo-rachidien. Dans la sclérose latérale amyotrophique, au contraire le liquide est normal, et la grande majorité des malades atteints de sclérose latérale amyotrophique sont exempts de syphilis.

Les formes familiales sont exceptionnelles (5 observations d'après L. van Bogaert).

Alajouanine, sur un malade du service de Souques, a pu mettre en évidence un virus névrophile par inoculation du lapin de substance nerveuse provenant d'une amyotrophie spinale progressive. Mais il s'agissait d'une forme amyotrophique pure, à marche subaiguë. La même expérience, reprise avec la substance bulbaire d'une sclérose latérale amyotrophique légitime, n'a pas donné de résultat.

Néri est porté à voir dans la sclérose latérale amyotrophique un processus dégénératif, favorisé par un état toxique ou infectieux antérieur. Il resterait à reconnaître cette infection ou cette intoxication. Tant que le problème étiologique reste ainsi dans le mystère, aucun effort logique ne peut être tenté pour le traitement de la maladie de Charcot.

Rapport anatomo-pathologique. — MM. Ivan Bertrand et Ludo van Bogaert. La lésion essentielle de la sclérose latérale amyotrophique est, comme l'a bien décrit Charcot, la dégénérescence associée du faisceau pyramidal, d'une part, et, d'autre part, des éléments cellulaires de la corne antérieure de la moelle et des noyaux moteurs du bulbe.

Cette dégénérescence se fait fibre à fibre, cellule par cellule, si bien qu'on observe simultanément tous les stades de la dégénérescence, et que des éléments d'apparence saine peuvent apparaître à côté d'autres éléments complètement atrophiés. Cette dernière particularité explique que, même dans ses stades ultimes, la sclérose latérale amyotrophique ne donne guère de paralysie totale ni de réaction de dégénérescence complète.

Cette lésion associée des deux neurones moteurs ne peut être considérée comme une dégénérescence systématisée de tout le système moteur ainsi qu'on l'avait d'abord pensé. Elle se présente, au contraire, comme un processus d'une allure histo-pathologique très spéciale, qui, sur bien des points, semble mettre en défaut la théorie du neurone.

C'est ainsi que l'atteinte élective, étendue, du cordon antéro-latéral et particulièrement du faisceau pyramidal incite tout naturellement à rechercher la cause du processus dégénératif dans les centres correspondants de l'écorce cérébrale. Or les recherches minutieuses des rapporteurs leur ont bien montré, comme M. P. Marie l'avait signalé dès 1883, des lésions dégénératives prédominant sur la frontale ascendante. Mais, sur neuf cerveaux, ces lésions n'existaient que cinq fois; elles étaient d'intensité et d'étendue variables, et elles se retrouvaient en réalité également sur les deux premières frontales, sur les circonvolutions pariétales, sur le pli courbe, sur l'hippocampe. Ce sont des lésions qui portent surtout sur les couches cellulaires III et IV, et qui se présentent soit comme des plaques cellulaires, soit comme une raréfaction « par plages », soit comme une raréfaction cellulaire. Elles s'accompagnent d'hypergliose secondaire, de dégénérescence des grandes cellules de Betz, avec apparition d'une granuleuse interne, raréfaction des fibres tangentielles, apparition d'état précriblé et de globes albumineux intrachromatiques, surtout dans le centre ovale, ces deux dernières lésions restant le privilège des formes à évolution lente.

Les dégénérescences cellulaires se présentent généralement soit sous forme d'atrophie lipo-pigmentaire, soit sous forme de sclérose atrophique de Nissl. Même chez des malades jeunes, il n'est pas rare d'observer des cellules d'Alzheimer absolument typiques, avec groupement des fibrilles autour du noyau, plus rarement la margination des neurofibrilles (Marinesco).

Ces lésions des centres débordent l'écorce, et, comme l'a montré Patrikios, des lésions importantes du système strié et du système pallidal ne sont pas rares dans la sclérose latérale amyotrophique.

Aux lésions inconstantes, toujours plus ou moins discrètes, des centres supérieurs s'oppose la dégénéreseence du faisceau pyramidal, toujours plus intense et plus étendue au fur et à mesure qu'on approche de la région bulbo-cervicale : dans la capsule interne, c'est la dégénérescence d'un étroit quadrilatère, qui en occupe le bras postérieur (P. Marie, H. Bouttier et I. Bertrand). Dans le pédoncule, c'est un triangle qui occupe la partie moyenne du pied. Dans la protubérance, l'éparpillement des fibres du faisceau pyramidal ne permet plus de suivre sa dégénérescence. Mais, dans le bulbe, elle se retrouve, intense, étendue, s'avançant jusqu'à la substance réticulée et la débordant largement.

Dans tout ce trajet, il est impossible de retrouver les connexions que les classiques admettent, et que la sclérose latérale amyotrophique devrait, à première vue, mettre en évidence mieux qu'aucune autre maladie, entre la grande voie motrice et les noyaux moteurs bulbo-protubérantiels, si bien qu'on peut se demander si cette connexion ne fait pas entrer en jeu des relais intermédiaires dans la substance réticulée de la calotte. En tout cas, lors même que les corps granuleux sont très abondants dans toute l'étendue du faisceau pyramidal, il n'en existe jamais la moindre trace dans les noyaux moteurs de la protubérance et du bulbe, quelle que soit l'intensité de leurs lésions cellulaires.

Les lésions cellulaires des noyaux bulbaires et protubérantiels ne se limitent d'ailleurs pas aux noyaux moteurs, mais elles s'étendent également aux noyaux sensitifs : noyau de l'aile grise, noyau du faisceau solitaire, et il existe même des lésions des noyaux vestibulaires, qui expliquent les troubles de l'équilibre signalés par MM. Barré et van Bogaert.

C'est dans la moelle que les lésions atteignent leur maximum : dégénérescence intense du faisceau pyramidal, débordant largement l'aire intéressée par les dégénérescences secondaires, tant vers les voies cérébelleuses en dehors, que vers la substance grise des cornes antérieures et postérieures, qu'elle borde de très près. Elle intéresse manifestement, outre le faisceau pyramidal, les faisceaux spino-cérébelleux, particulièrement le faisceau de Gowers, le faisceau rubro-spinal, le tractus vestibulo-spinal, le contingent tecto-spinal, les fibres courtes d'origine réticulo-bulbaire, les fibres endogènes du cordon antéro-latéral. Mais les faisceaux considérés comme constitués de fibres endogènes descendantes du cordon postérieur sont rigoureusement intacts, ce qui les différencie nettement de tout le reste du système moteur, et ce qui peut amener à douter de leur signification réelle.

La lésion de la voie motrice diffère des dégénérescences secondaires par une autre particularité : son atteinte fréquemment fragmentaire. C'est ainsi que les rapporteurs ont vu, dans un cas, les lésions présenter un double maximum : à la région lombo-sacrée et à la région cervicale, alors que la moelle dorsale supérieure était presque intacte. Dans ce cas, les lésions corticales prédominaient sur les circonvolutions préfrontales, et épargnaient presque complètement Fa. Cependant nulle part les coupes longitudinales ne permettent de saisir l'atteinte partielle des fibres motrices ; il n'y a pas ici de lésion focale comme dans la sclérose en plaques.

Les altérations cellulaires de la moelle atteignent leur maximum à la région cervicale. Elles affectent tous les groupes radiculaires moteurs, les cellules cordonales et les éléments sympathiques disposés dans la substance grise. La colonne de Clarke, le groupe sympathique latéral et la substance gélatineuse de Rolando sont habituellement respectés.

Les nerfs périphériques dégénèrent, mais il s'agit plutôt d'une atrophie de la gaine myélinique que d'une dégénérescence véritable, à corps granuleux, comme celle qu'on observe dans les polynévrites, et cette atrophie semble atteindre les fibres sensitives aussi bien que les fibres motrices. Elle semble, d'ailleurs, ne pas compromettre aussi gravement qu'on serait tenté de le croire la vitalité du cylindrax : chez un malade atteint de sclérose latérale amyotrophique qu'on a dû amputer de la cuisse, les rapporteurs ont vu le nerf sciatique, malgré l'aspect atrophique de ses fibres, donner naissance à un bourgeon névromateux exubérant. Si l'on rapproche ce fait de l'intensité des lésions dégénératives du centre cellulaire dans la corne antérieure, il faut bien avouer qu'on est tenté de voir encore là un nouvel argument contre la théorie du neurone.

Après avoir discuté le diagnostic anatomique de la sclérose latérale amyotrophique, en particulier avec les rares observations de paralysies bulbaires vraies (type Duchenne de Boulogne), avec les poliomyélites chroniques, avec l'amyotrophie spinale progressive à terminaison bulbaire du type Souques-Alajouanine, les rapporteurs se demandent si l'étude anatomique de la sclérose latérale amyotrophique autorise quelques conclusions pathogéniques.

Leurs conclusions sont des plus prudentes. Les périvascularites à forme lymphoïde, les figures de neuronophagie des infiltrats méningés ne suffisent pas à établir l'action d'un virus. Comme l'ont montré MM. Guillain et Bertrand à propos de la sclérose en plaques, ces lésions peuvent n'être que les conséquences d'un processus de désintégration.

La notion d'une lésion systématique des deux neurones moteurs ne cadre pas avec les faits observés.

Les rapporteurs conçoivent la sclérose latérale amyotrophique comme une atteinte primitive de la substance grise bulbo-médullaire, qui présente ce caractère particulier d'abolir la « synapse » (Sherrington), en supprimant en quelque sorte la barrière qu'elle établit entre les divers neurones moteurs. La lésion cellulaire de la moelle déterminerait dès lors non seulement la dégénérescence du neurone moteur périphérique, mais aussi celle du neurone moteur central et celle du neurone proprio-cepteur d'association.

Discussion des rapports.

1. SUR LA SÉMIOLOGIE DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE.

La chronaxie musculaire dans la sclérose latérale amyotrophique. — M. BOURGUIGNON a constaté que, au cours de la sclérose latérale amyotrophique, il existe toujours, à côté des éléments à forte chronaxie, certains muscles ou certains faisceaux musculaires, qui présentent une chronaxie inférieure à la normale. Il semble que ce soit là le premier indice d'irritation, qui prélude à la dégénérescence.

Syndrome postencéphalitique simulant la sclérose latérale amyotrophique. — M. FROMENT (de Lyon) rapporte un cas d'encéphalite épidémique à la suite duquel se développèrent des myoclonies fines, fasciculaires, ressemblant à des trémulations fibrillaires. Il y avait en même temps des signes d'irritation pyramidale, et le tableau clinique rappelait celui de la sclérose latérale amyotrophique.

2. SUR LES LÉSIONS DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

Cytologie des dégénérescences cellulaires dans la sclérose latérale amyotrophique. M. MARINESCO insiste sur les modifications intracellulaires physico-chimiques (protéolyse, altérations diastasiques) qui président à l'atrophie cellulaire dans la sclérose latérale amyotrophique.

Dégénérescence de la virgule de Schultze dans un cas de sclérose latérale amyotrophique. — M. CATOLA (de Florence) a pu étudier cette dégénérescence, dans un cas, par la méthode de Marchi. Il a été, sur ce point, plus heureux que les rapporteurs.

Remarques sur l'étiologie et sur l'anatomie pathologique de la sclérose latérale amyotrophique. — M. PATRIKIOS rappelle que la sclérose latérale amyotrophique peut se développer à n'importe quel âge, depuis l'enfance jusqu'à la vieillesse. Il reprend la description qu'il a donnée de la forme polynévritique, dans laquelle les lésions cellulaires spinales prédominent au niveau du renflement lombaire, contrairement à ce qui se passe dans les formes classiques. Enfin il insiste sur les lésions qu'il a trouvées, dans quatre cas, au niveau du globus pallidus. Ce dernier était bourré de granulations, qui s'étendaient d'une part jusqu'au thalamus, d'autre part jusque dans le corps de Luys, le noyau rouge et le locus niger. Ces lésions du globus pallidus sont intéressantes, dans une maladie qui reste avant tout une affection du système moteur.

Etude anatomo-clinique d'un cas de sclérose latérale amyotrophique à forme pseudo-polynévritique. Coexistence d'une tumeur méningée intracranienne. — MM. FOIX, CHAVANY et BASCOURRET. Dans cette observation, comme dans le cas de MM. Pierre Marie et Patrikios, la paralysie des membres inférieurs, avec amyotrophie et abolition des réflexes, donnait l'impression d'une polynévrite. La coexistence de phénomènes bulbaires permettait le diagnostic. A l'autopsie, il existait une tumeur méningée du volume d'une noix, qui comprimait l'opercule rolandique du côté gauche, et, d'autre part, des lésions typiques de sclérose latérale amyotrophique. Les lésions cellulaires prédominaient au niveau des membres inférieurs, mais elles étaient néanmoins très manifestes au niveau du renflement cervical.

Sclérose latérale amyotrophique fruste; démyélinisation marginale sous-piemérienne associée. — M. J. JUMENTIÉ et Mlle SENTIS rapportent une observation anatomo-clinique d'un cas de sclérose latérale amyotrophique, dans lequel la participation du faisceau pyramidal paraissait douteuse cliniquement. L'examen anatomique, s'il montre des lésions de la substance grise du bulbe et de la moelle incontestables, ne révèle qu'une participation très minime du faisceau pyramidal. Les auteurs signalent en outre, dans la répartition des dégénérescences du cordon antéro-latéral, certains points en contradiction avec les données classiques.

3. SUR LA DÉLIMITATION ANATOMO-CLINIQUE DE LA SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

A propos d'un cas anatomo-clinique de poliomyélite antérieure chronique. Caractères anatomiques et cliniques de l'affection. Existe-t-il des formes de transition entre la poliomyélite antérieure chronique et la sclérose latérale amyotrophique? Considérations sur les dégénérations dites transneurales et la pathogénie de ces affections. — MM. FOIX et CHAVANY apportent l'observation anatomo-cli-

nique d'un cas d'atrophie musculaire Aran-Duchenne, ayant duré vingt-trois ans, et caractérisé par une atrophie cervico-brachiale massive avec chute de la tête en avant ou en arrière. Le seul signe d'irritation du faisceau pyramidal était une tendance au clonus du pied. A l'examen histologique, on constatait une atrophie massive des cornes antérieures, et une intégrité de la voie pyramidale, sauf dans la région sacrée inférieure. Les auteurs font le diagnostic de poliomyélite antérieure chronique en raison de la lenteur de l'évolution et de l'intensité de l'amyotrophie cervico-brachiale. Mais ils se demandent s'il n'y a pas là une forme de passage avec la sclérose latérale amyotrophique, et si le même agent ne pourrait pas, frappant selon les cas d'une manière prépondérante soit les cellules, soit les conducteurs, déterminer tantôt les diverses formes de la sclérose latérale amyotrophique, tantôt les formes cellulaires pures, plus rares, de la poliomyélite antérieure chronique.

Sclérose latérale amyotrophique et syphilis spinale à forme amyotrophique. — M. A. Léri est porté à faire la part très large à la syphilis dans les amyotrophies spinales, et il rappelle que, dans les syphilis spinales à forme amyotrophique, les lésions sont diffuses, débordent sur les cordons antéro-latéraux et réalisent par suite le syndrome de la sclérose latérale amyotrophique.

L'origine infectieuse probable de la sclérose latérale amyotrophique. — M. Poussep (de Dorpat) rapporte quelques observations qui lui paraissent plaider en faveur de l'origine infectieuse de la sclérose latérale amyotrophique : observation d'un patron et de son ouvrier, atteints l'un et l'autre de cette maladie ; observation anatomique d'un cas où il existait des lésions méningées ; observation d'un malade atteint de sclérose latérale amyotrophique, ne paraissant pas syphilitique, et chez qui le liquide céphalo-rachidien contenait 20 lymphocytes par millimètre cube.

Séance du 26 mai 1925.

SÉANCE DE COMMUNICATIONS

Cette séance, tenue dans la salle de la Société de neurologie, 12, rue de Seine, à 9 heures, est consacrée à la célébration du XXVe anniversaire de la Société de neurologie.

M. Guillain, président de la Société de neurologie, ouvre la séance par un discours d'une haute tenue scientifique et littéraire, dans lequel il évoque l'histoire de la Société depuis sa fondation le 6 juillet 1899, les souvenirs personnels qu'il a conservés des premières séances, l'activité scientifique incessante qui s'y est manifestée, et d'où sont émanés presque tous les progrès faits par la neurologie dans le dernier quart de siècle ; enfin, son rôle pendant la guerre et le succès croissant des réunions neurologiques internationales qu'elle a organisées.

Le reste de la séance est réservé aux communications des invités étrangers de la réunion neurologique, qui apportent ainsi à la Société une contribution scientifique jubilaire importante.

Sur le réflexe plantaire. — M. Bersot (de Neufchâtel) étudie l'évolution du réflexe plantaire avec l'âge et dans les diverses affections du système nerveux. Son étude statistique confirme pleinement la valeur du signe de Babinski.

Sur le psychisme sous-cortical. — M. Hascovec (de Prague) étudie les troubles psychiques de l'encéphalite épidémique (troubles du sommeil, troubles émotionnels, obsessionnels, psychasthéniques et neurasthéniques) et y trouve des indications sur le fonctionnement des centres psychiques sous-corticaux, et en particulier mésencéphaliques.

Les mérites insuffisamment appréciés de Charcot en tant qu'investigateur des troubles moteurs de l'hystérie. — M. Pienkowski (de Varsovie) pense que l'activité motrice de l'hystérique témoigne de la libération d'automatismes physiologiques dont elle facilite l'étude.

Quelques considérations sur les hémorragies sous-arachnoïdiennes. — M. Herman (de Varsovie) a principalement étudié, dans le service de son maître Flatau, les hémorragies spontanées des jeunes sujets, et il incline à en faire une affection autonome.

Opération de Royle. — M. Rodriguez Arias (de Barcelone) a fait pratiquer l'opération de Royle (résection du sympathique cervical) dans différents cas d'hypertonies pyramidales ou extrapyramidales. Il a toujours obtenu, à la suite de l'intervention, une diminution de l'hypertonie.

Sur une variété de paraplégie spasmodique familiale. — M. Marinesco a observé, dans une famille, une association morbide constituée par des crises d'hypertonie généralisée, à horaire fixe, des crises végétatives associées, et enfin un spina bifida.

Sur la rigidité décérébrée. — Mlle Zand (de Varsovie) a examiné au point de vue anatomique deux cas de rigidité décérébrée : l'un par tumeur des tubercules quadrijumeaux, l'autre par hydrocéphalie tuberculeuse. Les lésions semblaient intéresser surtout le noyau rouge. L'auteur s'est proposé de rechercher expérimentalement quel était le centre de la rigidité décérébrée, et elle a constaté que, expérimentalement, la lésion des olives bulbaires faisait disparaître cette rigidité. Si l'on envisage le développement des olives dans la série animale, il semble qu'il soit en relation avec l'aptitude des animaux à conserver la station verticale.

Sur la localisation de l'écorce sensitive dans le cerveau. — M. Dusser de Barenne (d'Utrecht) a utilisé la strychnine pour déterminer une excitation localisée de l'écorce cérébrale chez le macaque. L'agitation de l'animal témoignait du caractère douloureux de l'excitation. L'expérience a montré que l'excitation paraissait douloureuse, non seulement dans la zone postrolandique, mais encore dans la zone prérolandique, et cela lors même qu'on avait au préalable enlevé au bistouri ou anesthésié à la novocaïne toute la zone postrolandique et toute la région excitable du côté opposé.

Recherches sur la projection de la rétine dans le système nerveux. — M. Brouwer (d'Amsterdam) a réalisé, chez le lapin et chez le singe, des lésions localisées de la rétine, et il a suivi les dégénérescences consécutives dans les voies optiques et dans le corps genouillé externe. Il a pu, de cette manière, déterminer, dans la bandelette optique et dans le corps genouillé externe, les localisations qui répondent aux divers quadrants, le territoire très étendu, mais cependant localisé, qui répond au faisceau maculaire, enfin la part qui revient respectivement à la vision monoculaire et à la vision binoculaire.

Sur les tumeurs centrales de l'encéphale. — M. Winkler (d'Utrecht) projette les photographies d'une série de tumeurs du IIIe et du IVe ventricule. Il signale l'inclinaison de la tête en avant, dont les malades atteints de ces tumeurs prennent souvent l'habitude, et qui semble destinée à faciliter l'écoulement du liquide céphalo-rachidien. Cette attitude disparaît après la trépanation décompressive.

L'acromacrie. — M. Egas Moniz (de Lisbonne) désigne sous ce nom une affection caractérisée par l'augmentation de longueur de toutes les extrémités osseuses : membres allongés, longues mains et longs pieds, hypertrophie des apophyses épineuses. C'est la dystrophie qui a été déjà décrite sous le nom d'« arachnodactylie », d'« hyperchondroplasie ». Le nouveau cas, dont l'auteur rapporte les photographies et les radiographies, concerne une fillette de onze ans et demi, dont la taille atteint déjà 1m60. La selle turcique paraît dilatée. Cette observation vient s'ajouter à celles de M. Marfan et de M. Achard.

Tumeurs multiples de la base du cerveau. — M. Christiansen (de Copenhague).

Le lymphatisme endocranien. — M. Boschi (de Ferrare) pense que beaucoup de céphalées banales sont liées à des méningites séreuses atténuées, en rapport avec la constitution lymphatique. D'autre part, ces méningites séreuses pourraient être le point de départ de méningites tuberculeuses.

Sur la photoréaction prémyotique des pupilles dans les conditions normales et pathologiques. — M. Negro (de

Turin) a étudié la légère dilatation qui précède la contraction pupillaire sous l'influence de la lumière, ainsi que l'hippus physiologique consécutif. La réaction prémyotique est abolie par l'atropine, exagérée par l'adrénaline. Elle est plus marquée dans les états de sympathicotonie.

Observations physio-pathologiques et cliniques sur le phénomène de la roue dentée. — M. Negro (de Turin) a observé le phénomène de la roue dentée, qu'il a décrit, non seulement dans la maladie de Parkinson, mais aussi dans la maladie de Basedow et dans certains syndromes vestibulaires. Elle témoigne de l'hypertonie du sarcoplasme, qu'elle qu'en soit la cause.

L'intoxication des nerfs par le curare. Ses applications à la clinique. — M. Negro (de Turin) montre que le curare n'agit pas seulement sur la « plaque motrice », comme l'admettaient les classiques, mais que l'intoxication atteint également les nerfs périphériques.

De quelques faits relatifs à l'ancienne hystérie de Charcot. — M. Mendelssohn.

Le signe du funambule, démarche pathognomonique pour le pithiatisme ou la simulation. — M. Henner (de Prague). Par son caractère paradoxal et discordant, la démarche du funambule ou danseur de corde permet de conclure à coup sûr à la non-organicité.

Sur un syndrome cérébelleux paludéen. — M. Patrikios, présente six observations où le syndrome cérébelleux s'installa au cours d'un paludisme primaire ou secondaire d'une façon plus ou moins brusque : syndrome évoluant tantôt vers la guérison, tantôt vers la chronicité, malgré un amendement des troubles cliniques. Quelquefois ces troubles cérébelleux peuvent être associés à des phénomènes pyramidaux, à du tremblement intentionnel on à du rire ou du pleurer spasmodiques.

Sur le caractère intérieur du phénomène de Piotrowski. — M. Siemionkin (de Dziekouka).

Hypertonies d'origine lenticulaire. — M. Pelnar (de Prague).

Pseudo-sclérose de Westphal. — M. Syllaba (de Prague), rapporte un cas la pseudo-sclérose de Westphal, dans lequel il faut relever un certain nombre de particularités : la cirrhose était reconnaissable cliniquement, car il y avait gros foie et grosse rate ; elle s'associait à un syndrome hémorragique ; enfin il existait des troubles trophiqnes des ongles, qui prenaient l'aspect d'« ongles d'émail ».

Les narcolepsies postencéphalitiques. — M. Stéfano Perrier (de Turin) fait une étude spéciale des états de somnolence qui survivent à une encéphalite, après que la maladie semble avoir cessé d'évoluer.

Considérations sur les lésions de l'écorce cérébrale et du locus niger dans le parkinsonisme postencéphalitique. — M. Donaggio (de Modène), de l'étude anatomique de trois cas, conclut à l'origine cortico-nigrique du syndrome parkinsonien.

Tumeur de la base du cerveau postérieur. — M. Poussep (de Dorpat) a diagnostiqué et enlevé une tumeur qui siégeait au-dessous de la corne occipitale du ventricule latéral gauche. Les symptômes consistaient en hémianopsie, douleurs, nystagmus et symptômes cérébelleux. Les suites opératoires ont été excellentes.

Sur une nouvelle méthode d'exploration de la sensibilité gustative ; contribution à la sémiologie de la corde du tympan. — M. Roasenda (de Turin).

L'autosérothérapie intrarachidienne dans l'encéphalite épidémique chronique. — M. Catola (de Florence).

Les connexions centrales du nerf vestibulaire. — M. Van Gehuchten a pratiqué expérimentalement la section du nerf vestibulaire dans son trajet intracranien et il a étudié ses dégénérescences. Il a pu constater ainsi l'importance de son faisceau cérébelleux, le grand nombre de fibres centrifuges qu'il contient, mais dont l'origine reste mal déterminée, enfin sa terminaison au niveau des noyaux que l'on peut considérer comme les noyaux primaires de la vie labyrinthique : noyau vestibulaire, noyau du toit, noyau triangulaire, noyau descendant, noyau de Bechterew. Le noyau de Deiters ne fait pas partie de ce groupe : ce serait plutôt un noyau secondaire.

Contribution à l'étude histologique de l'état marbré. — Mlle Springelova (de Prague).

Localisation des troubles des impressions tactiles et auditives dans un cas de lésion corticale. — M. Otakar-Janota (de Prague).

Adresse de la Société de neurologie de Vilno. — M. Wladyczko, au nom de la Société de neurologie de Vilno, confère à M. Babinski, le titre de docteur honoris causa de la Faculté de médecine de cette ville.

Séance de l'Académie de médecine.

L'après-midi du 26 mai a été occupée par la commémoration du centenaire de Charcot à l'Académie de médecine. La cérémonie, à laquelle assistaient le docteur Jean Charcot, l'explorateur du pôle sud et toute la famille de Charcot, a débuté par un discours de M. Barrier, président de l'Académie, qui a rappelé la biographie de Charcot et la place tenue par lui, comme savant et comme médecin, dans la Société d'il y a quarante ans.

L'éloge de Charcot a été prononcé par M. Pierre Marie (1), son élève direct, qui devait, après Raymond et Dejerine, devenir son successeur à la chaire de clinique des maladies du système nerveux à la Salpêtrière. Nul ne pouvait dire avec plus de compétence ce qu'avaient été sa carrière, son œuvre de neurologiste et d'anatomo-pathologiste, sa méthode, ou plus exactement, — pour employer l'expression qui convient à l'« artiste » qu'il était, — sa « manière », enfin son enseignement et son influence.

M. Marinesco parla ensuite au nom des nombreux élèves étrangers de Charcot, qui sont maintenant disséminés dans le monde entier, et qui, pour la plupart sont à leur tour devenus des maîtres. Il dit l'influence que Charcot avait exercé sur ses jeunes années, et qui a inspiré toute sa vie scientifique.

M. Christianssen ajoute quelques mots d'hommage délicat et ému à celui dont il s'honore d'avoir été également l'élève.

Enfin M. Achard, secrétaire général de l'Académie, termine la séance par une courte allocution, très applaudie, dans laquelle il remercie les orateurs et les membres de la famille de Charcot ; de plus il apporte lui aussi l'hommage de sa reconnaissance au grand savant dont on fête le centenaire, puisque élève de Joffroy, son esprit s'est formé dans l'ombre de Charcot.

Séance du grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Le soir a eu lieu la cérémonie officielle du centenaire de Charcot en présence du Président de la République, et sous la présidence de M. de Monzie, ministre de l'Instruction publique.

M. Babinski, président du Comité d'organisation, retraça en un tableau magistral, l'œuvre scientifique de Charcot.

MM. Marinesco (de Budapest), Vinkler (d'Utrecht), St-Clair Thomson (de Londres) prirent la parole au nom des délégués étrangers.

Puis M. Lallemand, au nom de l'Académie des Sciences, M. Calmette, au nom de l'Institut Pasteur, M. Guillain au nom de la Société de Neurologie, M. Rist, au nom de la Société Médicale des hôpitaux, M. Roussy, au nom de la Société anatomique apportèrent à leur tour leur hommage à la mémoire de Charcot.

Enfin les délégués officiels des 17 gouvernements représentés vinrent présenter solennellement, en un défilé pittoresque, leurs adresses au ministre de l'Instruction publique.

Ce dernier termina la cérémonie en associant le gouvernement à l'hommage éclatant qui venait d'être rendu au grand savant français.

(A suivre.) MOUZON.

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 43, p. 697.

ÉPILEPSIE ET DÉLIRE

Par R. BENON,
Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

Il n'y a pas de délire épileptique, ou, en tout cas, s'il existe, il est tellement rare qu'il est presque négligeable pratiquement. Nous croyons en avoir observé un exemple sur deux cents cas d'épilepsie avec « agitation » (1/200). Chaque fois que nous nous sommes attaché à l'examen d'un fait d'épilepsie compliquée soi-disant de délire, nous sommes toujours arrivé, — sauf une fois, — à établir que l'excitation maniaque était en cause. On observe aussi chez l'épileptique de la confusion mentale avec agitation; elle est, en principe, de courte durée. Ce sont ces trois questions : délire, confusion mentale, manie, chez les épileptiques, que nous voulons discuter brièvement. Nous dirons ensuite, pour terminer, quelques mots de thérapeutique.

A. **Étude clinique.** — Comment se présentent le délire, la confusion mentale, la manie, de nature ou, mieux, d'ordre épileptique? Ces faits, certes, ne sont pas simples et leur observation, pour être précise, exacte, exige non pas seulement de l'attention, mais encore du temps et de la suite dans le temps.

1. **Le délire.** — Lorsque, en matière de clinique épileptique, il est question de délire, celui-ci ne peut être qu'un délire mal systématisé, à thème plutôt incohérent, fondé sur des illusions ou hallucinations (délire hallucinatoire aigu ou subaigu, hallucinose aiguë ou subaiguë, délirante et anxieuse). C'est ce même délire qu'on observe dans les intoxications, par exemple dans l'éthylisme chronique ou dans les infections, par exemple dans la dothiénentérie ou le rhumatisme articulaire aigu. Nous disons que ce délire est extrêmement rare dans l'épilepsie dite essentielle, après les crises survenant ou non en séries. Il va de soi qu'on ne peut faire entrer dans le soi-disant délire comitial les cas de délires hallucinatoires survenant chez des épileptiques qui sont des alcooliques chroniques.

Quand on reçoit à l'hôpital ou à l'asile, quand on examine dans une famille, un épileptique déclaré atteint de délire épileptique, on a devant soi un malade, plus ou moins agité, en proie à une activité plus ou moins désordonnée. Il s'agit de faire le diagnostic de cette agitation et d'établir si elle doit être rattachée à du délire ou à de la manie. Ce n'est pas, chose aisée. — Il faut, d'abord, pratiquer, la plume à la main, non seulement l'observation directe (examen sans hâte et toujours long du patient), mais encore l'observation indirecte jour par jour, depuis les crises récentes (renseignements fournis par les parents ou les voisins). Pour les notes à recueillir près des tiers, il est indispensable de voir successivement plusieurs personnes; certains témoins sont de très mauvais observateurs, non pas parce qu'ils ont des idées préconçues, car ils ignorent totalement ce que cherche le clinicien, mais parce qu'ils ne savent pas rendre compte de ce qu'ils ont vu ou entendu. Ensuite, il faudra faire, chaque jour, un état actuel du malade, recueillir des détails sur ce qu'il dit, sur ce qu'il fait, interroger les infirmiers traitants sur ce qu'ils ont entendu ou vu (les rapports écrits des infirmiers sont souvent très médiocres). Enfin, une fois le malade guéri, il faut établir avec lui et avec l'entourage le status rétrospectivus. C'est en pratiquant de tels examens que nous sommes parvenus à fixer la très grande rareté du délire épileptique, sinon son inexistence. De même nous avons constaté que l'amnésie qui suit le soi-disant délire épileptique, est toujours une erreur, à moins que ce « délire » ne soit de la confusion mentale, mais dans de tels cas, on ne parle plus guère aujourd'hui de délire épileptique. En somme, le clinicien devra se livrer moins à une vague observation prolongée durant des mois ou des années, qu'à une observation écrite, relativement courte, serrée, sérieuse, quotidienne.

Pratiquement, — et cet aveu est une sorte de faiblesse, — on n'observe presque jamais assez un malade. Plus on passe de temps près de lui, plus on le trouve curieux et complexe. Tous les jours l'observation d'un malade, directe ou indirecte, apprend quelque chose de nouveau. En matière de simple observation clinique, on ne doit jamais être content de soi; il ne faut jamais croire la tâche terminée. C'est pour cela que nous sommes si partisan de l'observation contradictoire. Mise à exécution par plusieurs cliniciens, désintéressés et consciencieux, elle révèlerait lumineusement nos insuffisances. Si on ne s'y essaie pas, c'est sans doute par intolérance et manque d'éducation spéciale. Pourtant, dans les sciences et d'une manière générale, il importe moins de prédominer que de chercher des parcelles de vérité.

Quand on lit les observations de délire épileptique (dans les traités ou les leçons cliniques de pathologie mentale), quand on considère leur état squelettique, quand on voit quelles conclusions chacun en tire, on n'est plus surpris des erreurs relevées si communément autour de soi.

2. **La confusion mentale.** — La confusion mentale (confusion dans les perceptions, troubles de la reconnaissance des personnes, des lieux, des objets) est commune dans l'épilepsie; par exemple quand le malade sort de sa crise motrice, on le voit égaré, hébété, désorienté; il ne sait ni le lieu où il est, ni l'heure de la journée, ni la qualité des personnes qui l'entourent, etc. Cet état de confusion mentale vraie dure peu : quelques minutes, quelques heures, rarement quelques jours.

Le syndrome confusion mentale post-critique comitial coexiste avec un syndrome asthénique, ce qui complique l'observation des faits cliniques. C'est après la disparition de la confusion mentale, c'est-à-dire après la disparition des troubles de la perception, que l'asthénie psychique (confusion dans les idées) et l'asthénie musculaire (abattement) sont bien nettes. L'observation et la précision des faits est très difficile quand les phénomènes de confusion dans les perceptions s'enchevêtrent ou alternent avec les phénomènes de confusion dans les idées. Ils peuvent cependant et doivent être toujours séparés et distingués.

La confusion mentale post-épileptique peut s'accompagner d'agitation incohérente (confusion mentale incohérente, plus ou moins durable), avec carphologie, divagations monotones (« délire » tranquille), divagations d'ordre professionnel (« délire » professionnel), raptus, etc. Les impulsions désordonnées ou raptus se produisent surtout quand des illusions ou hallucinations compliquent la confusion mentale (confusion mentale hallucinatoire), parce les troubles psycho-sensoriels engendrent de l'agitation anxieuse.

L'agitation anxieuse que l'on peut observer dans la confusion mentale épileptique compliquée d'hallucinations, ne sera pas confondue avec l'agitation anxieuse que peut déterminer un état d'asthénie durable produit par une ou plusieurs crises épileptiques.

Ce qui est confusionnel chez l'épileptique, après les crises est suivit d'amnésie, mais l'état de confusion mentale n'est pas l'état d'amnésie de fixation ou encore l'état second qui peuvent succéder à des crises uniques ou répétées, de nature comitiale.

Sur tous ces points, l'insuffisance des observations qu'on peut lire dans les auteurs est saisissante.

3. **L'asthéno-manie**. — La manie épileptique, sous toutes ses formes (hypomanie, manie aiguë, fureur maniaque), voilà le syndrome commun après les crises d'épilepsie.

Esquirol avait bien observé la manie épileptique, alors que les auteurs récents (Magnan, Chaslin), parlent avant tout de délire.

La manie épileptique représente une variété d'asthéno-manie secondaire (J. Tastevin).

L'asthénie constatée fait suite à une crise ou, plus souvent, à une série de crises. Il faut ne pas oublier que les crises épileptiques sont susceptibles de se produire la nuit de sorte qu'elles peuvent être méconnues : cependant l'anamnèse bien dirigée est rarement insuffisante. Cette asthénie post-critique est tantôt aisée à analyser, tantôt obscure dans ses éléments. Le patient accuse de l'amyosthénie, c'est-à-dire de la faiblesse musculaire générale, de l'épuisement, de la lourdeur dans les membres, ou comme de la fatigue, de la courbature, avec, en même temps, de l'anidéation, c'est-à-dire de la paresse de la mémoire, du ralentissement des processus psychiques, une certaine difficulté à fixer son attention, à suivre une idée. Quelquefois aussi on note de la céphalée, de l'insomnie. Peu à peu, au bout de deux, trois ou quatre jours, rarement plus, les troubles hyposthéniques diminuent; il semble que le sujet revienne à son état antérieur; il se lève, s'occupe un peu et normalement. Lorsque l'entourage n'a pas l'expérience des accès asthéno-maniaques, il croit à la guérison des troubles mentaux. Avant de devenir maniaque (ou hypersthénique), le patient qui était asthénique (ou hyposthénique) passe donc par l'état sthénique normal (ou eusthénie). De même que l'asthénie a disparu progressivement, de même la manie grandit petit à petit. L'hypomanie n'est pas l'exception : nous la croyons aussi fréquente, chez l'épileptique, que la fureur maniaque.

La manie ou hypersthénie, qui est l'opposé de l'asthénie, est caractérisée par un état d'excitation motrice (hypermyosthénie) et d'excitation intellectuelle (hyperidéation ou fuite des idées) : l'hypermyosthénie et l'hypéridation de la manie s'opposent à l'amyosthénie et à l'anidéation de l'asthénie. Le malade ne cesse de parler et de s'agiter. Ses mouvements sont vifs et faciles, parfois très violents. Il éprouve un sentiment de bien être et de légèreté corporelle. Sa pensée est rapide, aisée. Il se remémore facilement tous souvenirs. Il est satisfait, content, joyeux. Il ne dort plus. S'il est contrarié, soit qu'on cherche à le maintenir, soit qu'on l'empêche de fuir, il s'énerve, se met en colère, frappe, mord, crache, hurle, brise les objets mobiliers. Ses colères sont d'autant plus dangereuses que sa force musculaire, du fait même de l'état morbide, est décuplée : c'est la fureur maniaque. Ces troubles hypersthéniques disparaissent généralement en quatre ou cinq jours, et le patient retrouve son état antérieur.

Le maniaque épileptique exprime assez souvent des idées « délirantes », surtout des idées de grandeur, des idées mystiques, des idées érotiques, et, parfois, des idées de persécution. De là, sans doute, l'erreur des auteurs. En fait, le sujet, sous l'influence de son état d'hypersthénie, manifeste ses tendances, ses penchants ou ses passions. Le maniaque, on le sait, ne garde aucun secret.

La manie, chez l'épileptique, peut-elle s'associer à de la confusion mentale, par exemple à l'occasion d'une intoxication (alcoolisme) ou d'une infection quelconque? Cela paraît possible. A notre avis, un tel tableau clinique avec fièvre, représente ce que les auteurs ont appelé le délire aigu.

La manie épileptique peut-elle se compliquer d'hallucinations? On note quelquefois dans la manie épileptique, des illusions de la vue ou de l'ouïe, et surtout des illusions de fausse reconnaissance. Mais il semble qu'on ne puisse observer des hallucinations dans la manie que si un facteur toxique ou infectieux est surajouté à l'état hypersthénique.

On enseigne, à tort, que le caractère de l'épileptique est un caractère spécial. Il résulte de nos observations que les épileptiques dits coléreux, irritables, impulsifs, violents, sont toujours ou presque toujours des sujets qui font de l'asthéno-manie ; la manie qu'ils réalisent n'est pas intense, aiguë, c'est simplement de l'hypomanie : leurs gestes surprennent tant ils sont violents, parce qu'on en méconnaît l'origine. A noter aussi que certains épileptiques, au cours de la période d'asthénie qui suit leurs crises, sont encore très irritables ; cette irritabilité est un phénomène secondaire puisqu'elle dépend de leur état de dépression. Bien soignés, bien connus, alités ou isolés à temps, ces malades ne troublent plus les salles d'hôpitaux ou d'asiles. Il ne s'agit donc point, chez de tels patients, de troubles spéciaux du caractère, mais de troubles greffés sur un état morbide essentiel, hyper ou hypo-sthénique.

Le diagnostic de la manie épileptique est une grande difficulté clinique : l'étude que nous en avons faite nous a conduit à établir que c'est une erreur de la qualifier « délire », lequel est une rareté après les crises comitiales.

B. **Notes thérapeutiques**. — Il n'est naturellement pas indifférent, au point de vue du traitement, de confondre manie et délire, et on ne voit pas bien, — faisons-le remarquer en passant, — comment on pourrait fixer ce diagnostic autrement que par l'analyse psycho-clinique. Trouvera-t-on un jour, un signe organique qui dispensera l'observateur d'une longue et difficultueuse étude? Cela paraît douteux.

La balnéothérapie, sous forme de bains tièdes ou chauds, est le traitement de choix de la manie; elle ne guérit pas les états hypersthéniques; elle calme les malades en même temps qu'elle permet de réaliser une hygiène presque parfaite. Elle est assez souvent mal tolérée par le maniaque épileptique; un personnel de choix est, à ce poste, indispensable.

L'alitement, difficile à réaliser dans les hôpitaux et asiles, faute d'infirmiers stables et instruits, ne devra pas être pratiqué avec fixation sur le lit par la camisole de force et les entraves (ce qui est malheureusement courant). Cette thérapeutique est mortelle. La fixation prolongée dans une baignoire avec

un tablier faisant carcan, est-elle sans danger, si elle permet de supprimer la camisole? Nous en doutons. On mettra plutôt le patient dans une chambre d'isolement, sans lit, bien chauffée et matelassée. Revêtu du maillot, il pourra circuler. Certains sujets brisent et déchirent : on évitera encore de les camisoler, puisque la camisole aggrave l'état de colère et nuit à la santé physique.

L'hyoscine, excellent calmant de l'excitation maniaque, doit être employée avec modération et d'une façon espacée. Il faut en surveiller personnellement l'administration. Le gardénal, les bromures ne diminuent pas l'intensité de la manie épileptique (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 18 MAI 1925)

Réactions de l'organisme humain sur les pièces prothétiques ou synthétiques en os hétérogène, stérilisé par l'alcool bouillant. — MM. ROBINEAU et G. CONTREMOULINS montrent que la prothèse et la synthèse en os hétérogène ne paraissent pas mériter la réprobation générale dans laquelle on les tient actuellement. Ce n'est pas la substance qu'il faut incriminer, mais son mode d'emploi et de fixation.

C'est en modifiant l'arsenal chirurgical, en adaptant la technique au but poursuivi — la fixation mécanique des pièces osseuses — qu'on pourra tirer tout le bénéfice de ce très précieux mode de restauration et de reconstitution du squelette humain.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 2 JUIN 1925)

Une question d'hygiène sociale. Une affection mentale fictive : la kleptomanie. — M. A. ANTHEAUME a pu démontrer récemment que la kleptomanie, entité morbide admise par les médecins aliénistes et par le public non médical, n'existe pas en réalité et doit être rejetée dans le domaine de la légende.

Alors que les véritables obsessions-impulsions sont suivies, une fois satisfaites, d'un sentiment de dégoût et de remords vis-à-vis de l'acte accompli, la prétendue impulsion morbide à commettre des vols répétés, en particulier dans les grands magasins, n'amène pas, chez les personnes qui y ont été entraînées, de tels sentiments : jamais en effet il n'est question de la restitution volontaire de l'objet dérobé par les soi-disant kleptomanes, alors qu'une restitution directe ou indirecte serait pour les délinquantes un excellent moyen de dégager leur conscience.

En outre, il faut remarquer que la prétendue kleptomanie n'existe qu'en France ou plus exactement qu'à Paris.

Dès 1906, alors que la doctrine de la kleptomanie était universellement acceptée, l'auteur a eu l'occasion de démasquer des soi-disant kleptomanes, admises comme telles par divers aliénistes, et qui étaient en réalité des professionnelles du vol, spécialement outillées pour leurs larcins. Récemment son point de vue a fini par être adopté à la Société de médecine légale de France, par les médecins-experts les plus qualifiés, qui ont proposé de rayer la kleptomanie du cadre nosologique des affections mentales.

La prophylaxie des vols dans les grands magasins constitue un problème d'hygiène mentale et sociale qui n'est pas négligeable. L'auteur propose qu'on institue dans les grands magasins parisiens le système employé à Buenos-Ayres, où des inspecteurs exercent sur les acheteuses une surveillance ostensible : il faut des inspecteurs qui *regardent*, et non pas seulement qui *voient*, il faut que les acheteuses se sentent surveillées.

Le système de l'intimidation par les châtiments corporels, pratiqué dans certains pays, ne serait pas admis en France, mais il faut que, d'une part, la surveillance exercée dans les grands magasins devienne plus apparente et d'autre part que, l'excuse du trouble mental assigné n'étant plus admise judiciairement, le vol dans les grands magasins reçoive les sanctions habituelles, c'est-à-dire la condamnation en cour de justice, sans sursis ou avec sursis suivant qu'il s'est agi ou non de récidive.

M. Maurice DE FLEURY reconnaît qu'on a abusé du mot de kleptomanie en faveur de voleurs et de voleuses incontestables; mais il n'admet pas l'argument de la non-restitution des objets volés, parce que les véritables kleptomanes, les malades repentants et qui voudraient restituer, s'en abstiennent presque toujours dans la crainte des formalités multiples et de scandale.

M. de Fleury partage d'ailleurs l'opinion de M. Antheaume quant au remplacement des inspecteurs sournois, qui guettent en tapinois et n'interviennent qu'une fois l'acte commis, par des inspecteurs qui regarderaient nettement, franchement, et feraient sentir la surveillance.

On distingue des voleurs les malades kleptomanes par ces signes :

1° Inutilité et absurdité du vol ;

2° Contraste entre la vie normalement honnête des kleptomanes et la perversité de leur acte momentané ;

3° Symptômes de la grande hyperémotivité ;

4° Cristallisation de cette hyperémotivité sur l'idée de voler.

Une tactique contre la rougeole fondée sur l'expérience. — M. ARMAINGAUD pense qu'il vaut mieux, en temps d'épidémies bénignes, ne pas soustraire les enfants à la contamination.

Essai de chimiothérapie intraveineuse de la blennorragie par le chlorhydrate de diamino-méthyl-acridine. — MM. H. JAUSION, Ed. DIOT et N. VOUREXAKIS. De la pratique de 1.417 injections intraveineuses de 5 centimètres cubes de la solution au 1/50 de diamino-méthyl-acridine (acriflavine, trypaflavine, gonacrine), du traitement régulier de 67 sujets pour la plupart vieux gonorrhéiques avec pour résultats 37 guérisons complètes, 15 améliorations très sensibles, 11 moins marquées et 4 échecs, du constat de quelques inconvénients tous assez légers et faciles à prévenir (coup de lumière acridinique) et de nombreux avantages thérapeutiques et prophylactiques, les auteurs concluent à la valeur de la chimiothérapie acridinique déjà fort connue à l'étranger et de la méthode intraveineuse trop peu employée.

Contribution à la physiologie de l'oreille moyenne. — M. BONAIN a lu un travail sur un point de la physiologie de l'oreille moyenne. Pour lui, le mouvement qui entraîne la membrane du tympan pendant l'acte de la déglutition vers l'oreille interne, est dû, non à une aspiration avec production de vide, comme on l'a cru jusqu'ici, mais à une contraction du muscle de l'étrier.

Comité secret. — Acceptation d'un buste.

Rapports : de MM. VAQUEZ, sur le prix Guzman; MARTEL, sur le prix Reynal; JEANSELME, sur le prix Buisson; CALMETTE, sur le prix Barbier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 29 MAI 1925)

Rupture partielle du biceps gauche et du musculo-cutané dix ans après une rupture du biceps droit chez un sujet surentraîné par la gymnastique d'agrès. — MM. THIEL et MINOT. L'accident est dû à la mauvaise qualité de la fibre musculaire acquise par une méthode d'entraînement trop systématique.

(1) Voir J. TASTEVIN. L'asthénie post-douloureuse et les dysthénies périodiques (psychose périodique). *Ann. méd. psychol.*, 1911, nos 2, 3, 4; — L'asthéno-manie post-épileptique, *Th. de Paris*, 1911. — R. BENON. L'asthéno-manie post-épileptique, *Gaz. des hôpit.*, 18-20 avril 1911; Epilepsie et délire sans amnésie, *Gaz. des hôpit.*, 28 déc. 1909 (Cas de manie et non de délire); Manie et délire, *Bull. de la Soc. de méd. ment. de Belgique*, oct.-déc. 1921.

La méthode des poids légers et des cadences rapides donne une qualité de muscles différente, beaucoup moins sujette à la rupture.

Méningite tuberculeuse ayant simulé une encéphalite avec amélioration temporaire considérable par la médication salicylée intraveineuse. — MM. Ph. PAGNIEZ, J. CORBY et A. ESCALIER rapportent l'observation d'une jeune fille de dix-neuf ans, morte d'une méningite tuberculeuse avec lésions classiques et nombreux bacilles dans le liquide après une évolution de près de quatre mois au cours de laquelle la maladie simula de façon complète une encéphalite caractérisée par de la fièvre, des phénomènes généraux, de la somnolence au début et des troubles oculaires (paralysie du moteur oculaire externe droit et paralysie très marquée de l'accommodation). Dans la période terminale seule survinrent des phénomènes méningés caractéristiques.

A deux reprises, la fièvre, les phénomènes généraux et les troubles oculaires subirent une amélioration considérable sous l'influence des injections intra-veineuses de salicylate de soude.

Forme exanthématique de la peste bubonique. — MM. TEISSIER, REILHY, CAMBESSEDES et CATHALA. Il s'agit d'un homme envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de variole à cause d'une éruption pustuleuse et papuleuse généralisée prédominant à la face. Cet homme était en outre porteur de bubons inguinaux et cervical gauche.

L'éruption différente de celle de la variole ressemblait surtout à celle des septicémies staphylococciques. L'examen du pus des pustules cutanées, la ponction des ganglions, l'hémoculture, montrèrent des amas considérables de bacilles de Yersin. L'autopsie révéla des lésions nécrotiques des différents viscères, surtout des reins où il s'agissait de lésions véritablement pustuleuses.

Il existe donc une forme exanthématique de la peste, forme d'ailleurs, exceptionnelle. La sérothérapie a été impuissante, sans doute, parce que, trop tardive, alors que les lésions viscérales étaient déjà constituées.

Asthénie et syphilis. — MM. Pr. MERKIEN et A. DEVAUX, rappellent qu'ils ont insisté sur l'origine syphilitique de certaines asthénies. Les antécédents personnels et héréditaires, les réactions sérologiques, l'efficacité du traitement spécifique et l'inefficacité des autres thérapeutiques, permettent de dégager cette modalité d'asthénie, dont plusieurs faits sont peu à peu venus montrer le bien-fondé.

Cette forme rentre dans ce que les auteurs ont nommé syphilis fonctionnelle ou méiopragique, voulant montrer par là que certains organes, sans présenter des lésions objectives, n'en sont pas moins du fait de la syphilis diminués dans leur rendement.

Un cas d'anaphylaxie et l'insuline. Essai de pathogénie des œdèmes insuliniens. — MM. Maurice RAYNAUD et Adrien LACROIX (d'Alger). Au cinquante-huitième jour d'une première cure insulinique apparaissent chez une patiente des accidents caractérisés d'anaphylaxie. Neuf mois plus tard, au septième jour de la reprise du traitement insulinien, accidents semblables aux premiers. Les résultats des recherches de laboratoire confirment la nature anaphylactique des accidents.

Les auteurs pensent que l'insuline est à même de déterminer des chocs colloïdoclasiques. A la lumière de cette conception, ils passent en revue les faits anormaux, observés au cours des cures insuliniques : hydrémte sanguine, œdèmes tissulaires, baisse de la pression artérielle, modification de la coagulabilité sanguine; accidents convulsifs sans hypoglycémie et trouvent dans les communications des divers auteurs des arguments en faveur de l'origine colloïdoclasique de ces accidents.

Névrite du circonflexe et diabète — MM. Emile SERGENT et Henri KAUFMANN relatent l'observation d'une malade, qui ne se savait pas diabétique et qui présentait une scapulalgie et des troubles moteurs du deltoïde. Ils mentionnent plusieurs autres observations analogues de sujets diabétiques chez qui les phénomènes sont plus accusés encore : douleurs irradiées jusqu'aux extrémités digitales, point névralgique axillaire, troubles de la sensibilité dans la zone cutanée innervée par le nerf circonflexe, atophie plus ou moins marquée du deltoïde avec réaction de dégénérescence.

Grand abcès du poumon à streptocoque. Guérison spontanée. — MM. A. LEMIERRE, M. LÉON-KINDBERG et Ed. BERNARD rapportent l'histoire d'une femme qui fut prise brusquement de fièvre et d'un point de côté gauche. Cinq jours plus tard survint une vomique fractionnée. L'examen bactériologique des crachats donna un streptocoque à l'état de pureté; le même microbe fut trouvé à deux reprises dans le liquide séro-fibrineux d'une pleurésie développée au voisinage du foyer pulmonaire. La constatation à l'auscultation des signes cavitaires et l'image radioscopique ont permis de conclure à l'existence d'un grand abcès du poumon. Les auteurs insistent sur le caractère exceptionnel de leur observation. Les abcès du poumon à streptocoque survenant toujours au cours des septico-pyohémies strepcocciques graves et étant toujours suivis de mort.

Guérison d'une perforation broncho-pleurale large dans un pneumothorax artificiel par thoracoplastie combinée avec l'oléothorax. — M. BURNAND (de Leysin).

Pneumothorax et maternité. — MM. A PELLÉ (de Rennes) rapporte quatre observations de femmes traitées par le pneumothorax chez lesquelles est survenue une grossesse. Dans un cas seulement il y a eu fausse couche au bout de cinq mois, dans les trois autres, la grossesse a évolué normalement pour aboutir à un accouchement normal avec un enfant sain et bien constitué. Dans aucun cas il n'y a eu d'aggravation de la tuberculose pulmonaire.

Un cas tunisien de kala-azar chez l'adulte. — MM. E. BURNET et F. MASSELOT rapportent le deuxième cas de kala-azar d'adulte observé en Tunisie, où, sur soixante-huit cas diagnostiqués par l'Institut Pasteur, de 1904 à 1925, aucun ne concernait un sujet âgé de plus de neuf ans.

Il s'agit d'une femme de trente-huit ans qui a succombé à une maladie intercurrente avant qu'on ait pu commencer le traitement spécifique.

Paralysie diphtérique avec réactions méningées. — MM. L. BABONNEIX et L. POLLET rapportent l'observation d'un sujet qui, à la suite d'une angine blanche d'apparence bénigne, fut pris d'une paralysie du voile, suivie de troubles visuels, suivi eux-mêmes de phénomènes indiquent l'existence d'une paralysie généralisée, d'ailleurs discrète.

A la ponction lombaire, pratiquée plus de deux mois après le début des accidents, on trouve une assez forte lymphocytose (40 lymphocytes par millimètre cube) et une hyperalbuminose non moins nette (0.56) de type inflammatoire, comme le montra le rapport $\frac{\text{fibrinogène}}{\text{albumines totales}}$.

Leucémie lymphoïde chronique à type splénique pur. — MM. Ch. MOREL, Jean TAPIE et L. BOUNHOURE (de Toulouse) rapportent un nouveau cas de leucémie lymphatique chronique à type splénique. Au point de vue clinique, le malade, âgé de soixante et onze ans, se présentait comme un grand anémique avec énorme splénomégalie, sans la moindre hypertrophie ganglionnaire. L'examen hématologique montrait une augmentation considérable du nombre des globules blancs; la plupart de ces éléments avaient les caractères cytologiques du « moyen mononucléaire ». Après avoir été remarquablement amélioré par la radiothérapie, le malade a brusquement succombé.

Un cas de septicémie à entérocoque. — M. BRELET. Le diagnostic fut fait par les résultats de l'hémoculture; la fièvre avait, au début de la maladie, présenté le type intermittent, ce qui a déjà été signalé dans l'entérococcie.

Microscopie de l'œil vivant. Diagnostic précoce et Sémiologie des affections du segment antérieur de l'œil, par F.-E. KOBY. Un volume de 240 pages avec 43 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 46. — MARDI 9 & JEUDI 11 JUIN 1925. 98e ANNÉE. MARDI 9 & JEUDI 11 JUIN 1925. — N° 46

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ADMINISTRATION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Par arrêté du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales en date du 6 juin 1925, le chef de l'administration de l'Assistance publique à Paris prendra désormais le titre de directeur général de l'administration de l'Assistance publique à Paris. (*J. O.*, 7 juin 1925.)

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE MÉDECIN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 4 juin. — MM. Mouquin, 19,09; Moreau, 20; Léon-Kindberg, 19.

Séance du 6 juin. — MM. Carrie, 19,27; Chevalley, 19; Hutinel, 20; Levesque et Nicaud, 19.

— CONCOURS D'OPHTALMOLOGISTE DES HÔPITAUX. — Séance du 4 juin. — Question donnée : « Zonule de Zinn et accommodation. »

MM. Hartmann, 28; Cousin, 26; Monthun, 30; Lagrange, 29.

Epreuve clinique. — Séance du 5 juin. — MM. Lagrange et Cousin, 17.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le concours pour les prix à décerner aux élèves externes en médecine (année 1925-1926) et la nomination aux places d'élève interne en médecine vacantes le 15 février 1923 s'ouvrira le jeudi 30 juillet 1925, à 9 heures.

Les élèves sont admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mercredi 1er juillet jusqu'au samedi 18 juillet inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour la première épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où auront lieu les compositions écrites, les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours. — Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours du prosectorat.* — *Epreuve orale d'anatomie.* — Séance du 5 juin. — M. Welti, 15.

— M. Strohl, professeur de physique à la Faculté d'Alger, est nommé professeur de physique à la Faculté de Paris en remplacement de M. André Broca, décédé.

— ALGER. — M. Costantini, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale en remplacement de M. Vincent, retraité.

— M. Leblanc, professeur sans chaire, est nommé professeur d'anatomie en remplacement de M. Weber, appelé à d'autres fonctions.

— M. Pinoy, professeur sans chaire à la faculté des sciences d'Alger, est nommé professeur d'histoire naturelle médicale et parasitologique en remplacement de M. Trabut, retraité.

— LYON. — *Un legs de 100.000 francs à l'Université de Lyon.* — Par un décret daté du 28 juillet, l'Université de Lyon est autorisée à accepter un legs de 100.000 francs fait à cette Université par M. Joseph Gillet pour l'achat d'appareils ou instruments destinés aux laboratoires de la Faculté des sciences et de la Faculté de médecine.

— MONTPELLIER. — M. Riche, agrégé, est nommé professeur sans chaire.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 4 juin 1925, la chaire de pharmacie galénique de la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris est déclarée vacante. (*J. O.*, 5 juin 1925.)

COLLÈGE DE FRANCE. — Les crédits devenus disponibles au Collège de France par suite du décès de M. l'abbé Rous-

selot, professeur de phonétique, sont affectés à l'enseignement de l'histo-physiologie.

Un délai d'un mois, à dater du 5 juin 1925, est accordé aux candidats pour adresser à l'administrateur du Collège de France leur déclaration de candidat et l'exposé de leurs titres.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Sacquépée, sous-directeur de l'Ecole d'application du Service de santé militaire et médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce, a été nommé directeur du laboratoire central de recherches de bactériologie et de sérologie de l'armée.

MARINE. — Composition du jury de concours pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1925 :

Ligne médicale. — Président : M. le médecin général de 2e classe Barrat; membres : M. le médecin en chef de 2e classe Brunet et M. le médecin de 1re classe Solcard; membre suppléant : M. le médecin principal Hamet.

Ligne pharmaceutique. — Président : M. le médecin général de 2e classe Barrat; membres : M. Foerster, pharmacien chimiste en chef de 2e classe et M. Soyer, pharmacien chimiste de 1re classe; membre suppléant : M. Chaix, pharmacien chimiste principal.

Le nombre de places mises au concours pour l'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine en 1925, a été fixé ainsi qu'il suit : ligne médicale, candidats à quatre inscriptions. — 88 places, dont 18 pour la marine et 70 pour les troupes coloniales; ligne pharmaceutique, candidats munis de la validation de stage. — 13 places, dont 3 pour la marine et 10 pour les troupes coloniales.

Les épreuves d'admissibilité auront lieu les 27 et 28 juillet 1925 à Paris, Bordeaux, Brest, Rochefort et Toulon, dans les conditions fixées par l'instruction publiée au *Journal officiel* du 8 janvier 1925. (*J. O.*, 7 juin 1925.)

JOURNÉES MÉDICALES DE TOULOUSE (11, 12, 13 et 14 juillet). — PROGRAMME PROVISOIRE. — *Samedi 11 juillet.* — Matin : Hommage à la mémoire du professeur Tourneux. Inauguration de l'Exposition des produits pharmaceutiques, mobiliers et instruments de chirurgie et d'art dentaire. Visite du stand de Service de santé militaire. Séance d'ouverture des Journées médicales.

Après-midi : Conférences de MM. Roger, Recasens, Jacob.

Soir : Réception officielle des délégués et congressistes au Capitole par M. le Maire et la Municipalité de Toulouse.

Dimanche 12 juillet. — Matin (Hôtel-Dieu) : *Médecine.* Démonstrations et manipulations cliniques par MM. Rémond et Baylac dans leurs services respectifs; — *Chirurgie.* 1° Séance opératoire par M. J.-L. Faure dans les services chirurgicaux de MM. Dambrin et Mériel; 2e Séance opératoire par M. Baudet dans son service; — *Ophtalmologie.* Conférence de M. Frenkel dans son service ophtalmologique.

Après-midi : Réunion de la Société de chirurgie; — Conférences de MM. Sanarelli, Dartigues et J.-L. Faure.

Soir : Soirée de gala au théâtre du Capitole; représentation d'*Amoureuse* avec le concours de Mlle Gabrielle Robinne et M. Alexandre, sociétaires de la Comédie-Française.

Lundi 13 juillet. — Matin (Hôtel-Dieu) : *Chirurgie.* Séances opératoires dans leurs services respectifs par MM. Dambrin et Mériel); — (Hospice de la Grave) : *Oto-rhino-laryngologie.* Leçon clinique de M. Escat dans son service; — *Urologie.* Conférence de M. Martin dans son service; — *Obstétrique.* Démonstration clinique par M. Audebert dans son service; — *Maternité.* Visite du service et démonstration par M. Garipuy; — *Centre anticancéreux.* Conférence de M. Marie, directeur, et communication de MM. Nux et Marie.

Après-midi : Communication de M. Argaud. Conférences de MM. Regaud, Bordet et Levaditi.

Soir : Banquet officiel.

Mardi 14 juillet. — Matin : Institut de puériculture. Visite et démonstration par M. Bézy. Conférence de M. Rénon.

Après-midi : Excursion à Carcassonne. Réception par la municipalité.

Soir : Embrasement de la Cité.

Visites dans Toulouse. — Sous la direction de personnalités compétentes des groupes seront organisés pendant la durée des Journées médicales pour la visite des musées, monuments et églises.

Le programme réservé aux dames comporte une série de réceptions qui leur seront offertes à l'Hôtel de la Préfecture, à la villa des Sources (Lardenne) et à la Maison des étudiantes.

Cotisation : 20 francs pour les messieurs; 10 francs pour les dames et les étudiants.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le professeur Bardier, secrétaire général des Journées médicales, 10, rue Saint-Etienne.

AMICALE DES FORMATIONS SANITAIRES DE L'AVANT. — Les anciens brancardiers, infirmiers et infirmières des formations sanitaires de l'avant, désirant se grouper en société amicale, sont invités à donner leur adresse à M. Eckenfels, 60, rue des Pyrénées, Paris (XXe).

LIVRES NOUVEAUX

260 consultations pour les maladies des enfants (1),
par le docteur J. COMBY.

Tous les médecins connaissent ce petit livre : il leur permet d'agir sans hésitation en présence des maladies infantiles qu'ils rencontrent dans leur vie professionnelle, et de laisser des ordonnances claires, complètes, d'exécution facile.

Cette 8e édition contient des remaniements assez importants dus aux progrès de la thérapeutique médicale, — des ajoutés et plus de 50 consultations nouvelles. — Parmi celles-ci il convient de signaler la part donnée par l'auteur aux maladies exotiques, qui en raison de la rapidité et de la multiplicité des relations internationales donnent lieu à des observations de plus en plus fréquentes.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 8 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Sergent, Aubertin et Fiessinger. — M. KATZITCH. La dilatation des joues dans l'industrie et dans l'art. — M. VIDAL (F.). Etude de l'infarctus du myocarde. — M. GRELLETY-BOSVIEL. La circulation veineuse périphérique.

Mardi 9 juin. — Jury : MM. Gilbert, président; Bezançon, Guillain et Nobécourt. — M. DERMEGDITCHIAN. Etude de la linite gastro-intestinale. — M. BOCCARD (H.). La forme asphyxiante de la carcinose du poumon. — M. NIEL. Etude clinique et thérapeutique des rhumatismes chroniques. — JARRIGE-LEMAS. L'épilepsie de Kojeonikow.

Jeudi 11 juin. — Jury : MM. Marfan, président; Achard, Desgrez et Baudouin. — M. PINARD (G.). Rhumatisme vertébral. — M. DEBRAY. Etude de l'histologie pathologique du rachitisme. — M. GIBERTON. Etude chimique et biologique de quelques sucres.

Jury : MM. Duval, président; Lecène, Schwartz et Hovelacque. — M. TÉTAU (P.). Etude clinique des tumeurs mixtes du rein chez l'enfant. — M. SUBILEAU. Etude des paralysies oculaires d'origine orbitaire.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Guillain, Coquot, Robin et Petit. — M. FRANC. Maréchalerie (fers, etc.). — M. MILCAMPS. Observations sur la maladie des chiens.

(1) Un vol. de 520 pages. Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.


ANÉMIES
HÉMOGLOBINE
CACHEXIES
FER
VITALISÉ
OXYDASES
DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

LES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE CHLORURE DE CALCIUM EN THÉRAPEUTIQUE

Par M. A. PUECH,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Montpellier.

L'emploi du chlorure de calcium en injections intraveineuses a donné des résultats intéressants dans la thérapeutique d'un certain nombre d'affections et de symptômes; soit que l'injection intraveineuse permette des résultats beaucoup plus sûrs que ceux obtenus avec ce médicament pris par voie buccale; soit qu'elle constitue une méthode toute nouvelle de traitement. Certains des résultats obtenus, dans la diarrhée et les vomissements des tuberculeux par exemple, méritent de retenir tout particulièrement l'attention.

Mode d'emploi. — La *dose* de médicament utilisé est de 1 gramme en général; on ne doit pas dépasser semble-t-il celle de 2 grammes en une fois.

Le *taux* de la solution est très variable; de 5 p. 100 et même 1 p. 100 à 50 p. 100. L'emploi de ces solutions concentrées est nécessaire dans un certain nombre de cas, comme nous le verrons, pour obtenir les meilleurs effets.

A ce taux le liquide est très caustique pour les tissus. La pénétration d'une goutte dans le tissu cellulaire sous-cutané provoque une violente douleur locale, puis une escarre suivie d'une ulcération longue à guérir. Aussi l'on ne poussera l'injection que lorsqu'on sera bien sûr d'être dans la veine et, l'injection une fois terminée, on aura soin de ne pas retirer tout de suite l'aiguille, mais d'aspirer à plusieurs reprises un peu de sang dans la seringue et de réinjecter dans la veine, de façon à laver les parois de l'aiguille et à empêcher au moment où on la retire le moindre écoulement de liquide caustique dans le tissu périvasculaire.

L'injection, même bien faite, provoque en général une *réaction générale* d'apparition immédiate, mais qui disparaît très vite. Elle consiste en une douleur sur le trajet de la veine, du coude à l'épaule, puis un goût métallique dans la bouche, de la pâleur suivie de rougeur de la face qu'accompagne une sensation de chaleur au même niveau, puis de ruissellement, d'eau chaude, en particulier aux oreilles, à l'anus, à la vulve; certains sujets accusent des nausées. En trente secondes, une minute, tout est terminé.

Pellé (1) a vu apparaître constamment cinq à dix minutes après l'injection une *leucopénie* qui lui paraît la signature d'un choc sanguin discret.

Les *accidents graves* sont exceptionnels. Berthier (2) a vu cependant survenir au bout de quatre à cinq heures un grand accident de choc accompagné de poussée fébrile à 40 degrés. Mais il avait injecté de fortes doses : quatre fois 2g5 du médicament.

La conservation en ampoules du produit peut altérer celui-ci [Merklen et Dubois-Roquebert (3)] : le verre peut à la longue céder de la soude qui déplace la chaux et provoque des chocs. Il peut en être de même du mode de stérilisation, une température très élevée aidant au déplacement de la soude.

(1) PELLÉ. *Soc. méd. des hôpit.*, 10 fév. 1922, *Bull.*, 1922, p. 264.
(2) BERTHIER. In CHEINISSE. *Année thérap.*, 1923, p. 89.
(3) MERKLEN et DUBOIS-ROQUEBERT. *Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1922, *Bull.*, 1922, p. 349.

Quoi qu'il en soit Zimmer (1) déclare n'avoir pas eu d'accident fâcheux sur plus de 4.000 injections.

Indications. — Hypercrinies. — C'est dans le traitement des *hypercrinies* que le chlorure de calcium en injections intraveineuses donne les résultats les meilleurs. Pendant la guerre, Beasly, Saxtorph et Fishberg en Amérique, Mandl, Rose et Neumann en Allemagne (2) obtinrent quelques succès, d'ailleurs inconstants dans le traitement de la diarrhée et des vomissements des tuberculeux. Ils utilisaient des solutions à 5 ou 10 p. 100 dont ils injectaient 5 à 10 centimètres cubes. Pellé, Rist, Ameuille et Ravina ont en France expérimenté cette méthode aux mêmes doses.

En 1921, Rist, Ameuille et Ravina (3) ont montré que les résultats obtenus étaient considérablement améliorés lorsqu'on utilisait des solutions à 50 p. 100 dont il suffit d'injecter 1 à 4 centimètres cubes, 2 centimètres cubes en moyenne : c'est le taux et la dose utilisée depuis par les différents auteurs, tout au moins en France.

Il est difficile de fixer le *mode d'action* du chlorure de calcium dans ces cas : Pellé incrimine des phénomènes de choc; Efremidès l'action du calcium sur le sympathique d'où vaso-constriction au niveau des muscles lisses avec diminution de leur excitabilité et action inhibitrice sur les sécrétions. Récemment enfin Blum et Looft (4) ayant observé une diminution du calcium sanguin dans certains états diarrhéiques pensent que l'hypocalcémie peut déterminer au niveau de la musculature intestinale un état d'hyperexcitabilité que fait cesser l'augmentation de la calcémie provoquée par l'injection de chlorure de calcium.

DIARRHÉES, VOMISSEMENTS, SUEURS DES TUBERCULEUX. — La méthode a été surtout employée dans le traitement des diarrhées et des vomissements des tuberculeux; en dehors des auteurs précités, par Rist, Ameuille et Ravina (5), Merklen, Dubois-Roquebert et Turpin (6), Pellé (7), Lauze (8), nous

(1) ZIMMER. *Deut. med. Woch.*, 4 avril 1925.
(2) Voir *Thèse* de A.-E. EFREMIDÈS. Le chlorure de calcium en injections intraveineuses dans le traitement de la diarrhée des tuberculeux, Paris 1921, Université n° 442.
(3) RIST, AMEUILLE et RAVINA. Action du chlorure de calcium sur la diarrhée et les vomissements, *Soc. de biol.*, 7 mai 1921, *Bull.*, 1921, t. I, p. 830.
(4) BLUM et LOOFT. L'hypocalcémie dans certains états diarrhéiques. Interprétation de l'action thérapeutique des injections intraveineuses de chlorure de calcium, *Soc. de biol. de Strasbourg*, 11 avril 1924, *Bull.*, 1924, t. II, p. 194.
(5) RIST, AMEUILLE et RAVINA. Mode d'emploi du chlorure de calcium sur la diarrhée et les vomissements des tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.*, 1er juillet 1921, *Bull.*, 1921, p. 1016, et *Thèse* Efrimidès, Paris 1921, Université n° 442.
(6) MERKLEN, DUBOIS-ROQUEBERT et TURPIN. Traitement de la diarrhée chez les tuberculeux par les injections intraveineuses de chlorure de calcium concentré, *Soc. de thérap.*, 9 nov. 1921, *Bull. gén. de thérap.*, 1921, p. 668. — MERKLEN et DUBOIS-ROQUEBERT. Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans les vomissements des tuberculeux, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 fév. 1922, *Bull*, 1922, p 349.
(7) PELLÉ. Le chlorure de calcium dans le traitement des diarrhées, des vomissements et des hémoptysies, *Soc. méd. des hôpit.*, 10 fév. 1922, *Bull.*, 1922, p. 264.
(8) LAUZE. Sur l'emploi du chlorure de calcium en injections intraveineuses : 1. dans un cas de vomissement incoercible chez un tuberculeux; 2. dans un cas d'entérite cholériforme, *Soc. des sciences méd. de Montpellier*, 2 juin 1922, *Bull.*, 1922, p. 411.

l'avons nous-mêmes après bien d'autres utilisée très fréquemment.

Dans la *diarrhée* les résultats son excellents. On obtient un succès complet dans les 9/10 des cas. Souvent une seule iujection suffit pour l'arrêter en quelques heures, d'autres fois il faut pratiquer deux ou trois injections. La diarrhée disparaît pour toujours ou pour un temps limité. Dans quelques cas il y a seulement diminution considérable du nombre des selles. On échoue parfois, surtout chez les grands cachectiques.

Il est remarquable de voir ce traitement réussir là où avaient pu échouer d'autres médications et dans des cas où l'examen anatomique a montré l'existence d'ulcérations tuberculeuses.

Dans le traitement des *vomissements des tuberculeux* les résultats sont tout aussi satisfaisants. La toux émétisante en particulier disparaît généralement de suite après l'injection.

Pellé (1) considère que l'injection intraveineuse de $CaCl^2$ constitue « la médication héroïque des *sueurs* épuisantes » de ces malades. La disparition des sueurs plus ou moins rapidement obtenue peut être définitive, elle n'est souvent que passagère. Pour Pellé cette action du médicament est due à « un phénomène de précipitation des colloïdes qui, tapissant la paroi des capillaires, empêche la transsudation à travers les parois ».

NON TUBERCULEUX. — Les auteurs qui ont utilisé la médication chez les tuberculeux déclarent avoir eu par cette méthode des succès dans le traitement des *diarrhées.* Pellé en particulier a obtenu de bons résultats dans 12 cas de dysenteries bacillaires à bacilles de Shiga, dont deux de forme grave. Nous avons pour notre part vu disparaître dès la première injection la plupart des diarrhées aiguës banales et de causes diverses que nous avons traitées par cette méthode; nous avons guéri définitivement en trois ou quatre injections des diarrhées chroniques datant de plusieurs mois et même de plusieurs années.

Les *vomissements* sont en général moins influencés que ceux des tuberculeux. Nous avons échoué dans le cas de vomissements par lésion organique de l'estomac ou d'origine cérébrale. Nous avons fait disparaître, passagèrement tout au moins, de graves vomissements habituels que présentait un malade atteint de gangrène pulmonaire et cachectique. Dans les vomissements incoercibles de la grossesse, Pellé dans 1 cas, Castagna (2) dans 5 cas ont obtenu une guérison rapide, Castagna utilise une solution à 35 p. 100 dont il injecte 2 centimètres cubes au besoin deux fois par jour.

Ameuille (3) a obtenu la disparition d'un *larmoiement* incessant, rebelle à toute médication survenu à la suite de l'ablation d'une cataracte. Une première injection le fit cesser quarante-huit heures; une deuxième amena un répit de six semaines; de nouvelles injections le firent disparaître définitivement.

HÉMORRAGIES. — L'emploi du $CaCl^2$ *per os* est classique dans le traitement des hémorragies, le calcium agit en favorisant la coagulation du sang.

(1) PELLÉ. Le chlorure de calcium dans les transpirations, *Soc. méd. des hôpit.*, 20 oct. 1922, p. 1346.
(2) CASTAGNA. *Policlinica*, sez. pratica, 25 fév. 1924.
(3) SILVESTRI. De l'action hémostatique des injections intraveineuses de chlorure de calcium, *Gazz. degli osped.*, 1902, p. 381, *Ibid.*, 1903, p. 754.

Déjà en 1902, Silvestri (1) avait utilisé dans ce cas l'injection intraveineuse. Mandl, Saxtorph, Pellé ont arrêté par ce moyen des hémoptysies tuberculeuses. Carnot et Blamoutier (2), après Neumann l'ont employé dans les hémorragies les plus diverses : hémoptysies, hématémèses, métrorragies, hématuries. Les résultats sont aussi bons avec des solutions peu concentrés qu'avec la solution à 50 p. 100. Aussi ces auteurs se servent-ils d'une solution à 5 p. 100 dont ils injectent 20 centimètres cubes. Ils concluent que « l'injection intraveineuse de $CaCl^2$ même dilué provoque une hémostase remarquable et les résultats sont bien meilleurs que ceux donnés par l'ingestion avec des doses très supérieures de médicament.

Carnot et Blamoutier (3) ont traité également avec les mêmes solutions et les mêmes doses trois *hémophiles :* le temps de coagulation s'est abaissé progressivement en même temps que s'atténuait puis disparaissait tout syndrome hémorragique. Le traitement a consisté en dix à vingt injections répétées deux fois par semaine. Les améliorations sont temporaires, mais reproduites par la répétition du traitement.

Action antispasmodique et « anticlasique ». — Le calcium possède une action antispasmodique et « anticlasique » (Sicard) qui peut être utilisée avec succès en thérapeutique.

Dans la *tétanie* la diminution du calcium sanguin est pour bien des auteurs à la base de l'hyperexcitabilité musculaire qui caractérise la maladie. L'ingestion de chlorure de calcium en est un mode de traitement bien connu. L'injection de ce corps est employé expérimentalement par les physiologistes qui font disparaître par ce moyen les crises tétaniques observées chez les animaux privés de parathyroïdes; toutefois cette disparition n'est que temporaire et l'animal ne peut être sauvé.

Chez l'homme elle est susceptible de donner de beaux résultats thérapeutique dans le cas de tétanie grave. L'injection de 1 gramme du médicament pare immédiatement aux accidents, les effets s'en font sentir au bout de trois minutes, et les phénomènes tétaniques disparaissent après cinq à quinze minutes. L'injection a également une action préventive; mais ces effets ne sont que temporaires :

L'accalmie était de quarante-huit heures dans le cas de Rathery et Kourilsky (4). F. Sacki (5), Sainton (6) ont obtenu chacun un succès remarquable dans la tétanie post-opératoire. Sainton a ainsi pratiqué en un an chez une malade trente et une injections de 1 gramme en solution de 3, puis à 10 centimètres cubes, injections qui jugulaient toutes les crises. Elles étaient associées, dans l'intervalle, à la prise de $CaCl^2$ *per os.*

Dans deux cas de *tétanos aigu*, Morenas et Sedail-

(1) CARNOT et BLAMOUTIER. Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans les hémorragies, *Paris méd.*, 2 déc. 1922, p. 503.
(2) CARNOT et BLAMOUTIER. Ibid., *Paris méd.*, 6 déc. 1924, p. 467.
(3) CARNOT et BLAMOUTIER. Loc. cit.
(4) F. RATHERY et R. KOURILSKY. Les injections intraveineuses de chlorure de calcium dans la tétanie, *Soc. méd. des hôpit.*, 9 nov. 1923, *Bull.*, 1923, p. 1482.
(5) F. SACKI. *Med. Klin.*, 1922, n° 36.
(6) P. SAINTON. Le traitement postopératoire par les injections intraveineuses de chlorure de calcium et les injections d'extrait parathyroïdien à hautes doses, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 nov. 1924, *Bull.*, 1924, p. 1577.

lan (1) ont associé à la sérothérapie des injections de $CaCl^2$ en solution à 10 p. 100 à la dose de 5 à 10 centimètres cubes deux fois par jour. Chaque injection a diminué les contractions et supprimé les crises convulsives. Un des malades a ainsi reçu 2.980 centimètres cubes de sérum et 25 grammes de $CaCl^2$. Le premier a guéri ; le second est mort, non de son tétanos, mais d'hémorragie secondaire tardive.

Spasmes localisés. — *Action sur le tonus végétatif.* Le chlorure de calcium fait cesser les spasmes des muscles lisses, cette influence s'explique par l'action du calcium sur le système végétatif, action amphotrope, mais à prédominance sympathique, tout au moins aux doses de 0,20 à 0,30 centigrades. C'est ainsi que Daniélopolu (2) se sert de l'injection intraveineuse de $CaCl^2$ pour explorer le tonus végétatif, les effets vago ou sympaticotoniques prédominant suivant le tonus de ces nerfs. Toutefois d'après Petzetakis (3) l'hypérexcitabilité vagale semble non seulement conservée après l'injection, mais augmentée comme l'indiqueraient les tracés. On pourrait dès lors expliquer l'action du calcium sur les éléments nerveux par une action humorale.

Dans la *crise d'asthme* Petzetakis a obtenu de très bons résultats. Avec une dose de 0,50 à 1 gramme en solution à 5 ou 10 p. 100 la crise est arrêtée ; le malade est nettement soulagé plusieurs minute après l'injection, le rythme respiratoire se régularise. Un traitement continué pendant plusieurs jours serait nécessaire pour éviter la reprise des accès. Woinow (4) a également employé cette médication avec succès. Toutefois, Rist et Ameuille (5) n'en ont obtenu aucun résultat.

Mandl (6) soulage par cette médication les *spasmes utérins* et la dysménorrhée.

Schwartz (7) (de Vienne) a obtenu des résultats très inégaux dans les *rétentions d'urine* d'origine nerveuse : dans ces cas d'ailleurs il s'agissait plus de paralepsie que de spasme. D'après cet auteur au cas où une première injection a échoué, les injections ultérieures restent tout aussi inefficaces.

Médication antichoc. Accidents anaphylactiques. — Netter a depuis longtemps préconisé l'emploi du chlorure de calcium dans le traitement des accidents sériques. Sicard, Paraf et Forestier ont montré les propriétés « anticlasiques » de ce sel en injections intraveineuses. Peut-être est-ce par ce mécanisme qu'il agit dans la crise d'asthme.

Weill-Halé avec Chabanier (1) puis avec Turpin (2) a rapporté trois cas de guérison d'*accidents sériques* obtenus en quelques jours au moyen de deux ou trois injections de 0,25 à 0,50 de $CaCl^2$ en solution à 50 p. 100.

Nous avons nous-même fait disparaître en quelques heures avec 1 gramme du médicament un urticaire sérique généralisé accompagné d'œdèmes et de fièvre et consécutif à l'injection de sérum antigangréneux.

On peut rapporter aux effets « antichoc » du $CaCl^2$ d'après Tinel (1) les bons résultats obtenus obtenus parfois par cette médication dans les *états anxieux* ou les accès de *manie* : sédation immédiate de la crise, puis en répétant les injections cessation des paroxysmes. Les résultats paraissent toutefois très inconstants.

Autres indications. — Le chlorure de calcium intraveineux a été employé dans une série d'affections, d'états ou de symptômes très divers, en particulier à l'étranger.

Cardiopathies. — Les expériences de Pick, de Frölich, de Lew (2) ont montré que le calcium possède une action cardiotonique et dynamogénétique sur le cœur. Les injections intraveineuses en ont été utilisées dans les cardiopathies par Singer (3) qui injecte 0g50 du médicament. Danielopolu, Dagaresco et Copaceanu (4) injectent seulement 0g10 à 0,15 en solution à 10 p. 100 pour éviter d'augmenter la coagulabilité du sang chez ces malades. Le traitement doit être interrompu au bout de trois ou quatre jours : on utilise le $CaCl^2$ soit avant la cure digitalique, soit plutôt en l'associant aux tonicardiaques. Lutembacher (5) l'injecte simultanément avec l'ouabaïne.

Petzetakis (6) avec 0,50 à 1 gramme de solution à 10 p. 1000 a obtenu de bons résultats dans deux cas d'extasytoles, deux de tachycardie, un d'arythmie complète.

Tuberculose. — Le traitement récalcifiant de la tuberculose par injection intraveineuse de ce $CaCl^2$ a été employé par Beasly (7) dans les formes ganglionnaires et pulmonaires ; et accessoirement d'autres auteurs (Mandl, Saxortph, etc.) ont observé la diminution de la fièvre par cette médication chez les tuberculeux.

Rosen (8) (de Moscou) l'emploie systématiquement dans la *tuberculose pulmonaire* : il se sert de solution qui vont de 1 à 1,5 p. 100 dont il injecte très lentement 150 à 300 centimètres cubes par cures de quinze injections chacune répétées tous les deux jours en moyenne avec un intervalle de dix jours de repos entre les deux séries. La médication serait d'autant mieux supportée que le myocarde est en

(1) L. Morenas et P. Sedallian. L'action curatrice de la sérothérapie massive dans le tétanos. Action conjuguée du chlorure de calcium intraveineux, *Lyon méd.*, 30 nov. 1924, p. 694.

(2) Danielopolu. Les épreuves végétatives, *Presse méd.*, 25 juillet 1923, p. 649.

(3) Petzetakis. Effet des injections intraveineuses de chlorure de calcium dans la crise asthmatique, *Soc. méd. des hôpit.*, 21 avril 1924.

(4) Voinow. *Vratch. Del.*, 15 sept. 1924.

(5) Rist et Ameuille. *Soc. méd. des hôpit.*, 11 avril 1924.

(6) Mandl. *Therap. der Geg.*, oct. 1922.

(7) O. Schwartz. *Wiener med. Woch.*, 28 avril 1923.

(8) B. Weill-Hallé et H. Chabanier. Deux cas de rhumatisme blennorragique guéris par la sérothérapie. Accidents sériques consécutifs... guéris par l'injection intraveineuse de chlorure de calcium, *Soc. méd des hôpit.*, 17 mars 1922, *Bull.*, 1922, p. 486.

(9) B. Weill-Hallé et Turpin. Arthrite blennorragique séropurulente guérie par sérothérapie intraarticulaire. Anaphylaxie sérique et injection intraveineuse de chlorure de calcium, *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 déc. 1922, *Bull.*, 1922, p. 1649.

(1) Tinel. Essai de traitement des crises anxieuses par le calcium, *Soc. de psych.*, 19 fév. 1925. Discussion : Scellier ; cf. même séance : R. Cornélius. La médication acidifiante dans les états anxieux.

(2) Voir Cheinisse. Mouvement médical, *Presse méd.*, 28 janv. 1922, p. 81.

(3) G. Singer. *Therap. Halb.*, 15 déc. 1921.

(4) D. Danielopolu, S. Draganesco et P. Copaceanu. Les sels de calcium dans l'asystolie, *Presse méd.*, 13 mai 1922, p. 413.

(5) Lutembacher. *Les Troubles fonctionnels du cœur*, Masson, 1924, p. 450.

(6) Petzetakis. Le chlorure de calcium en injections intraveineuses dans l'arythmie complète, les accès de tachycardie et l'arythmie extrasystolique, *Soc. de biol.*, 25 juillet 1924, *Bull.*, 1924, t. II, p 645.

(7) Beasly. *Indiana med. Journ.*, janv. 1915, p. 14, et 1919, p. 408.

(8) Voir Cheinisse. Le traitement recalcifiant (calcithérapie) dans la tuberculose pulmonaire, *Presse méd.*, 20 sept. 1924, p. 766, et *Année thérap.*, 1924, p. 121 et 171.

bon état et que l'amélioration doit s'ensuivre. On voit alors le poids augmenter, la température baisser, les sueurs cesser, la toux décroître, les bacilles même disparaître de l'expectoration.

Rosen (1) a appliqué également la méthode aux *tuberculoses chirurgicales*; il en aurait obtenu de bons résultats dans les tuberculoses ostéo-articulaires (sans abcès et sans ouverture à l'extérieur) et dans la tuberculose rénale.

Citons un peu au hasard et plus brièvement d'autres emplois de chlorure de calcium intraveineux :

L'*œdème aigu du poumon* où les résultats paraissent bien inconstants d'après John (2) quoique Linimer (3) signale un succès là où les autres moyens avaient échoué.

L'*épididymite blennhorraqique* où la méthode a été utilisée par Cerf (4), cet auteur injecte tous les trois jours 5 à 10 centimètres cubes de la solution à 10 p. 100; le nombre des injections varie de 1 à 5. Dans tous les cas (4) il a obtenu la disparition rapide des douleurs et la résorption des exsudats.

Le traitement doit être aussi précoce que possible.

La *bilharziose* que Petzetakis (5) a traitée par le chlorure de calcium intraveineux en dehors de toute autre médication dans le cas de bilharziose récente (dix injections tous les jours, puis dix autres tous les deux jours), associé aux injections simultanées intraveineuses d'émetine (dont les effets dépresseurs sont combattus par le calcium) dans le cas de bilharziose ancienne.

L'empoisonnement par la *cocaïne* dont Fabry (6), Mayor (7), ont vu disparaître rapidement les graves symptômes après injection de 1 gramme du sel en solution à 10 p. 100;

Telles sont les très nombruses indications du chlorure de calcium injecté par la voie veineuses C'est là, dans bien des cas, une thérapeutique de premier ordre qui mérite d'être connue.

LE SENS CLINIQUE
DANS LA PRATIQUE MÉDICALE

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Le sens clinique est le sentiment tout d'intuition et de spontanéité qu'éprouve le médecin mis en présence d'un malade, de la forme de la maladie, du diagnostic et du pronostic, avant même d'avoir fait l'examen détaillé de ce malade. Seule, une grande expérience qui ne s'obtient que par la fréquentation assidue et prolongée de l'hôpital, permet au médecin d'acquérir le sens clinique. C'est l'observation quotidienne et continue de nombreux cas de la même maladie qui donne au médecin cette intuition rapide et perspicace de la forme pathologique qu'il aura à combattre. Nos maîtres nous ont appris que la maladie n'est pas « une ». Elle est multiple, et la même affection : fièvre typhoïde, pneumonie ou psychopathie, si elle représente des symptômes communs chez tous les sujets, présente surtout des modalités différentes suivant le malade, son tempérament, son hérédité, son âge et ses habitudes d'existence. Nous savons tous combien l'hérédité, les maladies antérieures et surtout le tempérament qui n'est que l'état physiologique déterminé par la prédominance d'un système, ont une influence sur l'apparition, les réactions et l'évolution d'un syndrome. Une bronchite simple ne se présente pas de la même façon et n'évolue pas avec les mêmes symptômes chez un sujet non taré et chez un prédisposé à la tuberculose, ou un syphilitique. Tout d'abord un médecin doit savoir observer, et après s'être renseigné scrupuleusement sur les antécédents héréditaires et personnels du malade, analyser, et enfin synthétiser.

Tout cela, il ne l'apprendra pas à l'Ecole ou dans les livres. La clinique, c'est-à-dire l'hôpital, est la véritable école du médecin. Ce n'est que par l'observation de nombreux malades que l'étudiant apprendra sa profession.

Si les médecins de quartier, à Paris, et les médecins de campagne sont d'excellents cliniciens, c'est parce qu'ils ont acquis l'expérience par l'observation des multiples cas soumis à leur examen. Dans toutes les branches de la médecine, la spécialisation nécessite aussi des connaissances techniques approfondies, mais le jeune médecin qui se spécialise trop tôt n'est pas un très bon clinicien, s'il n'a pas acquis une culture générale étendue, par le passage dans les différents services d'hôpitaux et s'il n'a pas débuté par l'externat avant de continuer la série des concours. Quoi qu'on en dise, les concours obligent l'étudiant à travailler, à exercer sa volonté, en même temps qu'ils nécessitent de la ténacité et de la maîtrise de soi et c'est pourquoi ils sont et resteront le meilleur moyen de sélectionner, dans la même profession, ceux qui sont les plus aptes à l'exercer. Mais on ne saurait trop insister sur l'utilité de la clinique, même pour les spécialistes. Les médecins qui n'ont acquis leur science que dans les livres ou par les conférences et les travaux de laboratoire, ne connaissent pas tous les cas qui peuvent se présenter à l'examen, et, surtout ils seront embarrassés en présence du tableau d'ensemble et des multiples aspects sous lesquels se présente tout malade qu'ils seront appelés à examinés. Ils éprouveront mille difficultés à se reconnaître au milieu des explications touffues, quand elles ne sont pas tendancieuses ou mensongères, de la plupart des familles et du malade lui-même. C'est surtout en pédiatrie et en pathologie mentale que le sens clinique est indispensable au médecin.

L'enfant n'exprime sa souffrance que par sa tristesse, des cris ou des gémissements, et le dément est incapable, le plus souvent, d'aider le médecin dans la recherche des symptômes qu'il éprouve.

Il en est de même dans la plupart des maladies graves où le patient attend du médecin un secours qu'il est trop faible pour solliciter autrement que par des gestes ou des plaintes. Le sens clinique est donc la qualité la plus indispensable au praticien, puisqu'elle lui permet de suppléer par les ressources de son intelligence et d'une sorte de divination acquise à l'insuffisance des renseignements qu'il arrache à la famille et au malade.

On ne saurait donc trop recommander aux élèves en médecine qui veulent devenir des cliniciens et

(1) Voir CHEINISSE. *Presse méd.*, 27 sept. 1924, p. 783.
(2) JOHN. *Deut. med. Woch.*, 4 janv. 1924.
(3) ZIMMER. *Deut. med. Woch.*, 4 avril 1924.
(4) A.-E. CERF. *Thérap. Gaz.*, 15 mars 1924.
(5) PETZETAKIS. Essai de traitement de la bilharziose par le chlorure de calcium en injections intraveineuses. Son association avec l'émétine ou le tartre stibié, *Soc. de biol.*, 21 juin 1924, *Bull.*, 1924, t. II, p. 159.
(6) F. FABRY. *Münch. med. Woch.*, 30 juin 1922.
(7) K. MAYOR. *Schweiz. med. Woch.*, 24 août 1922, *Zeit. f. Ohrend.*, 1922.

des thérapeutes éminents, de fréquenter assidûment l'hôpital, d'examiner avec soin tous les malades qui leur sont confiés par leurs maîtres et de s'exercer à les présenter avec des observations scrupuleuses et complètes. Plus ces observations seront nombreuses, et mieux l'étudiant pourra étudier les détails variés d'un syndrôme. Ce n'est pas que les conférences entre étudiants soient inutiles. Bien au contraire, après l'examen du malade, à l'hôpital, elles apprennent à l'élève à juger, à discuter, à comparer, à s'exprimer et à réunir tous les éléments d'une question pour en tirer des conclusions. De tout temps, les meilleurs cliniciens ont été ceux qui ne se sont jamais lassé d'apprendre, d'analyser, de comparer et surtout d'observer. Ils ont compris que le médecin doit, avant tout, par l'observation, acquérir tout ce qu'exige sa profession, de science et aussi de conscience.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 25 MAI 1925)

Phosphates inorganiques et hypoglycémie insulienne. — MM. A. DESGREZ, H. BIERRY et F. RATHERY. L'injection à l'animal d'une dose convenable de solution de phosphates : PO^4Na^2H, $2H^2O$ et PO^4KH^2, présentant un P_H voisin de celui du sang, intensifie et prolonge d'une façon remarquable l'hypoglycémie insulienne.

Hydratation cellulaire et vitalité. — M. Jules AMAR.

Variations du pouvoir agglutinant d'un immunsérum mixte sous l'influence d'un courant continu. — MM. J. CLUZET, A. ROCHAIX et Th. KOFMAN.

Sur l'antisepsie induite ou, autrement dit, sur l'action microbicide exercée à distance, sans contact matériel, sur une dilution bactérienne, par une solution très étendue d'hypochlorite de sodium. — MM. Philippe BUNAU-VARILLA et Emile TECHOUEYRES. A la suite d'expériences sur l'assainissement de l'eau par l'hypochlorite de sodium, les auteurs sont arrivés à la curieuse hypothèse suivante :

« *La molécule d'hypochlorite de sodium, en attaquant la matière organique, doit émettre des rayonnements dont l'action est analogue à celle des rayons ultraviolets sur la vie microbienne, créant autour du foyer d'action chimique une zone étendue de destruction de cette vie microbienne.* »

Pour la vérifier, les auteurs ont procédé aux expériences suivantes :

On infecta de l'eau avec une culture de bacilles d'Eberth ou de colibacilles. Cette dilution bactérienne fut placée dans un tube de quartz. Un second tube de quartz de moindre diamètre fut rempli d'eau additionnée d'hypochlorite de sodium et introduit dans le premier tube.

L'équipage des deux tubes fut ensuite plongé dans la même solution étendue d'hypochlorite de sodium. En même temps à titre de témoins étaient réalisées des installations identiques mais sans présence nulle part d'hypochlorite.

Après vingt-quatre heures d'exposition aux rayons supposés on ensemençait en gélose une quantité constante de dilution bactérienne. La même opération fut réalisée avec les témoins.

Sur 60 expériences, 51 furent conformes à l'hypothèses et 9 contradictoires.

Une deuxième série de vérifications plus probantes encore confirma l'hypothèse énoncée plus haut.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 27 MAI 1925)

Traitement chirurgical des lésions osseuses tuberculeuses. — M. MOUCHET fait un rapport sur une observation de M. Moiroud (de Marseille). Il s'agit d'un homme de quarante-huit ans qui présentait des lésions tuberculeuses sterno-costales étendues avec un vaste abcès froid. Traitement chirurgical, c'est-à-dire ablation complète des tissus atteints. Guérison.

Des greffons ostéo-périostiques pour combler les plaies opératoires résultant du traitement de l'ostéomyélite. — Second rapport de M. MOUCHET sur d'autres observations de M. Moiroud.

Il s'agit de malades traités d'ostéomyélite par la trépanation large du canal medullaire et chez lesquels les plaies opératoires ont été comblées à l'aide de greffons ostéo-périostiques. Bons résultats, radiographies démonstratives. Tout en louant M. Moiroud de ces beaux résultats, M. Mouchet fait observer que le succès n'est pas toujours la règle dans ces applications de greffes.

M. MAUCLAIRE cite des cas dans lesquels cette méthode lui a donné de bons résultats.

Splénectomie. — M. LECÈNE fait un rapport sur une observation de M. Lombard (d'Alger). Il s'agit d'un cas de splénectomie pour splénomégalie avec hématémèses.

Il s'agit d'un jeune homme de vingt-cinq ans, infirmier à l'hôpital d'Alger qui, après quelques troubles gastriques fut pris brusquement d'une hématémèse très abondante, huit jours après on constatait une tuméfaction dans l'hypochondre gauche. Il n'y avait, chez cet homme, ni paludisme, ni syphilis. La numération des globules sanguins en montrait une notable diminution. Le médecin qui soignait ce malade, rapprochant cette aglobulie de la splénomégalie en conclut qu'il fallait pratiquer la splénectomie. C'est ce que fit M. Lombard. Les suites immédiates de l'opération furent simples. Cependant environ huit jours après, il y eût un peu de fièvre et quinze jours après du melæna, deux jours après ce melæna, le malade succombait. Pas d'autopsie. L'examen de la rate, qui était très hypertrophiée, montra une thrombose de la veine splénique avec des infarctus et des lésions d'endosplénite. Il est bien évident que la splénectomie ne pouvait rien contre ces lésions. Toute opération chirurgicale était contre-indiquée dans ce cas. Car il ne s'agissait nullement ici de la maladie de Banti.

M. Lecène rapproche de ce fait l'observation suivante qui lui est personnelle : homme de trente-six ans, troubles gastriques, hématémèse abondante, splénomégalie. Le malade devenait de plus en plus pâle, de plus en plus anémique, on ne trouvait rien du côté de l'estomac, ni du côté de l'intestin.

Devant la diminution croissante du nombre des globules rouges et l'augmentation de volume de la rate, M. Lecène proposa la splénectomie qui fut acceptée. Suites bonnes. Un mois après ce malade mourait chez lui d'une hématémèse foudroyante.

M. Lecène insiste sur l'importance de ces faits qui montrent que tous les cas de splénomégalie n'indiquent pas toujours la splénectomie. Dans le cas de M. Lombard comme dans celui de M. Lecène, cette opération était contre-indiquée; on ne saurait donc apporter trop de soin au diagnostic précis de la lésion splénique. Quand il s'agit de phlébite chronique, la splénectomie ne doit pas être pratiquée.

M. GRÉGOIRE reconnaît qu'il est parfois difficile de poser les indications de la splénectomie. Il est un moyen qui peut, à ce point de vue, avoir son utilité. Si chez un malade très anémié, avec une grosse rate, on fait une transfusion, le nombre des globules augmente, s'ils diminuent de nouveau il faut recourir à la splénectomie.

M. LECÈNE reconnaît que l'hémolyse après la transfusion peut fournir de précieuses indications.

MM. DUVAL et GERNEZ prennent la parole sur le même sujet.

Diagnostic des fausses lésions inflammatoires de la région cæco-appendiculaire. — M. SAUVÉ, dans les cas de tumeurs douteuses de cette région, pratique un examen radioscopique

du côlon. Après avoir repéré la tumeur par un ruban métallique malléable, si l'ombre cæcale se sépare nettement du repère métallique, la tumeur est en dehors du côlon. Ce moyen de repère a permis à M. Sauvé, dans un certain nombre de cas, de préciser le diagnostic.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 9 MAI 1925)

Les réactions de Weichbrodt et du benjoin colloïdal permettent de distinguer l'hyperalbuminose inflammatoire de l'hyperalbuminose mécanique et en particulier d'établir un diagnostic humoral entre abcès et tumeurs du cerveau. — MM. J. Périsson, L. Pollet et P. Bréant montrent que la réaction de Weichbrodt dispense de doser le fibrinogène par le procédé qu'ils ont indiqué. En effet, c'est une réaction spécifique du fibrinogène car si le sublimé au 1/1.000 donne un précipité avec les autres globulines, ce précipité est soluble dans un excès de la solution albumineuse, tandis que seul le précipité de fibrinogène est insoluble. Il serait utile d'établir une échelle colorimétrique permettant de faire de la réaction de Weichbrodt une réaction quantitative et d'en rapporter les résultats au chiffre total d'albumine.

Quant au benjoin colloïdal, sa précipitation dans les cinq premiers tubes permet de reconnaître également une réaction inflammatoire, mais elle ne relève pas du même processus que la précédente. Elle est seulement un témoin de l'inflammation, mais sa valeur est grande car elle est plus sensible que la réaction de Weichbrodt.

La principale conséquence pratique de ces faits réside dans la différence qu'on peut dire constante, entre l'hyperalbuminose mécanique des tumeurs du cerveau et l'hyperalbuminose inflammatoire des abcès du cerveau. La détermination de la nature de l'albuminose rachidienne, au cours d'un syndrome d'hypertension intracranienne permet donc le diagnostic humoral entre ces deux affections.

Des rapports de l'anatoxi-réaction avec les germes diphtérimorphes. — MM. Chr. Zoeller et Manoussakiss étudient les rapports de l'anatoxine avec les germes diphtérimorphes (bacilles d'Hoffmann). Ils ont constaté qu'avec des émulsions de certaines souches de bacilles diphtérimorphes on obtient parfois une réaction faible qui rappelle par ses concordances l'anatoxi-réaction. D'autre part, ayant examiné 158 convalescents d'angine ou de rougeole, ils ont retrouvé chez 68 sujets à anatoxi-réaction positive 61 fois le bacille pseudo-diphtérique dans l'exsudat pharyngé.

Chez 21 sujets dont l'anatoxi-réaction devint positive au cours du séjour le bacille diphtérique fut retrouvé 21 fois. Il semble donc bien que le bacille d'Hoffmann exerce une légère action pathogène à l'occasion de laquelle il sensibilise un sujet — ou bien si on lui garde son rôle de saprophyte — qu'un germe saprophyte est capable non seulement de révéler mais encore de créer ou de réveiller une hypersensibilité protéinique; il apparaît ainsi comme un collaborateur possible du bacille pathogène.

Agglutination des amibocytes d'arénicole. — M. Faure-Fremiet.

Phénomènes régénératifs dans les ovaires après greffe ovarienne. — M. Vittorio-Pettinari.

Conservation des moelles rabiques dans différents milieux. — M. Mesnil présente une communication de M. Plantureux qui préconise, au lieu de la glycérine simple, le sérum formolé glycériné (au 20/100 en glycérine) pour la conservation des moelles rabiques. Ce milieu a, en outre, l'avantage d'empêcher les pullulations secondaires et de purifier le virus rabique. Le sérum phéniqué est un bon milieu de conservation mais n'empêche pas les infections secondaires.

De l'autonomie antigène du bactériophage. — MM. Vollmann et P. Brutsaert. Dans l'hypothèse d'après laquelle le bactériophage serait un produit du microbe lysé (ferment ou proferment) on pourrait s'attendre à ce que les sérums préparés à l'aide de ces microbes, soit intacts, soit lysés par un agent autre que le bactériophage, neutralisent le bactériophage comme le font les sérums antibactériophages. Il n'en est rien. Quelle que soit l'idée qu'on se fasse de la nature et de l'origine de celui-ci, les expériences des auteurs montrent qu'il ne constitue pas un élément antigène des bactéries normales.

— Société de biologie de Marseille (séance du 28 avril 1925) :

Evolution des membranes basales glandulaires dans certaines tumeurs. — M. Caudière. L'étude d'une tumeur des glandules séro-muqueuses de la lèvre montre des exemples d'hyperplasie et de végétation des membranes basales glandulaires analogues à ceux décrits par M. le professeur Grynfeltt dans les tumeurs sudoripares. Il y a lieu d'accorder une grande importance à ces faits qui montrent que les membranes basales, essentiellement formées par une portion du symplasme lamellaire hyalin, résultent d'interactions épithélio-conjonctives complexes, ce qui leur confère des potentialités évolutives spéciales. Ces faits mettent à nouveau en évidence le rôle important des interactions tissulaires comme facteur morphogénétique tant à l'état normal qu'à l'état pathologique.

(SÉANCE DU 16 MAI 1925)

M. le Président prononce l'éloge nécrologique de M. van den Stricht, savant belge, ayant enseigné à Gand, et auteur de nombreux travaux physiologiques.

Sur la conservation de la vitalité du bacille de Koch. — M. F. de Potter montre que si des ganglions tuberculeux conservés stérilement dans l'eau physiologique pendant quinze jours à 38 degrés perdent en général leur virulence pour le cobaye, ils peuvent, néanmoins, provoquer parfois une infection si on les sectionne ou triture avant leur inoculation.

Des émulsions bacillaires et des cultures de bacilles tuberculeux placées dans des milieux privés d'oxygène ou en présence de CO_2 pendant quinze jours conservent leur vitalité, quoique ces deux facteurs entravent la multiplication des bacilles sur les milieux de culture.

Ammoniaque et acidité urinaire. — M. Raffin conclut de ses dosages que l'alcalose paraît jouer un rôle dans la production de la crise épileptique.

MM. Grigault et Bierry discutent la valeur des tests dont il s'est servi et qui font intervenir l'élément hépatique, alors que l'ammoniaque est surtout d'origine rénale (Hasselbach) et que nous avons tant de bons tests pour mesurer l'acidose, mais M. N. Fiessinger leur fait remarquer qu'il existe un rapport entre l'acidose sanguine et l'insuffisance hépatique.

Recherches sur l'action hydratante du plasma et des sérosités des sujets œdématiés. — MM. M. Labbé, P.-L. Violle et Lelièvre. Dans une note précédente, M. Labbé et P.-L. Violle avaient montré que le plasma et les sérosités des sujets œdématiés déterminaient expérimentalement une imbibition du tissu musculaire (muscle gastronémien de grenouille). Il était intéressant dès lors de savoir, au point de vue de la pathogénie des œdèmes, quels étaient les éléments qui, dans ce muscle expérimenté, subissaient l'hydratation déterminée.

Des examens histologiques faits par les auteurs, il résulte que les phénomènes d'imbibition déterminés par l'action hydratante du plasma et des sérosités des sujets œdématiés sur le muscle gastronémien de grenouille se traduisent par une infiltration du tissu conjonctif intermusculaire et déterminent par conséquent un véritable œdème.

Il n'y a pas de gonflement cellulaire et, contrairement à la théorie de Fischer, l'épanchement œdémateux n'est pas la résultante de deux phases consécutives, l'une de gonflement cellulaire, l'autre de déversement de l'eau dans les espaces intercellulaires. L'épanchement se fait d'emblée dans le tissu lacunaire ce qui, du reste, n'exclut pas le rôle que l'on a fait jouer dans les phénomènes d'hydratation aux substances colloïdales puisque ces espaces lymphatiques sont remplis par une lymphe à la composition de laquelle concourt un mélange de cristalloïdes et de colloïdes.

L'acidité ionique des eaux minérales du Puy-de-Dôme. — MM. Billard, Mougeot et Aubertot ont mesuré au

griffon le p.H. d'une soixantaine de sources classées appartenant toutes au type des bicarbonatées mixtes carboniques. Le p.H. se révèle assez constant dans l'eau bien embouteillée, mais éminemment instable dès qu'il est permis au « tampon » d'acide carbonique libre de diffuser dans l'atmosphère. Les eaux les plus acides ont été trouvées au Mont-Dore (p.H. = 6,1 au griffon de Madeleine et des Bains Romains). Après diffusion du CO^2 toutes ces eaux voient leur p.H. monter aux environs de 8,0 à 8,3.

Sur un cas de rétinite diabétique pure très améliorée par l'insuline. — MM. A. CHAUFFARD, A. GRIGAUT et M. NIDA rapportent l'observation d'un cas de rétinite évoluant chez un glycosurique en l'absence d'albuminurie, d'azotémie et d'hypertension et répondant au type de la rétinite diabétique pure de Hirschberg. L'examen ophtalmoscopique montre des deux côtés l'existence d'un véritable semis de tâches blanches péripapillaires sans œdème papillaire, sans hémorragies et sans trace d'altération vasculaire. Avant le traitement l'acuité visuelle est de OD : 5/50, OG : 3/50 et la malade ne peut lire de près les gros caractères (n° 6) de l'échelle de de Wecker. Après onze jours d'un traitement insulinique faible (une ampoule Byla par jour, soit 15 unités), l'acuité visuelle s'améliore et on note en fin de traitement OD : 5/30, OG : 5/20. A sa sortie de l'hôpital la malade peut lire couramment le journal et l'examen ophtalmoscopique indique la rétrocession des plaques blanches au voisinage de la macula. Parallèlement à cette amélioration, les chiffres du glucose, des matières grasses et des lipoïdes du sérum sanguin ont également rétrocédé.

Le traitement insulinique atteint ainsi par son action thérapeutique, non seulement les lipoïdes circulants, mais aussi les lipoïdes fixés et modifie à la fois le métabolisme des hydrocarbonés et celui des graisses qui sont, comme on le sait, intimement associés. Ce fait par ailleurs apporte un argument nouveau à l'appui de la conception de A. Chauffard sur la pathogénie des dépôts locaux lipoïdiques dont la rétinite à plaques blanches est un cas particulier.

Les oreillons sont provoqués par la localisation parotidienne d'un spirochète particulier. — M. KERMORGANT. On peut l'obtenir en culture, en ensemençant en anaérobiose, sur des milieux à base de sérum de cheval et de lapin, les sécrétions bucco-pharyngées prélevées tout au début de l'affection. Le spirochète se présente en culture sous deux formes, l'une spirallée, l'autre granulaire. Ceux-ci sont capables de traverser les filtres bactériens (ChL_2-L_3). Le rôle de ce spirochète dans l'étiologie des oreillons est démontré par la reproduction expérimentale de la maladie chez le singe et par l'existence d'une agglutinine (1/1000) et d'une lysine spécifique dans le sérum des convalescents. Cet organisme paraît sensible à l'action des arsenicaux.

MM. Herbert Fox et LUCKLEY ont d'ailleurs retrouvé un spirochète dans le liquide céphalo-rachidien d'une méningite ourlienne.

M. VOLMANN discute le rôle respectif des formations granuleuses et de la bactérie.

M. MESNIL fait remarquer que ce spirochète rentre dans le groupe des tréponèmes, ce qui explique la fréquence, dans les oreillons, des complications testiculaires et méningées.

M. KERMORGANT pense que la bactérie apporte au spirochète les éléments de nutrition nécessaires.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1925)

Rétrécissement consécutif à un étranglement herniaire. — M. THÉVENARD, à propos de la communication de M. Leuret, rapporte une observation confirmative des lésions des parois intestinales consécutives à l'étranglement. Mais dans le cas de M. Thévenard, ces lésions portent sur toute l'étendue (1 m. 20) de l'anse précédemment herniée. M. Thévenard pense que dans la pathogénie de modifications aussi profondes et aussi étendues apportées à la structure de l'anse intestinale, outre le traumatisme il y a lieu de faire intervenir la notion d'infection.

Kyste pelvien après hystérectomie abdominale. — M. HALLER relate une observation d'une malade qui fit un kyste pelvien dans le ligament large gauche huit mois après une hystérectomie abdominale sub-totale. Ablation du kyste adhérent à l'uretère gauche. Le kyste se composait de trois poches, deux à contenu sanguin, la troisième à contenu citrin. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un fibromyome de l'ovaire. A l'occasion de cette observation il discute les origines de ces kystes et leur traitement.

Cachexie hémorroïdaire. — M. Pierre MORNARD. Certains hémorroïdaires présentent l'aspect de cancéreux et sont diagnostiqués ; cancer d'intestin. On refuse de les opérer, alors qu'une intervention très simple les guérirait. M. Mornard cite trois cas qu'il vient d'observer, en un mois. Il s'agissait de malades considérés comme cancéreux inopérables, et qui ont subi un White-Head.

L'exérèse suivant la technique du White-Head est toujours indiquée dans ces cas, parce qu'il n'y a pas d'espace libre de muqueuse qui permette d'employer la méthode des ligatures. Cette opération se fait sous anesthésie locale.

Chez tous ces malades, la transfusion du sang pré-opératoire fut indispensable. Un de ces patients était tellement déprimé qu'il faisait une syncope pour être changé de lit, dans la position horizontale.

Le diagnostic de la lésion se fait par l'anoscopie. Le toucher rectal est négatif.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 16 MARS 1925)

Les nez difformes, leur traitement chirurgical et prothétique. — DUFOURMENTEL et DARCISSAC. Au point de vue chirurgical, une intervention par voie nasale, sous-cutanée, avec résection osseuse portant dans la profondeur et évitant ainsi les déformations secondaires : au point de vue prothétique des appareils de maintien simples et pratiques, permettent grâce à une symbiose parfaite entre le chirurgien et le prothésiste d'obtenir une correction parfaite de ces difformités.

Le principe du lambeau tubulé dan la réfection du nez, des lèvres et du menton. — M. MOURE. Grâce à cette méthode on peut obtenir la survie de lambeaux considérables et leur transplantation avec un succès constant. Elle permet ainsi les exerèses les plus larges, condition de succès dans le traitement des tumeurs malignes. Elle est complète par une destruction des bulbes pileux originale et pratique. Les résultats sont saisissants.

Refoulement traumatique dans le maxillaire de la couronne d'une incisive centrale supérieure vers l'âge de six ans et après éruption complète. Achèvement ultérieur de la formation radiculaire. — M. FARGIN-FAYOLLE.

Traitement des tumeurs de plancher de la bouche par le radium. — M. DIEULAFÉ. Observation peut-être unique d'un succès par ce traitement dans ces tumeurs si redoutables. Les résultats obtenus permettent d'envisager un pronostic plus favorable qu'avec l'intervention chirurgicale seule.

PRATIQUE MÉDICALE

FORMES CLINIQUES DES NÉPHRITES CHRONIQUES. LEUR TRAITEMENT

Par le docteur A. DAMAS (de Paris) (1).

Après avoir montré que la classification classique des néphrites si commode pour l'enseignement, ne correspond pas aux réalités cliniques, l'auteur expose la caractéristique des quatre formes habituelles de néphrites chroniques : *la néphrite albumineuse simple, la néphrite chronique hypertensive, la néphrite hydropigène, la néphrite avec azotémie.* Cette dernière a pris dans la pathologie actuelle une importance

(1) DAMAS. *Bull. méd.*, 11 fév. 1925.

considérable et « on devra toujours y penser chez les malades dont le rein est lésé. »

L'auteur expose ensuite le traitement des néphrites. Il est de deux sortes : le régime alimentaire, la médication proprement dite, celle-ci fort importante. « Elle consiste, avant tout, dans le maintien de la diurèse et de la tonicité cardiaque. La digitale et la théobromine sont parfois mal supportées et ne peuvent être longtemps utilisées. On leur adjoint aujourd'hui ou on leur préfère le scillarène, glucoside cristallisé, principe actif isolé du bulbe de la scille, dont les propriétés cardiotoniques et diurétiques sont indiquées pour le traitement des affections rénales. Ce cardio-rénal est sans inconvénient pour le rein et l'estomac, et comme il est facilement éliminé, il représente le cardio-rénal pour le traitement prolongé des cardiopathies chroniques et des néphrites.

Le professeur Gabriel Perrin (1) et le docteur Calac (2) ont montré l'action diurétique, à la fois indirecte et directe de ce médicament. Joz (3) dans sa thèse inaugurale, travail du service de M. le professeur Carnot, a publié des cas de néphrites chroniques, avec oligurie et œdèmes, fort améliorés par le glucoside de la scille. Le professeur Harvier (4) dans son cours de thérapeutique expose l'utilité de ce diurétique en dehors de la digitale; Tilmant, après Pic et Bonamour, annonce dans ses observations cliniques, contrôlées par le laboratoire, la diminution progressive de l'urée sanguine chez les azotémiques auxquels il injecte le glucoside de la scille et l'abaissement de l'hypertension. Dans certains cas même, le coma a disparu sous l'influence du médicament utilisé par la voie intraveineuse.

Pour obtenir ces résultats, la posologie classique est la suivante ; 4 comprimés de scillarène par jour, ou 4 fois XV gouttes de la solution à 1/2 milligramme par centimètre cube.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des syndromes de la région thalamique (5), par le docteur Pierre HILLEMAND.

L'étude du syndrome thalamique reprise avec un soin extrême, des données nouvelles sur la vascularisation de l'importante région thalamique, une partie clinique et un chapitre de pathogénie clairement exposés, voilà ce que contient cette thèse, dont la lecture est pleine d'enseignements.

L'auteur y a consacré de longs mois de travail dans le service de M. Foix à Ivry, où il a pu recueillir de nombreuses observations dont il a su tirer profit avec beaucoup de compétence. Il nous donne ainsi une excellente mise au point de l'étude des ramollissements de la région thalamique.

A l'anatomie descriptive de cette région qui comprend le thalamus et les régions voisines si fréquemment lésées en même temps, fait suite une étude approfondie de la vascularisation, dont la connaissance est extrêmement importante, car c'est la distribution des vaisseaux qui règle la topographie des lésions. Pour bien comprendre la séméiologie du syndrome thalamique, il faut avoir une notion exacte des pédicules vasculaires. Aussi l'auteur y consacre-t-il une partie importante de son travail, il expose les détails d'une technique d'injection bien mise au point, qui lui a permis de distinguer cinq pédicules artériels : thalamo-genouillé; thalamo-perforé; thalamo-tubérine ou prémamillaire, choroïdien et lenticulo-optique, qui se partagent l'irrigation des différents noyaux.

Analytiquement la symptomatologie de la région thalamique comprend deux ordres de faits principaux; un syndrome moteur et un syndrome sensitif, expression de l'atteinte même du thalamus, auxquels s'ajoutent d'autres signes accessoires, mais non sans intérêt, dus aux lésions des régions voisines.

Le syndrome sensitif avec ses troubles objectifs : anesthésie ou hypoesthésie, avec ses troubles subjectifs : phénomènes douloureux et paresthéshiques, ne se présente pas toujours au complet. Il peut selon la prédominance d'un des troubles précédents, réaliser des types divers; formes dissociées avec perturbation de la sensibilité profonde, formes où seules les douleurs existent sans que l'absence des troubles objectifs puisse faire rejeter l'hypothèse d'un syndrome thalamique, enfin formes très atténuées.

Le syndrome moteur, d'une grande importance est fait de trois grandes variétés de signes; contracture, troubles de coordination, mouvements choréo-athétosiques; il s'y ajoute deux autres symptômes moins classiques mais à peu près constants : la fréquence des attitudes anormales, la fréquence des phénomènes syncinétiques, en particulier syncinésies d'imitation.

Enfin les signes associés les plus fréquents sont l'hémiplégie, l'hémianopsie, les troubles aphasiques et les phénomènes vasomoteurs, dont il faut savoir qu'ils peuvent parfois être au premier plan de tableau clinique, au risque d'entraîner des erreurs de diagnostic.

Ces symptômes se retrouvent plus ou moins nets dans les différents anatomo-cliniques que l'auteur expose ensuite et dont chacun correspond à un des pédicules artériels précédemment étudiés.

Deux de ces syndromes nous sont actuellement bien connus. Ce sont le syndrome du territoire thalamo-genouillé et celui du territoire thalamo-perforé, dépendant tous deux de l'oblitération de la cérébrale postérieure.

Le premier de ces syndromes n'est autre que le syndrome classique tel qu'il a été isolé par Dejerine, tel qu'il a été décrit par Roussy. Il peut être typique constitué par l'association d'un syndrome thalamique à l'hémianopsie et l'alexie d'une part si la lésion est à gauche, l'hemianopsie seule si la lésion siège à droite. Dans certain cas le syndrome thalamique est absolument pur; enfin d'autres fois, il est extrêmement fruste, l'hemianopsie, l'alexie pouvant être les seuls signes attirant l'attention. Dans tous les cas il existe des lésions nettes du territoire thalamo-genouillé lésions de la partie postéro-externe du thalamus, empiétant vers les corps genouillés. Il est à remarquer que fréquemment les lésions sont seulement histologiques, de sorte qu'un examen macroscopique négatif ne suffit pas pour infirmer un diagnostic de syndrome thalamique.

Le deuxième syndrome, répondant à l'atteinte du territoire thalamo-perforé, se manifeste essentiellement par des troubles de la coordination auxquels s'ajoute un tremblement de type intentionnel, qui domine souvent le tableau clinique. La lésion frappe le thalamus et la partie antérieure du noyau rouge.

Ces deux syndromes par leur association peuvent constituer un type clinique spécial. Enfin les autres syndromes résultant de l'atteinte des autres territoires vasculaires nous sont moins bien connu, en raison de leur rareté même.

Cet intéressant travail se termine par une étude pathogénique, basée sur de nombreuses observations. L'auteur rappelle la pathogénie de l'hemianopsie et de l'alexie. Enfin l'explication des faits plus complexes, tels les phénomènes choréo-athétosiques et la contracture intentionnelle semble devoir être cherchée dans une atteinte du relai cérebelleux thalamique et non dans une lésion striée. MAURICE LÉVY.

NOTES DE PRATIQUE

CHLOROSE DYSPEPTIQUE

Selon le conseil de Huchard, il importe de « soigner les voies digestives d'abord, la chlorose ensuite ».

1° Pendant deux à quatre semaines, traitement antidyspeptique : alimentation surtout lacto-végétarienne, alcalins à faible dose, une demi-heure avant les repas, lavages d'estomac. Combattre la constipation (une cuillère à dessert ou à soupe de sel de Seignette dans un demi-verre d'eau).

2° S'abstenir du fer, qui exagère la dyspepsie, et instituer le traitement arsenical : Vanadarsine (V à X gouttes dans un verre d'eau, avant les deux principaux repas) ou Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

(1) PERRIN. *Gaz. des hôpit.*, 10 juillet 1923.
(2) CALAC. *Th. de Toulouse*, 1923.
(3) JOZ. *Th. de Paris*, 1924.
(4) HARVIER. *Cours de la Faculté de Paris*, 1924, et *La médecine*, 20 mars 1924.
(5) *Thèse de Paris*, 1925, Jouve et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC

DE

L'ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONNIENNE

Syndrôme représenté par des accès convulsifs dont le caractère particulier est d'être localisés, à leur début, à une groupe musculaire, toujours le même pour un même malade. Le point de départ des convulsions étant fixé, les secousses épileptiques tendent le plus souvent à se généraliser à une moitié du corps, suivant un ordre toujours le même pour un point de départ identique. Il s'agit donc d'une épilepsie partielle, partielle dans son début, partielle dans la totalité de la crise qui n'intéresse le plus souvent, qu'une moitié du corps : type hémiplégique. Elle est cependant capable de se généraliser à tout le corps, mais toujours secondairement : si bien que ce qui individualise, avant tout, la crise convulsive Bravaisienne est son début, toujours localisé à un certain nombre de muscles.

L'intérêt de ce syndrome neurologique réside dans ce fait qu'il traduit une irritation de l'écorce cérébrale, qui est déterminée souvent mais non toujours par une lésion macroscopique et limitée.

Le siège électif, mais non constant, de cette lésion manifeste est la zone rolandique et c'est en excitant l'écorce de la frontale ascendante qu'on reproduit l'épilepsie partielle expérimentale.

Ainsi chaque cas d'épilepsie Bravais Jacksonnienne pose trois problèmes.

1° *Un problème de diagnostic topographique* dont la précision reste un des buts essentiels de la pratique neurologique.

2° *Un problème étiologique* : il faut pour le résoudre faire son choix parmi les diverses affections capables de déterminer ces lésions macroscopiques qui irritent l'écorce cérébrale en un point si localisé, et mettant à part les lésions traumatiques, nous dirons tout de suite, qu'il faut envisager avant tout, parmi les causes essentielles, les tumeurs cérébrales et la spécificité.

3° Ces deux problèmes résolus, les indications thérapeutiques seront rationnellement posées.

Étude clinique : *Description d'une crise* :

A. **Phase prodromique** : Pendant les heures ou les jours qui précèdent la crise, certains malades peuvent accuser quelques troubles généraux tels que céphalée, vertiges, épistaxis, brusque changement d'humeur, ou quelques manifestations locales qui intéressent presque toujours le membre qui sera le siège de la première convulsion : fourmillements, crampes, tremblement.

En réalité, ces préludes sont très inconstants suivant les sujets, assez variables chez le même malade, et le plus souvent la crise débute brusquement.

B. **La crise.** — Son signe avertisseur est *l'aura* : Elle varie d'un malade à un autre mais elle est constante chez le même sujet. Dès qu'elle est apparue, le malade sait que sa crise est imminente, et dans certains cas il a appris à la juguler tantôt en serrant fortement le membre qui doit se convulser le premier tantôt en accomplissant un mouvement brusque ou en prenant une attitude particulière.

C'est le plus souvent *une aura motrice* : elle se traduit par une contraction musculaire brusque entraînant :

Tantôt la flexion et l'adduction du pouce ;

Tantôt l'extension du gros orteil ;

Tantôt la déviation de la commissure labiale ou les battements des paupières d'un œil.

Cette aura motrice n'est en réalité que la manifestation initiale, le point de départ de la crise Jacksonnienne : c'est le signal symptôme ; il permettra, d'après son siège, de déterminer la zone corticale qui donne naissance à l'onde convulsive, et il reste, malgré certaines réserves, non négligeable pour le diagnostic topographique des lésions.

Les autres « auras » sont plus rares :

Aura sensitive : caractérisée par une douleur siégeant en un point quelquonque du corps : sensation de fourmillement, d'engourdissement ; parfois douleur fulgurante parcourant un membre de l'extrémité à la racine ; parfois douleur localisée atroce telle la douleur térébrante du poignet.

Aura sensorielle qui peut être :

Visuelle : (mouches volantes),
Auditive : (bourdonnement d'oreilles, vertiges),
Gustative : (saveur amère).
Olfactive : (odeur de soufre ou d'hydrogène sulfuré).

Ces manifestations sensorielles si diverses ont cependant un point commum : le caractère toujours pénible de la sensation.

Aura psychique, avec ses hallucinations terrifiantes, son anxiété subite, son obnubilation brutale ou son impulsion irrésistible.

Aura voso-motrice, exceptionnelle, sensation de ruissellement d'eau chaude ou froide le long d'un membre.

Puis quelques secondes après l'aura, la crise se déclanche et il est classique de dire qu'elle passe par les trois phases tonique clonique et résolutive.

Mais il serait plus exact de dire que chaque groupe musculaire convulsé passe par ces trois phases : l'épilepsie Bravaisienne est, en effet, non seulement *partielle* mais *progressive* : les muscles sont pris successivement, si bien que certains sont déjà en résolution alors que d'autres commencent seulement à se convulser ou à se raidir.

Quoi qu'il en soit, le fait essentiel à noter est le point de départ des convulsions, le signal-symptôme, qui annonce suivant son siège la crise à type brachial, facial ou crural.

Crise à type brachial : la plus fréquente.

Elle débute par le pouce qui se fléchit dans le paume, les autres doigts se referment sur lui, le poignet se fléchit et se place en pronation forcée, l'avant-bras se fléchit sur le bras et ce dernier se colle au tronc mais comme les muscles ont été envahis successivement et que pour chacun d'eux la phase tonique est extrêmement courte, les convulsions apparaissent presque simultanément : l'avant-bras s'élève déjà en trémulant et les contractions se répètent régulièrement espacées, rythmées, parcourant le membre comme une onde de l'extrémité à la racine.

Puis les convulsions gagnent la face, le tronc et le membre inférieur, commençant à la racine et non à l'extrémité.

Donc, d'ordinaire, dans la crise à type brachial, les divers segments du membre supérieur se fléchissent les uns sur les autres.

Crise à type facial : elle intéresse une moitié du visage, débute par les muscles de la bouche ou des yeux : la commissure labiale se dévie en haut et en dehors, les paupières battent, le globe oculaire roule dans l'orbite et se révulse en haut et en dehors, le frontal se ride et se déplisse, les dents grincent, le malade bave, toute cette hémiface se crispe et grimace, tandis que la tête, légèrement fléchie et en rotation externe du côté atteint, présente des mouvements de latéralité.

Puis les convulsions gagnent le membre supérieur, puis le membre inférieur, de la racine à l'extrémité,

Crise à type crural : plus rare. Elle se fait en extension : le gros orteil s'étend, le pied se met en varus équin, la jambe s'étend sur la cuisse puis la cuisse sur le bassin. Simultanément les divers segments du membre présentent des mouvements alternatifs de flexion et d'extension.

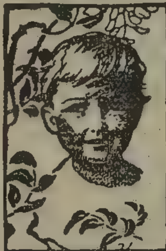
Puis les convulsions gagnent le membre supérieur en commençant à la racine, puis la face.

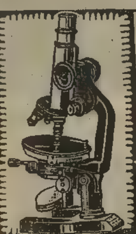
Ainsi, dans les cas habituels, l'onde toniquo-clonique se propage à la moitié correspondante du corps, prédominant toujours dans le territoire primitivement envahi. Pour un point de départ donné, la propagation se fait toujours dans un ordre identique. Enfin, dans l'envahissement secondaire des membres, les phénomènes toniques et cloniques se dirigent de la racine vers l'extrémité.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.







BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis élémentaire d'anatomie, de physiologie et de pathologie (5e édition), par P. RUDAUX, accoucheur-professeur à la Maternité de Paris. Un volume de 824 pages avec 580 figures dans le texte. Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

Spirochétoses respiratoires stomatogènes, par G. DELAMARE, correspondant national de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Constantinople. Un volume de 146 pages avec 14 figures. Prix : 7 fr. — Paris, Masson et Cie.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — *Consultation écrite.* — Séance du 7 juin. — MM. Alajouanine, 19,27; Pruvost, 20; Hagueneau, 19,09; Gutmann et Jacquet, 19,36.

Séance du 10 juin. — MM. Boulin, 19,27; Ravina, 19; de Gennes et Jacob, 19,81; Bith, 19.

Candidats admissibles :

MM. Pruvost, Hutinel et Moreau, 20; Jacob et de Gennes, 19,81; Jacquet et Gutmann, 19,36; Carrié, Alajouanine et Boulin, 19,27; Hagueneau et Mouquin, 19,09; Bith, Nicaud et Léon-Kindberg, 19.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — Liste des candidats :

MM. Bloch (Jacques), Bloch (René), Boppe, Braine, Charrier, Fey, Gatellier, Maurer, Michon, Monod, Moulonguet, Oberlin, Pascalis, Petit-Dutaillis, Quénu, Richard, Sénèque, Tourneix, Wilmoth.

Séance du 10 juin. — Question donnée : « Fractures récentes de l'extrémité inférieure de l'humérus. »

MM. Michon, 25; Wilmoth, 22; Gatellier, 28; Boppe, 27.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — Séance du 10 juin. — Question donnée : « Articulation sacro-iliaque et physiologie. »

MM. Portes, 28; Lantuéjoul, 20; Powilewiez, 15.

Question donnée : « Inversion utérine puerpérale aiguë. »

MM. Lantuéjoul, 20; Powilewiez, 21; Portes, 22.

Epreuve écrite. — Séance du 10 juin. — MM. Portes et Lantuéjoul, 25; Powilewiez, 19.

Classement des candidats : MM. Portes, 75; Lantuéjoul, 65; Powilewiez, 55.

Candidats admissibles : MM. Portes et Lantuéjoul.

— Concours d'ophtalmologiste des hôpitaux. — *Epreuve écrite.*— Séance du 8 juin.— MM. Hartmann et Montbrun, 20.

Séance du 10 juin — Question donnée : « Enucléation du globe oculaire. »

MM. Lagrange, 18; Hartmann, 17; Montbrun, 19.

Consultation écrite. — Séance du 11 juin. — MM. Montbrun, Hartmann et Lagrange, 29.

Classement des candidats : MM. Montbrun, 98; Hartmann, 94; Lagrange, 90.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Pinard, Chiray, Chabrol, Ramadier, Leveuf, Bazy, Houdard, Lemeland.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gaté.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Liste des candidats admis à la première épreuve de l'examen de l'agrégation de médecine (3e division, section unique : *médecine*) :

Académie de Paris : MM. Alajouanine, 17 + 19 = 36; Blum, 14 + 20 = 34; Bordet, 16 + 16 = 32; Cathala, 16 + 15 = 31; Deschamps, 19 + 14 = 33; Hagueneau, 16 + 18 = 34; Hutinel, 15 + 19 = 34; Jacquelin, 19 + 17 = 36.

Académie d'Aix : MM. Berthier, 17 + 15 = 32; Giraud, 17 + 17 = 34; Piéri, 15 + 15 = 30; Zuccarelli, 15 + 17 = 32.

Académie de Bordeaux : M. Aubertin, 19 + 11 = 30.

Académie de Lille : M. Auguste, 19 + 14 = 33.

Académie de Lyon : MM. Barbier, 14 + 18 = 32; Bernheim, 18 + 19 = 37; Bertoye, 15 + 17 = 32; Bocca, 14 + 16 = 30; Colrat, 14 + 17 = 31; Dechaume, 17 + 15 = 32; Gaté, 14 + 16 = 30; Langeron, 16 + 17 = 33; Martin, 14 + 18 = 32; Morenas, 13 + 17 = 30.

Académie de Montpellier : MM. Boulet, 14 + 16 = 30; Siméon, 16 + 16 = 32; Puech, 13 + 17 = 30.

Académie de Nancy ; M. Abel, 16 + 20 = 36.

Académie de Strasbourg : M. Wolf, 13 + 18 = 31. (*J. O.*, 10 juin 1925.)

(Les résultats des 1re, 2e et 5e divisions ont été publiés dans le n° 34 de la *Gazette des hôpitaux*; ceux de la 4e division dans le n° 37.)

— PARIS. — *Inauguration du monument aux morts.* — Dimanche prochain 14 juin, à 10 heures du matin, sera inauguré à la Faculté de médecine de Paris, le monument élevé à la mémoire des médecins et étudiants de la Faculté de médecine de Paris, morts pour la Patrie.

On sait que ce monument est dû à l'initiative de la Société des amis de la Faculté de médecine que préside M. Léon Bourgeois, ancien président du Conseil, et dont M. le professeur Chauffard est secrétaire général.

M. le président de la République assistera à la cérémonie.

— *Concours du prosectorat.* — *Epreuve orale de physiologie.* — Séance du 8 juin. — MM. Brouet, 10; Welti, 14; Aurousseau, 12; Soupault, 11; Bernard, 10.

Epreuve orale de chirurgie. — Séance du 10 juin. — MM. Welti, 18; Aurousseau, 15; Soupault, 16 1/2; Bernard, 14.

Epreuve de médecine opératoire. — Séance du 11 juin. — M. Soupault, 28; Welti, Aurousseau et Bernard, 24.

GUERRE. — CONCOURS POUR LE CORPS DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Un concours sera ouvert le 1er décembre 1925, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales à Marseille pour l'admission à vingt emplois de médecin aide-major de 2e classe et cinq emplois de pharmacien aide-major de 2e classe des troupes coloniales.

Pour être admis à faire acte de candidature, les docteurs en médecine et pharmaciens de 1re classe devront réunir les conditions suivantes :

1° Etre nés ou naturalisés Français;

2° Avoir moins de trente-deux ans au 1er janvier 1925, c'est-à-dire être né après le 1er janvier 1893; cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux au cours des hostilités ;

3° Avoir satisfait aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée;

4° Souscrire l'engagement de servir effectivement pendant six ans au moins dans le corps de santé de l'armée active à partir de leur admission dans le corps de santé des troupes coloniales.

Les demandes d'admission au concours doivent être adressées avec les pièces à l'appui au ministre de la Guerre (direction des troupes coloniales, 3e bureau), avant le 15 novembre 1925. (*J. O.*, 30 mai 1925.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort du professeur Antoine Depage (de Bruxelles), décédé à la Haye à la suite d'une intervention chirurgicale.

Depage était un des plus illustres chirurgiens belges. C'était aussi un grand patriote qui rendit d'immenses services aux blessés alliés dans son hôpital modèle de la Panne pendant la grande guerre.

Notre Académie de médecine l'avait appelé à siéger comme associé étranger en 1923. Il était commandeur de la Légion d'honneur.

La disparition de ce grand savant sera vivement ressentie en France où il ne comptait que des admirateurs et des amis.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — *Cours de revision* (10 leçons). — M. Mauclaire, agrégé, commencera ce cours le mercredi 24 juin, à 3 heures, à la Faculté de médecine et il le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

PROGRAMME. — Historique de l'orthopédie. Classification des appareils. Greffes aponévrotiques, tendineuses, nerveuses, cartilagineuses, osseuses, articulaires. Epaules élevées, ailées. Cubitus varus et valgus. Poignet varus ou valgus. Mains botes. Rhumatisme ossifiant du rachis. Mal de Pott. Malformations congénitales du rachis. Sacralisations. Spina bifida occulta. Scolioses invétérées. Coxa valga, vara, plana. Arthrites sèches de la hanche. Sacrocoxalgie. Genoux en flexion. Pieds bots invétérés. Arthrites déformantes des mains et des pieds.

Ce cours est gratuit. Prière de s'inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

— CLINIQUE DES MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX. (Professeur : M. Georges GUILLAIN.) — *Cours pratique et technique d'anatomie pathologique du système nerveux*, par M. Ivan Bertrand, chef de laboratoire.

M. Ivan Bertrand, chef de laboratoire, commencera le lundi 22 juin 1925, à la Salpêtrière, dans la clinique Charcot, une série de douze leçons sur l'anatomie pathologique du système nerveux.

Le registre d'inscription est ouvert au secrétariat de la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

CHRONIQUE

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES VÉNÉRIENNES EN ANGLETERRE

C'est sous le nom de « Conseil britannique d'hygiène sociale » que sera désigné à l'avenir le « Conseil national pour la lutte contre les maladies vénériennes » (1). Ce changement ne signifie pas que la propagande directe et l'éducation médicale du public, en ce qui concerne les maladies vénériennes, doive diminuer d'importance. Loin de là.

En changeant son appellation, le Conseil se place aux côtés de ses filiales dans les Dominions. C'est avec son approbation qu'il y a deux ans le Conseil canadien pour la prévention des maladies vénériennes est devenu le Conseil canadien d'hygiène sociale. Le même changement de titre est effectué aujourd'hui par le Conseil sud-africain, il en sera de même bientôt pour les autres conseils de l'Empire britannique.

L'organisation sœur des Etats-Unis est depuis longtemps connue sous le nom d'Association américaine d'hygiène sociale. Cette coordination amènera certainement une action internationale des plus utiles.

A ces changements de titres correspond également un changement de personnel. Le très Honorable Lord Trevethin qui, après avoir présidé avec tant de compétence le Comité d'enquête, a présidé pendant deux ans le Comité national, transmet aujourd'hui sa charge à sir Auckland Geddes, ancien membre de l'Hygiène, qui devient président du Conseil britannique d'hygiène sociale.

Au moment où s'accomplit cette transformation il n'est pas inutile de rappeler l'œuvre accomplie par l'ancien conseil national.

En 1920, 105.000 malades se sont présentés aux centres de traitement gratuit, ce nombre est tombé à 73.000 en 1923, et les cas de syphilis seulement sont tombés de 42.000 en 1920 à 23.000 en 1923.

Ce résultat est dû aux efforts combinés du ministère de l'Hygiène, des autorités locales et du Conseil pour obtenir que les personnes contaminées se présentent et reviennent suivre le traitement dans les centres où il est fourni gratuitement.

Pendant les huit dernières années plus de 4 millions d'imprimés traitant des maladies vénériennes, de leur prévention et de leur traitement ont été distribués dans le public. Plus de 15.000 conférences ont été données et 3 millions de personnes au moins ont été instruites soit par le cinéma, soit par la parole.

Si de tels efforts peuvent être continués et intensifiés, il y a tout lieu d'espérer que la syphilis et la gonorrhée cesseront de constituer dès le cours de la présente génération, un lourd fardeau sur l'existence et la santé des générations futures.

R. L.

(1) British Social Hygien Council, 102, Dean Str., Oxford Str., ondon W.

REVUE GÉNÉRALE

LE PROBLÈME DE LA SENSIBILITÉ OBSTÉTRICALE

PAR MM.

JEAN-ROBERT HENRY et ALBAN RATHELOT
Chef de clinique — Interne des hôpitaux

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MARSEILLE
(Professeur : M. GUÉRIN-VALMALE).

L'analgésie obstétricale a pour but de supprimer la douleur produite par les phénomènes du travail. Pour être idéale, cette analgésie, à quelque degré qu'elle soit, doit avant tout répondre à deux conditions essentielles : n'avoir aucune action sur le fœtus et n'influencer en rien les phénomènes mécaniques indispensables à l'expulsion spontanée du produit de conception. La première de ces conditions aussi essentielle soit-elle ne rentre pas dans le cadre de notre étude. Quant à la deuxième nous estimons que tout analgésique ne doit exercer son action que sur le système sensitif génital. Une action plus étendue toucherait les systèmes moteurs et vaso-moteurs, risquant de compromettre la bonne marche de l'accouchement normal. Elle entraînerait des manœuvres instrumentales dont le pronostic est toujours sérieux sinon grave et pour la mère et pour l'enfant.

L'anatomie et la physiologie, en l'état actuel de nos connaissances, ne nous permettent pas de séparer nettement l'innervation purement sensitive de l'innervation purement motrice de l'utérus.

Poser le problème de la sensibilité obstétricale c'est donc rassembler sous le même chef l'étude de la motricité, de la sensibilité et de la vaso-motricité de l'appareil génital. C'est à notre avis le côté spéculatif et passionnant des recherches sur l'accouchement indolore, le reste ne sortant pas de l'empirisme thérapeutique banal.

Nous nous proposerons ici de rechercher et de rassembler les éléments anatomiques et physiologiques qui nous permettront d'avoir, à défaut de conclusions solidement étayées, une opinion sur l'anatomie et la physiologie des voies nerveuses de l'appareil génital.

I. DONNÉES ANATOMIQUES

Au point de vue descriptif, l'innervation de l'appareil génital peut se diviser en : innervation extrinsèque et innervation intrinsèque. Cette dernière permet à l'utérus de se contracter rythmiquement, en dehors de toute connexion nerveuse et nous rappelle de ce fait l'innervation intrinsèque du muscle cardiaque.

TECHNIQUE DES PRÉPARATIONS ANATOMIQUES. — Suivant les conseils de Latarjet et de Rochet il faut étudier l'innervation génitale sur des sujets jeunes, ou mieux sur des femmes enceintes, après avoir imbibé la préparation d'eau oxygénée ou d'acide azotique à 1 p. 500, ce qui rend plus apparent les filets nerveux. On brise la ceinture pelvienne en ouvrant de chaque côté une large fenêtre du sacrum au pubis, pour étaler la cavité pelvienne et exposer clairement la région.

Cette méthode plus agréable pour une étude descriptive, pourra dans un but topographique se modifier en limitant à un seul côté la brèche pelvienne : on enlèvera la partie de la ceinture pelvienne comprise entre le corps du pubis et la symphyse sacro-iliaque (fig. 2).

I. Innervation extrinsèque. — *A.* **Innervation cérébro-médullaire.** — Le système génital reçoit son innervation cérébro-médullaire, par l'intermédiaire de deux groupes de nerfs rachidiens, le plexus lombo-sacré, le plexus sacro-coccygien.

LE PLEXUS LOMBO-SACRÉ. — *Origine.* — La portion de moelle qui donne naissance aux racines nerveuses de ce plexus est représentée par le renflement lombaire. Ce renflement lombaire ainsi appelé parce que ses branches sortent par les trous de conjugaison des vertèbres lombaires et sacrées est situé dans la colonne vertébrale entre D^9 et L^1 ou entre D^{10} et L^2; il ne mérite donc pas, au point de vue anatomie topographique, le nom qu'il porte. Sa longueur est de 7 à 9 centimètres et son diamètre maximum est de 12 millimètres environ. Il donne 10 paires de branches.

Ce sont les branches antérieures de ces paires qui constituent le plexus lombo-sacré.

Nous pouvons pour la commodité de la description décomposer ce plexus en trois autres secondaires.

Un supérieur ou PLEXUS LOMBAIRE, le moins important de tous en l'occurrence, est formé par l'ensemble des anses anastomotiques que s'envoient les branches antérieures des trois premiers nerfs lombaires et par une partie de la branche antérieure du quatrième. Le restant de cette dernière branche unie à la cinquième prend le nom de *nerf ou de tronc lombo-sacré* et se porte vers le plexus suivant. Souvent le douzième nerf intercostal envoie une anastomose à ce plexus et ce filet anastomotique a été appelé *nerf dorso-lombaire*.

En outre, des *rami communicantes* unissent chacune de ces racines au grand sympathique.

De ce plexus ainsi constitué naissent des branches courtes destinées aux lombes et au psoas et des branches longues parmi lesquelles se trouvent celles que le cadre de cette étude nous permet seul d'envisager.

Le *grand abdomino-génital*, après avoir donné un rameau perforant et une branche abdominale, donne une branche génitale qui, s'engageant dans le canal inguinal, accompagne le ligament rond et se termine dans la région des grandes lèvres, après avoir innervé la région inguinale.

Le *petit abdomino-génital* donne aussi un rameau dit génital que nous signalons pour mémoire et qui fusionne plus ou moins avec le précédent.

Le *génito-crural* contribue par une petite branche terminale à l'innervation des grandes lèvres.

Le *nerf crural* n'a aucun rapport avec notre sujet. Le *nerf obturateur* présente un intérêt médiat en ce sens que passant dans son trajet en arrière de la fossette ovarique, il pourra être comprimé au cours de l'accouchement et expliquer ainsi les douleurs irradiées constatées parfois au niveau des adducteurs qu'il innerve.

Le PLEXUS SACRÉ est formé : par la réunion du nerf lombo-sacré, des racines antérieures de la cinquième paire lombaire, première, deuxième, troisième paires sacrées et de la branche ascendante de la racine antérieure de la quatrième paire sacrée. Toutes ces racines se réunissent en un tronc volumi-

neux d'où partent d'une part, les nerfs destinés au membre inférieur et d'autre part, un certain nombre de branches destinées aux viscères et aux muscles des régions génitales. Ces dernières branches cons-

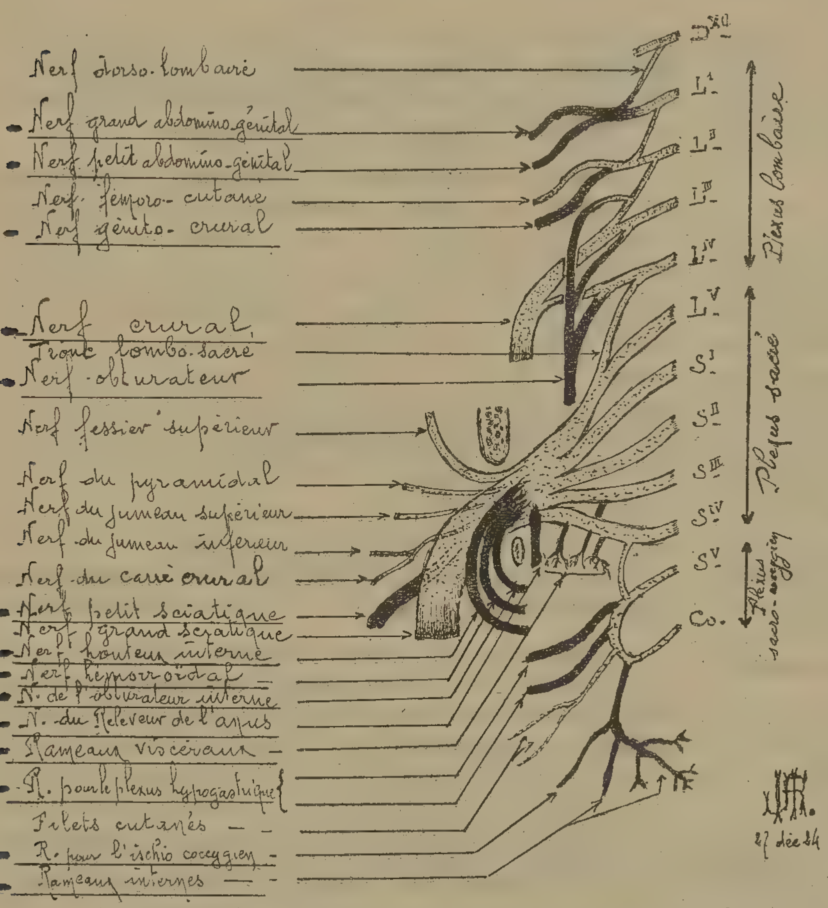


Fig. 1. — *Schéme des origines des nerfs des plexus lombaire, sacré et sacro-coccygien.* — (Les nerfs du système génital sont représentés en noir.)

tituent pour Poirier un véritable plexus émané des troisième et quatrième paires sacrées et qu'il appelle *plexus génital* ou *honteux*. La plupart des anatomistes et Testut en particulier, considèrent simplement ces branches comme des collatérales du tronc commun du plexus sacré.

Ces branches que nous pouvons appeler génitales se divisent en rameaux musculaires et cutanés (nerf de l'obturateur interne, nerf du releveur de l'anus, nerf de l'ischio-coccygien, nerf honteux interne, nerfs hémorroïdal ou anal, nerf perforant cutané) et en rameaux viscéraux pour le rectum, le vagin et la vessie.

Tous ces nerfs, affectant à l'origine une disposition plus ou moins plexiforme, sont, à l'origine, situés dans l'espace pelvirectal supérieur. Ils baignent dans la graisse périrectale et répondent en dedans au cul-de-sac de Douglas, en dehors au grand ligament sacro-sciatique et aux fibres postérieures du releveur de l'anus et de l'ischio-coccygien; en avant d'eux sont les vaisseaux sacrés latéraux.

Le *nerf du releveur de l'anus* et le *nerf de l'ischio-coccygien* gagnent l'un et l'autre leur région de distribution respective en cheminant sous l'aponévrose périnéale supérieure sur les côtés du vagin et de la vessie.

Le *nerf honteux interne*, le *nerf hémorroïdal* et le *nerf obturateur interne* s'échappent de l'espace pelvirectal supérieur, accompagnés des vaisseaux honteux, contournent l'épine sciatique et arrivent dans la fosse ischiorectale pour se distribuer aux muscles du périnée, à la peau qui recouvre ces muscles, à l'anus et aux organes génitaux externes.

Les *rameaux viscéraux*, nombreux et grêles se distribuent au rectum, au vagin et à la vessie (*filets hémorroïdaux*, *vaginaux* et *vésicaux*). Ils envoient de nombreuses anastomoses à tout le système sympathique du petit bassin.

Le PLEXUS SACRO-COCCYGIEN tire ses origines de la fusion de la branche descendante de la branche antérieure de la quatrième paire sacrée avec la branche antérieure de la cinquième branche sacrée et avec le nerf coccygien. Le nerf coccygien suit le filum terminale, sort du canal sacré par l'orifice du canal sacré situé au sommet du sacrum, passe entre le ligament coccygien et les cornes du coccyx et s'unit à la cinquième branche sacrée entre les fibres tendineuses de l'ischio-coccygien.

Ce court plexus formé par deux anses nerveuses donne des *rameaux antérieurs* qui se rendent aux plexus hypogastrique et des *rameaux postérieurs*, qui après s'être anastomosés avec les branches postérieures des derniers nerfs sacrés, vont se terminer dans la peau de la région coccygienne. Le *nerf coccygien* donne en outre une branche qui se divise bientôt en un rameau externe, qui après avoir traversé le muscle ischio-coccygien et le ligament sacro-sciatique, vient se terminer sur le grand fessier; et un rameau interne qui traverse le muscle ischio-coccygien, lui abandonne un filet et vient se terminer dans la région cutanée coccygienne.

B. **Innervation sympathique.** — Les descriptions données par les anatomistes de l'innervation sympathique de cette région sont assez variables. C'est ainsi que Lee et Frankenhauser décrivent un ganglion volumineux irrégulièrement triangulaire, situé en arrière des portions latérales du vagin et du col utérin.

Jastrebow critique cette description. Il affirme qu'il n'y a pas un, mais plusieurs ganglions réunis en plexus : un groupe ganglionnaire recto-vaginal et un autre utéro-vésical. Les premiers auteurs sont accusés de ne pas savoir assez bien disséquer le système nerveux de la région et accusent à leur tour Jastrebow d'avoir trop bien disséqué.

Nous négligerons ces contradictions subtiles dont il n'est pas question dans les ouvrages synthétiques de Poirier, de Testut ou de Rouvière. Nous nous conformerons à l'opinion de Latarjet et Rochet et de leurs élèves. Nous décrirons séparément le sympathique abdominal et le sympathique pelvien.

1. SYMPATHIQUE ABDOMINAL. — a. *Les ganglions.* — D'après Poirier, la chaîne ganglionnaire de cette portion du sympathique, ne présente, avec l'innervation obstétricale, que des rapports médiats, puisque tous les plexus abdominaux, et parmi eux le plexus ovarique, ne sont que des branches de distribution du plexus solaire.

La chaîne sympathique qui descend le long de la colonne vertébrale lombaire, à raison d'un ganglion par vertèbre, n'intervient donc que pour alimenter les ganglions aortico-rénaux, et mésentériques supérieurs, qui, avec les ganglions semi-lunaires, constituent le plexus solaire. Toutefois, de chacun des ganglions partent des ramuscules qui se perdent dans le réseau sympathique péri-aortique. D'autres rameaux, se dirigeant en dehors vers chacun des trous de conjugaison, constituent les rami communicantes destinés à unir les nerfs rachidiens du plexus lombaire à la chaîne sympathique.

b. *Le plexus ovarique.* — Le plexus ovarique naît des branches efférentes des ganglions aortico-rénaux et mésentériques supérieurs, eux-mêmes appartenant à la série des plexus pairs issus du plexus solaire, ce *cerveau abdominal* des anciens anatomistes. Ces branches s'anastomosent en plexus et descendent le long de l'aorte, dont elles se séparent pour suivre l'artère utéro-ovarienne. On y voit plusieurs renflements ganglionnaires, dont un, plus volumineux que les autres, au niveau de la naissance de l'artère utéro-ovarienne, a reçu le nom de *ganglion ovarien*. Enserrant ainsi l'utéro-ovarienne, ce lacis sympathique suit la fosse lombaire et pénètre dans la partie supérieure du ligament large.

Il contribue ainsi à former le ligament supérieur de l'ovaire. Ses rapports peuvent être étudiés dans son trajet lombaire, iliaque ou ligamentaire.

a. *Trajet lombaire.* — On trouve :

En avant : à droite, le côlon ascendant, l'artère colique droite et la racine du mésentère; à gauche, le côlon descendant, l'artère colique gauche.

En arrière : à droite, la veine cave inférieure, l'uretère; à gauche, le psoas sur lequel il descend.

b. *Trajet iliaque.* — Il glisse sur le fascia iliaca et le psoas, croise obliquement l'artère, puis la veine iliaque externe.

c. *Trajet ligamentaire.* — Entré par le bord supérieur du méso-salpinx il aborde le pôle extérieur de l'ovaire.

Le plexus se termine comme l'artère dont il est satellite, en filets ovariens destinés à l'ovaire en filets salpingiens pour la trompe et en filets anastomotiques. Ces derniers suivent l'anastomose de l'artère ovarienne avec l'artère utérine, ou bien par un filet spécial atteignent l'utérus au niveau de l'insertion utérine du ligament propre de l'ovaire et s'anastomosent là avec un autre filet venu du plexus hypogastrique. Cette anastomose produit un renflement, c'est le *ganglion ovarique* d'où partent des filets se distribuant à la partie antérieure du fond utérin, au ligament large, au ligament rond et à la trompe.

L'importance du plexus ovarique paraît secondaire, si on la compare au développement du plexus fourni par le sympathique pelvien.

2. Le sympathique pelvien. — La chaîne sympathique au-dessous du promontoire devient pelvienne et continue à descendre, se logeant dans la concavité du sacrum en dedans des trous sacrés antérieurs.

Elle fournit un ganglion par vertèbre sacré. Souvent cependant il n'y a que trois ou quatre ganglions.

La portion inférieure de cette chaîne marque la fin du grand sympathique, qui se termine sur le *ganglion coccygien* unique et médian, souvent bifide, cachant aussi mal sa dualité primitive.

Le sympathique pelvien est rétropéritonéal, situé dans la loge rétro-rectale fermée sur les côtés par la cloison sacro-recto-génito-pubienne de Pierre Delbet. Il émet des rameaux qui iront s'épuiser sur le plexus hypo-gastrique. D'autres rameaux, constituent les rami communicantes et, se dirigeant vers les trous sacrés postérieurs, s'unissent aux nerfs rachidiens du plexus sacré. Enfin, on peut voir de fins ramuscules anastomotiques allant d'une chaîne ganglionnaire à l'autre.

a. *Le plexus hypogastrique.* — Ce plexus naît du réseau qui entoure l'aorte abdominale, donc de la fin du plexus aortico-abdominal lui-même renforcé de filets venus des ganglions lombaires du grand sympathique.

Quand l'aorte abdominale se bifurque en artère iliaque primitive droite et artère iliaque primitive gauche, ce lacis n'abandonne que quelques rares filets à ces vaisseaux; il continue à descendre en avant de la colonne vertébrale, formant ainsi un cordon plat plus ou moins feutré, c'est le *nerf présacré de Latarjet*, encore appelé *plexus utérinus magnus de Frankenhauser*, *plexus intermésentérique ou interiliaque*, *partie inférieure du grand plexus lombo-aortique ou plexus hypogastrique supérieur.* Il est unique et médian.

D'abord situé dans la bifurcation de l'aorte, il franchit la veine iliaque primitive gauche sur sa face antérieure, s'applique sur la face antérieure du promontoire et vient s'épanouir sur la face antérieure de la première sacrée, recouvert par la portion terminale du méso-sigmoïde.

Son trajet est long de 4 à 6 centimètres. Après quoi, ce cordon se bifurque, donnant ainsi naissance aux *plexus hypogastriques latéraux ou plexus hypogastriques proprement dits*, ou *nerfs hypogastriques droit et gauche de* Latarjet.

Théoriquement, cette naissance se fait au niveau de la bifurcation de la veine iliaque primitive en veine iliaque interne et externe. En pratique elle se fait souvent au niveau du promontoire.

Ces nouveaux cordons descendent obliquement d'arrière en avant et de haut en bas, se dirigeant vers le cul-de-sac vaginal latéral.

Ils suivent les parois postéro-latérales du rectum où ils sont en rapport : en avant, avec les vaisseaux hypogastriques; en dedans, avec le rectum ; en arrière, avec les vaisseaux sacrés latéraux et le plancher pelvien; en dehors, avec le releveur de l'anus et les nerfs du plexus sacré.

Dans ce trajet long de huit centimètres environ, ils envoient quelques grêles anastomoses transversales, quelques rares filets allant directement à l'utérus en suivant l'artère utérine, et un rameau destiné à l'uretère constituant le nerf uretéral principal.

Chacun des nerfs hypogastriques se termine sur le ganglion hypogastrique.

b. *Ganglion hypogastrique.* — Le ganglion est si difficile à disséquer qu'il fut l'objet des divergences d'avis dont nous parlions plus haut. Certains anatomistes avec Lee et Frankenhauser en font un ganglion. D'autres poussent plus loin la dissociation et le considèrent comme un plexus. Aussi prit-il tour à tour les noms de *plexus utéro-vaginal*, *plexus latéro-cervicale*, *ganglion cervical de* Robert Lee *et* Frankenhauser, *épanouissement du plexus hypogas-*

trique latéral. On conçoit sans peine que l'unité anatomique de ce ganglion, ait été contestée, quand on se rend compte de ses adhérences intimes à la gaine



FIG. 2. — *Innervation sympathique de l'utérus* (Schéma). — V, vessie; — U, utérus; — T, trompe; — O, ovaire; — R, rectum; — P, péritoine; Pu, pubis; — R.A, releveur de l'anus; — S, sacrum (facette auriculaire); — Sc, nerf sciatique.

1, Plexus ovarique; — 2, ganglion ovarique; — 3, anastomose des plexus ovarique et hypogastrique; — 4, nerf hypogastrique (vu à travers le péritoine); — 5, ganglion hypogastrique; — 6, chaîne sympathique lombo-sacrée; — 7, anastomose du plexus hypogastrique et des nerfs sacrés; — 8, ganglion vésical interne; — 9, ganglion vésical externe. — (Vue latérale du bassin après section de la paroi passant par le corps du pubis et l'auricule sacré.)

hypogastrique et de son morcellement par des artères, des veines et du tissu cellulaire.

Histologiquement c'est un amas de cellules et de fibres nerveuses.

Macroscopiquement, il se présente comme une sorte de feutrage blanc grisâtre, dans lequel un scalpel exercé peut reconnaître deux plans : un interne continuant le nerf hypogastrique et émettant des branches pour l'utérus et le rectum et la portion juxtamédiane de la vessie, un externe continuant les anastomoses menues du plexus sacré et émettant des branches pour la face externe du vagin et de la vessie (fig. 2).

Il mesure 2 à 3 centimètres dans le sens de la hauteur et 3 à 4 centimètres dans le sens antéro-postérieur.

Il est orienté obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans. Il présente donc une face postéro-externe pelvienne, une face antéro-interne viscérale. Il est ainsi en rapport avec le péritoine dont il est recouvert, avec le releveur de l'anus qui limite l'espace pelvirectal supérieur.

Il est situé sur la face externe du rectum, en arrière de l'utérus et du vagin.

Il contracte des rapports étroits avec les ligaments utéro-sacrés, dont il constitue la charpente. En effet en coupe un ligament utéro-sacré présente (fig. 3) : en dedans un feuillet nettement péritonéal; en dehors une lamelle également péritonéale, mais renforcée de très légères fibres musculaires lisses. On voit quelques vaisseaux en haut, mais surtout une charpente nerveuse en bas (d'après Latarjet).

En dehors sont les gros vaisseaux, soit : l'artère hypogastrique, dont les branches adhèrent au ganglions, et l'hémorroïdale moyenne qui le perfore ou passe en arrière.

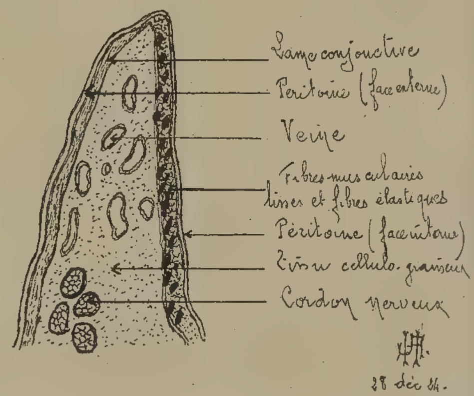


FIG. 3. — *Coupe frontale d'un ligament utéro-sacré (segment supérieur* [schéma], d'après A. Latarjet et Ph. Rochet, in *Gyn. et Obst.*, 1922, t. VI, p. 233.

Constituant le lieu de passage d'à peu près tous les filets de l'innervation utérine, le ganglion hypogastrique est en rapport avec le pédicule génito-vésical que l'on peut diviser en deux étages : un étage supérieur, représenté par les vaisseaux ombilicaux et vésicaux, un étage inférieur, représenté par les vaisseaux utéro et vésico-vaginaux.

Il est enserré dans un réseau veineux toujours bien développé.

L'uretère croise en X très allongé le bord supérieur du ganglion pour se rendre à la vessie en tra- versant le paramétrium.

En résumé : les rapports du ganglion hypogastrique sont représentés par la situation même de cet organe qui repose sur la face latérale du rectum, en arrière de l'utérus et du vagin. Son bord antérieur répond à la partie toute postérieure du paramétrium tendu au-dessus de l'uretère.

α. *Anastomoses.* — Les anastomoses qu'envoie ou que reçoit le ganglion hypogostrique, peuvent se grouper sous deux chefs : anastomoses avec la chaîne sympathique latéro-vertébrale, anastomoses avec les nerfs sacrés.

Avec la chaîne sympatique latéro-vertébral : Un filet va du dernier ganglion sympathique au nerf présacré, un peu au-dessous du promontoire. D'autres filets vont des ganglions du sympathique sacré aux nerfs hypogastriques. Ils sont très tenus. Ces anastomoses constituent un plexus lâche.

Avec les nerfs sacrés : Ces anastomoses sont beaucoup plus importantes. Elles viennent des troisième et quatrième branches du plexus sacré, quelquefois de la deuxième. Elles constituent le *nerf splanchnique pelvien* de B. Harmain.

La troisième paire sacrée, peu après son émergence des trous sacrés antérieurs, abandonne deux ou trois filets qui gagnent le ganglion hypogastrique.

La quatrième paire sacrée en fait autant. Nous aurons l'occasion de reparler de ces anastomoses.

Nous avons déjà mentionné ces anastomoses quand nous décrivions le système cérébro-spinal de l'innervation génitale.

β. *Branches de distribution.* — Il faut individualiser parmi ces branches, des *rameaux rectaux* et des *rameaux génito-vésicaux.*

Les premiers sont réduits à quelques filets. Ils sont en quelque sorte accessoires. On en distingue un groupe supérieur, un moyen et un inférieur, suivant la hauteur à laquelle ils se détachent du ganglion. Tous se rendent au rectum sur lequel il s'épuisent.

Les seconds constituent le gros appoint de la distribution du ganglion hypogastrique. La dissection ne permet pas dans ce lacis nerveux, d'individualiser nettement des rameaux.

Néanmoins, dans un but de commodité descriptive, nous distinguerons dans ce groupe génito-vésical des branches efférentes du ganglion hypogastrique, des nerfs vagino-vésicaux et des nerfs utérins.

Nerfs vagino-vésicaux : Ils constituent à leur origine un véritable plexus dans lequel on peut reconnaître quelques renflements ganglionaires.

Peu après, ces plexus s'éclaircissent et l'on voit se détacher : 2 ou 3 filets pour l'uretère (*nerf inférieur de l'uretère*), des rameaux nombreux et plus importants côtoyant la portion externe de l'uretère, se dirigeant vers la corne postérieure de la vessie, pénétrant dans la paroi vésicale.

Parmi eux un filet se distingue par son volume, c'est *le nerf urétéro-vésical externe de* Latarjet.

D'autres rameaux plus ténus et moins nombreux cheminent sur le côté interne de l'uretère. L'un d'eux plus remarquable est le *nerf urétéro-vésical interne de* Latarjet. Ces rameaux se dirigent vers la vessie sur laquelle ils s'épuisent. Les nerfs urétéro-vésicaux internes et externes s'envoient des anatomoses transversales, dessinant une anse nerveuse préurétérale, située à 1 centimètre 1/2 ou 2 centimètres de la paroi vésicale

Nous signalerons en outre quelques filets insignifiants se distribuant à l'isthme utérin.

Nerfs de l'utérus : Ces nerfs doivent être divisés en deux sous-groupes :

Le premier, ou sous-groupe principal, rassemble les filets qui constituent la charpente principale des ligaments utéro-sacrés.

Ils constituent le plan interne du ganglion hypogastrique, se dirigent vers l'isthme et disparaissent dans le muscle utérin.

Il est impossible de reconnaître des anastomoses entre le groupe droit et gauche.

Le second ou sous-groupe secondaire, n'est autre que le *nerf latéral de l'utérus.*

Il naît de la corne supérieure du ganglion et parfois du plexus vagino-vésical.

Il gagne l'isthme en arrière de l'artère utérine et de ses branches cervicales.

Il abandonne au ligament rond quelques filets qui iront s'anastomoser avec ceux du plexus ovarien et s'épuise sur le muscle utérin.

Quelques rameaux très secondaires vont se perdre dans le ligament large et la trompe.

C. **Terminaison microscopique de cette innervation.** — Ce chapitre a exercé longtemps la sagacité des anatomistes et des physiologistes qui se sont aidés mutuellement.

La terminaison des fibres-nerveuses musculaires ou l'origine des fibres nerveuses sensitives se fait suivant le mode habituel dans les muscles et les divers tissus des voies génitales.

Dans l'utérus le mode de distribution des filets nerveux est plus spécial : (fig. 4).

a. *Fibres sensitives* : De fins rameaux myéliniques se trouvent situés entre les cellules et la muqueuse utérine. Ils se dirigent vers le chorion où ils se réunissent en un plexus auquel viennent se joindre les filets issus de l'épithélium des glandes de la muqueuse formant une sorte de corbeille autour de celles-ci.

De ce *plexus* ou *réseau sous-muqueux* partent des rameaux plus ou moins rectilignes, souvent hélicins,

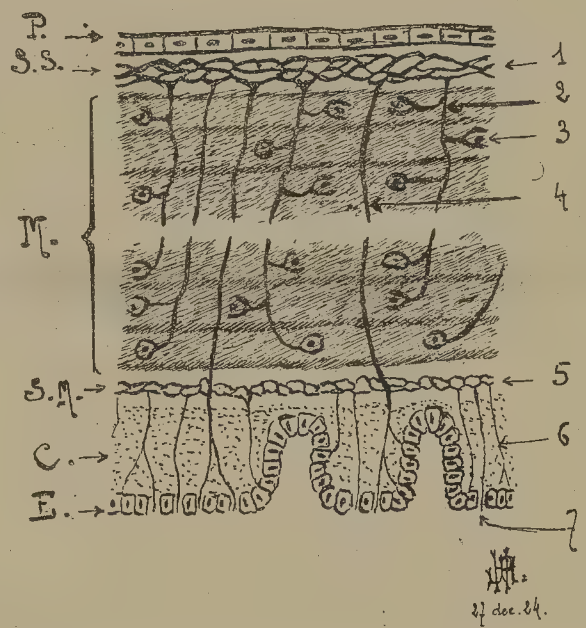


Fig. 4. — *Nerfs de la paroi utérine* (origine et terminaison). — P, péritoine ; — S.S, sous-séreuse ; — M, muscle utérin ; — S.M, sous-muqueuse ; — C, caduque ; — E, épithélium.

1, Réseau sous-péritonéal ; — 2, fibres motrices ; — 3, terminaison dans le muscle ; — 4, fibres sensitives ; — 5, réseau sous-muqueux ; — 6, fibres sensitives initiales ; — 7, origine interépithéliale des fibres sensitives. (D'après Demelin et Devraignes, *Manuel de l'accoucheur*, 1924, p 27.)

qui traversent toute la paroi musculaire et qui, sous le péritoine, forment un *réseau* ou *plexus sous-péritonéal* à mailles plus lâches que celles du réseau sous-muqueux.

b. *Fibres motrices :* Les nerfs moteurs, après avoir pénétré dans l'utérus, se ramifient sous le péritoine et se mêlant au fibres sensitives et viennent enchevêtrer le *réseau sous-péritonéal.* Ces fibres sont les unes myéliniques (appartenant au système nerveux central), les autres amyéliniques appartenant au système sympathique). Les fibres centrifuges envoient des rameaux qui se ramifient dans les fibres musculaires. Ils sont allongés dans le sens de ces fibres et s'y terminent par des boutons libres.

c. *Fibres vaso-motrices* : Ces fibres après avoir pénétré dans la muqueuse utérine se joignent au *réseau sous-péritonéal* et de là se portent sur les vaisseaux.

II. **Innervation intrinsèque.** — Les données anatomiques sur l'innervation intrinsèque du système génital sont d'une pauvreté extrême.

Elles restent pour la plupart dans le domaine des hypothèses.

Leur existence est beaucoup mieux démontrée par la physiologie que par l'anatomie. Dembo aurait vu un ganglion dans le segment supérieur de la paroi antérieure du vagin chez la lapine.

Nous recauserons de cette innervation en parlant de la physiologie.

Sachons seulement que le scalpel seul, ne peut à l'heure actuelle en démontrer l'existence.

Par l'histologie, La Torre et Keiffer usant des procédés de coloration de Ramon et Cajal, sont arrivés, chacun de leur côté, à des conclusions semblables. Il existe 6 à 9 ganglions situés dans le ligament large et le tissu conjonctif périvaginal. Ces ganglions se trouvent sur le trajet des rameaux venus du ganglion hypogastrique et ont le même aspect que les gangliona sympathiques.

Mais ces ganglions font-ils bien partie de l'innervation intrinsèque, puisqu'ils ne sont pas à proprement parler utérins?

En outre, dans les parois mêmes de l'utérus, Keiffer aurait retrouvé des ganglions situés sur le trajet des nerfs et avoisinant les vaisseaux. Dans la moitié externe de l'épaisseur de la paroi utérine, ces ganglions sont plus importants. Ils tendent à se répartir en deux groupes : un sur la ligne médiane antérieure, un sur la ligne médiane postérieure. Ils n'ont pas été isolés dans le col ni au voisinage des glandes de la muqueuse utérine.

En l'état actuel de nos connaissances, l'anatomie ne peut encore nous fixer sur l'importance qu'il faut attribuer à ces amas cellulaires. (*A suivre.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 2 JUIN 1925)

Les toxines du « bacillus coli ». Bases expérimentales de la sérothérapie anticolibacillaire. — M. H. VINCENT. Contrairement à l'opinion admise jusqu'ici, la toxine colibacillaire n'est pas *une*. Son injection provoque, surtout chez le lapin, tantôt une entérite intense qui se prolonge et peut aboutir au marasme et à la mort; tantôt de la stupeur et une paralysie du train postérieur qui gagne la moelle dorso-cervicale, puis le bulbe, avec amyotrophie extrême et perte considérable du poids. Enfin certains animaux présentent des symptômes mixtes répondant à la co-existence constante des deux toxines, l'une *entérotrope* et l'autre *neurotrope* sécrétées par le microbe.

La toxine colibacillaire neurotrope est une *exotoxine*, prédominante surtout dans les cultures jeunes. Elle détermine, chez le cobaye, le coma et l'hypothermie, puis la mort et, chez le lapin, une myélite diffuse avec lésion énorme des cellules nerveuses. Cette myélite survient en général du quatrième au sixième jour, mais parfois au bout de deux à trois semaines. On observe souvent, aussi, des symptômes diarrhéiques associés.

L'exotoxine neurotrope résiste à une température de 58 degrés; elle est détruite à 75 degrés.

La seconde toxine colibacillaire qui accompagne la précédente est une *endotoxine*. On la trouve déjà dans l'autolyse des bacilles centrifugés d'une culture de vingt-quatre heures, lavés deux fois, puis mis à la glacière, pendant dix à treize jours, en contact avec l'eau distillée. Inoculée, cette endotoxine amène la mort du lapin en vingt-quatre heures, avec diarrhée profuse et vascularisation de l'intestin grêle. Cette endotoxine est entérotrope.

Tandis que l'exotoxine est plus spécialement abondante dans les cultures jeunes, l'endotoxine prédomine dans les cultures âgées de quinze à vingt jours, qui, étant très alcalines, de P_H dépassant 10, permettent la lyse microbienne.

L'endotoxine est plus thermostabile que l'exotoxine; elle résiste à une température de 90 degrés pendant une heure, ce qui permet de la séparer de la toxine neurotrope.

L'injection intraveineuse de cette endotoxine tue le lapin en dix-huit-vingt-quatre heures avec des lésions d'entérite aiguë.

Le cobaye inoculé dans le péritoine meurt très rapidement avec des lésions intenses de l'intestin grêle qui est violacé, hortensia, et dont le contenu liquide rosé ou rouge, montre au microscope de vastes placards d'épithélium desquamé.

Il est possible, à l'aide de certaines techniques, d'obtenir des cultures extrêmement toxiques, dont le filtrat tue le lapin, en quelques heures à la dose d'un demi-centimètre cube.

Si l'on *vaccine* solidement le lapin ou le cobaye contre l'endotoxine obtenue par chauffage à 90 degrés d'une culture ancienne, et que, lorsque leur sérum est devenu fortement précipitant, on leur injecte une dose mortelle de toxine jeune (trente-six heures), les animaux succombent presque tous avec des symptômes exclusivement nerveux.

Il y a donc indépendance biologique, physique et immunigène entre les deux toxines.

Il est à remarquer que les corps microbiens du *bacillus coli* renferment eux-mêmes un principe toxique spécial car soumis à une température de 100 degrés, ils tuent la souris en vingt-quatre heures à la dose d'un demi-centimètre cube.

Diverses conclusions peuvent être tirées de ces expériences en particulier les suivantes :

1° Au point de vue clinique, certaines paralysies ascendantes du type Landry sont peut-être sous la dépendance d'une infection colibacillaire méconnue quil serait possible de vérifier (agglutination) et de traiter par la sérothérapie anticolibacillaire;

2° Au point de vue sérothérapique, je me suis fondé sur ces propriétés du *bacillus coli* et sur la pluralité de ses toxines, ainsi que sur quelques autres principes que je ferai connaître, pour la préparation du sérum anticolibacillaire qui a donné des résultats très efficaces.

Masse protoplasmique active et albumines de réserve. — M. T. KAHN.

Modifications que la cuisson détermine dans le métabolisme de la viande. — MM. Charles RICHET fils et R. MONCEAUX :

Le métabolisme de la viande crue est plus parfait que celui de la viande cuite. De là quelques inductions diététiques qu'on peut formuler ainsi :

1° Dans le groupe des affections hépatiques, où il y a toujours troubles du métabolisme azoté, on diminuera ces troubles en donnant la viande crue ;

2° Dans les affections rénales, il y a avantage à donner de la viande très cuite. On favorisera ainsi à la fois la déchloruration et l'élimination hydrique.

Avitaminose C et cholestérinémie. — MM. MOURIQUAND, LEULIER, MICHEL et IDRAC.

Modifications structurales du poumon sous l'influence des grandes décompressions barométriques. — M. Raoul BAYEUX :

1° La lésion essentielle, primitive, déterminée dans le poumon par la décompression barométrique, consiste dans l'hypertrophie pariétale des alvéoles qui se complique d'un rétrécissement de la cavité alvéolaire et de l'écrasement des vaisseaux capillaires;

2° Tous les phénomènes cardio-vasculaires sont secondaires à cette lésion initiale.

Cette notion acquise peut expliquer certains troubles notés chez les aviateurs (dilatation cardiaque, bronchites persistant longtemps après les expéditions). Elle pourrait amener à l'emploi raisonné des masques à pression, pour les courses en très haute atmosphère, telles que l'ascension de l'Everest, où les inhalations simples d'oxygène n'ont pas suffi.

Sur la signification de l'électrocardiogramme. — M. F. HENRIJEAN.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1925)

Eloges. — M. J.-L. FAURE lit une notice nécrologique sur M. Ch.-Ed. Schwartz, membre titulaire dans la 2e section : chirurgie et accouchements.

M. NOBÉCOURT lit des notices nécrologiques sur MM. Joseph

Pawinski (de Varsovie) et José Domingues de Oliveira (de Leca da Palmeira, Portugal), correspondants étrangers dans la 1re division : médecine.

Centenaire de l'Université de Pavie. — M. Vaquez lit un rapport sur le Centenaire de cette illustre Université.

Action du propidon sur les organes hématopoiétiques. — MM. Pierre Delbet et Berceano. Dans un travail fait en collaboration avec M. Berceano, M. Delbet expose d'abord que les premiers effets si rapides de son vaccin ne sont pas dus à des phénomènes de choc. Le choc protéinique est caractérisé par l'abaissement de la pression sanguine, par la diminution de la coagulabilité du sang, par une leucopénie primitive.

Après les injections de propidon, la pression sanguine ne s'abaisse pas; la coagulabilité augmente au lieu de diminuer; la leucopénie est non primitive mais secondaire, et elle repose surtout sur les mononucléaires.

Il est donc inexact d'assimiler la vaccinothérapie par le propidon à une protéinothérapie.

Les auteurs ont surtout étudié les modifications de l'hématopoièse engendrées par le propidon.

La place nous manque pour donner le détail des observations relatées par M. Delbet avec présentation de très belles planches en couleur.

Ce qu'il importe de retenir c'est l'action du propidon sur les organes hématopoiétiques. Augmentation du nombre des globules rouges, augmentation de la coagulabilité du sang, augmentation des éléments granuleux, les plus actifs de la série blanche. Tels sont les principaux facteurs de l'accroissement de résistance produite par le propidon.

Leurs expériences ayant surtout porté sur des animaux sains, les auteurs n'envisagent pas la vaccinothérapie proprement dite. Ils concluent que les injections préventives de propidon sont actuellement le meilleur moyen de préparer un sujet à une opération.

Service des eaux minérales. — M. Siredey lit un rapport sur les travaux des stagiaires aux eaux minérales.

Cure héliomarine du rachitisme. — M. le professeur Desgrez présente un travail de M. le docteur Jaubert (d'Hyères) portant sur 210 cas de rachitisme traités par la cure héliomarine. L'étude de cette statistique permet de conclure à l'excellence des résultats obtenus.

Toutefois, les résultats seraient encore meilleurs si la cure était plus précoce et pouvait se faire dès l'âge de douze à quatorze mois.

Présence de bacilles tuberculeux dans le pharynx des nourrissons ayant une cutiréaction positive. — MM. Lesné et Langle. La cutiréaction à la tuberculine constitue pour le diagnostic si difficile de la tuberculose du premier âge une épreuve dont la valeur est absolue et indiscutable. Mais il n'est pas superflu de savoir si le nourrisson n'est pas, comme l'adulte tuberculeux, un agent de contagion. Or, le nourrisson ne crache pas; la recherche du bacille de Koch dans le mucus pharyngé, prélevé directement ou extrait de l'estomac par lavage, n'a fourni que des résultats inconstants car les bacilles fort peu nombreux qui peuvent y être présents ne se retr ou vent que très difficilement sur une préparation.

Aussi, MM. Lesné et Langle ont-ils eu l'idée d'injecter ce mucus pharyngé sous la peau du cobaye, animal tuberculisable avec un très petit nombre de bacilles; leurs expériences démontrent que plus des deux tiers des nourrissons à cutiréaction positive, atteints de tuberculose latente ou évolutive, aiguë ou chronique, portent dans le pharynx des bacilles tuberculeux virulents. Au contraire, chez les nourrissons dont la cutiréaction est négative, l'injection au cobaye du mucus pharyngé reste sans effet. Ces bacilles doivent provenir le plus souvent de lésions pulmonaires tuberculeuses ouvertes dans les bronches, mais si la radiographie n'a pas décelé de lésions pulmonaires, ce qui n'est pas exceptionnel, ou si l'enfant a succombé à une granulie sans foyer caséeux, peut-être est-on en droit de supposer que le pharynx n'était pas pour le bacille une porte de sortie mais une porte d'entrée; il végéterait dans le cavum et de là, sans lésion apparente de la muqueuse, il pourrait infecter l'organisme.

Quoi qu'il en soit, on ne doit pas considérer comme non contagieux des nourrissons à cutiréaction positive sous prétexte qu'ils n'expectorent pas; placés au milieu d'enfants sains, ils sont susceptibles de les contaminer soit directement, soit indirectement par des objets qui ne sont pas toujours exclusivement individuels (tétines, cuillers, linge, objets de toilette, etc.).

Avant donc de mettre des nourrissons à cutiréaction positive, en contact avec des enfants sains, on devra s'assurer tout d'abord que l'inoculation du mucus pharyngé plusieurs fois répétée ne tuberculise pas le cobaye et prendre dans le cas contraire toutes les mesures prophylactiques nécessaires.

Leucopyrétothérapie dans la paralysie générale. — M. A. Marie (de Sainte-Anne) présente les graphiques et observations de 235 cas de paralysie générale.

Ces malades ont été traités par la méthode leucopyrétique avec la collaboration de M. Cohen.

L'auteur a obtenu 33 p. 100 de rémissions.

Plus de 100 cas ont subi l'inoculation malarique, 30 la récurrente, les autres, la tuberculine, les nucléinates ou lactoprotéides.

Ces derniers produits, moins sûrs que les fièvres expérimentales, peuvent du moins aider à réveiller les accès fébriles éteints.

La température même modérée, jointe à la lymphocytose, permet d'atteindre le spirochète par les médications spécifiques complémentaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 5 JUIN 1925)

Le rôle du terrain dans l'infection diphtérique et l'immunité de la réactivité naturelle. — M. Chr. Zoeller montre l'importance de la notion de terrain dans l'immunisation antidiphtérique. Si dans une collectivité les divers sujets se vaccinent inégalement, cela tient tout d'abord à ce que certains d'entre eux sont prévenus par un contact microbien antérieur (allergie). Mais les sujets neufs eux-mêmes ont une réactivité naturelle différente. Les uns ont une réactivité naturelle faible; les autres une réactivité naturelle intense. Si la réactivité naturelle était le facteur exclusif de l'immunité la réaction de Schick n'aurait plus qu'une valeur insignifiante comme test de l'immunité.

Essais d'immunisation de collectivités avec l'anatoxine diphtérique. — MM. L. Martin, G. Loiseau et A. Laffaille rappellent que, pour obtenir une bonne immunisation, il faut espacer les injections; quinze jours sont nécessaires entre deux injections, les résultats sont meilleurs avec trois semaines d'intervalle; 1.297 sujets ont été vaccinés par eux.

Les enfants supportent bien la vaccination, ce sont eux surtout qu'il faut vacciner. Chez eux, il est inutile de pratiquer la réaction de Schick, puisque trois injections immunisent presque sûrement tous les vaccinés.

Chez l'adulte qui réagit plus vivement, il est préférable de rechercher les immuns et les sensibles et de réserver la vaccination aux seuls sensibles.

Rachitisme et lumière. — M. Armand-Delille, répondant aux remarques qu'a fait dans la précédente séance le professeur Marfan sur les conclusions de son rapport au Congrès de thalassothérapie, fait remarquer que si la carence solaire n'est pas l'agent essentiel du rachitisme, elle en est certainement la cause principale.

Remarques à propos d'un cas de respiration de Cheyne-Stokes. — MM. Pr. Merklen, L. Ambard, Froelich et F. Schmid relatent l'histoire d'un malade atteint de respiration type Cheyne-Stokes. A la période où le trouble respiratoire était léger et intermittent, la réserve alcaline oscillait autour de 42. A la période où le trouble était constant et accusé, la réserve était revenue à 55, c'est-à-dire à la normale. D'autres recherches de réserve alcaline dans le cas de respiration de Cheyne-Stokes publiées par Straub et Meyer ne montrent de leur côté aucune modification. En conséquence, les auteurs estiment que les troubles respiratoires

urémiques ne sauraient être attribués à une modification de la réserve alcaline.

Des effets trophiques de l'insuline chez les sujets non diabétiques. — MM. AMBARD et SCHMID, avec Pautrier, Lévy et Salmon, ont observé que l'insuline jouissait de propriétés trophiques remarquables chez les sujets non diabétiques. Comme preuves de ces propriétés, les auteurs citent les effets de l'insuline sur les plaies atones ayant résisté aux traitements usuels et lésions infectieuses banales de la peau. Par l'administration de dix unités avant le repas de midi et de dix unités avant le repas du soir, soit en injection sous-cutanée, soit en application locale, on observe une réparation très rapide des plaies qu'on n'obtient par nul autre traitement.

Sur la fréquence insolite des cas d'artérites oblitérantes des membres inférieurs et de sphacèle des pieds. — MM. P. EMILE-WEIL et LÉVY-FRANCKEL ont pu observer dans un seul service à l'hôpital Tenon, de septembre 1924 à mai 1925, dix sujets présentant des phénomènes de sphacèle des membres inférieurs avec refroidissement du membre, diminution extrême ou disparition des battements de la tibiale, abaissement ou disparition de l'index oscillométrique, et d'autre part quatre sujets présentant également des phénomènes de sphacèle des membres inférieurs, mais sans diminution des battements artériels ni disparition de l'index oscillométrique. Tous ces cas ont paru chez des gens avoisinant ou dépassant la soixantaine, quatre étaient syphilitiques, un diabétique.

Les auteurs ne font que constater la fréquence anormale de ces faits et se demandent s'il ne faut pas les rapprocher des manifestations toxiques causées par la farine mélangée à l'ergot de seigle.

Un cas de polio-encéphalo-myélite antérieure aiguë syphilitique. — MM. FRIBOURG-BLANC et JAUSION. Niepce, Hammond, Fournier et surtout Raymond avaient montré que la poliomyélite antérieure chronique était souvent d'origine syphilitique.

Les importants travaux de A. Léri sont venus confirmer cette étiologie syphilitique, en particulier dans les amyotrophies du type Aran-Duchenne. Les auteurs ont observé en l'espace de trois mois deux cas de ce genre dont la nature syphilitique des lésions était certaine. Les cas de poliomyélite antérieure aiguë syphilitique sont beaucoup plus rares.

Les auteurs apportent un nouvel exemple de poliomyélite antérieure aiguë survenue chez un malade atteint en 1922 d'une syphilis très énergiquement traitée mais difficilement réductible qui, à la suite d'un violent traumatisme cranio-rachidien, présenta un syndrome de polio-encéphalomyélite aiguë avec amyotrophie massive et rapide des membres supérieurs, de la ceinture scapulaire, des muscles dorso-lombaires et du membre inférieur gauche, avec abolition des réflexes, albuminose et lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et Bordet-Wassermann fortement positif de ce liquide. Le malade activement traité par injections de novarsénobenzol, de cyanure de Hg et de quinio-bismuth fut très notablement amélioré en peu de temps.

Les auteurs retiennent le diagnostic de poliomyélite aiguë syphilitique basé sur l'examen du liquide céphalo-rachidien et sur l'efficacité du traitement antisyphilitique. Ils attirent l'attention sur le rôle du traumatisme cranio-rachidien localisateur des lésions spécifiques sur les centres nerveux et sur la fréquence des neuro-récidives dans la syphilis traitée par les arsénicaux.

Parkinson postencéphalitique. — M. HARVIER ne partage pas l'opinion de M. Renaud ayant pu reproduire le syndrome parkinsonnien chez l'animal par l'inoculation d'un virus provenant de mésocéphale d'une encéphalite épidémique. Le syndrome parkinsonnien n'est pas une séquelle mais une maladie en évolution.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 20 MARS 1925)

Traitement inhalatorial de l'asthme bronchique. — M. DE MEDEVIELLE.

Céphalées et fausses sinusites. — M. MAURICE.

Action de la thiosinnamine sur les rétrécissements infranchissables de l'urètre. — M. LÉVY-WEISSMANN rapporte deux observations où l'introduction d'une bougie filiforme devint possible après quelques injections hypodermiques de ce produit. Le traitement par dilatations progressives a pu alors être entrepris et l'urétrotomie externe évitée. Cet effet de la thiosinnamine est dû à une action résolutive sur les fibres conjonctives jeunes ; c'est là une action transitoire qui doit être seulement considérée comme préparant le traitement mécanique.

L'auteur emploie une solution aqueuse de thiosinnamine à 4 p. 100 ; trois à cinq injections de 8 à 20 centigrammes suffisent habituellement.

(SÉANCE DU 17 AVRIL 1925)

Action bienfaisante des insufflations tubo-tympaniques de vapeurs sulfurées naturelles. — M. BAQUÉ (de Luchon).

Carie dentaire. — M. BOISSIER. On doit distinguer à côté des caries de causes externes (traumatiques, chimiques, microbiennes) des caries trophiques ; l'odontoblaste est frappé en premier et c'est lui qui détermine des lésions secondaires des tissus durs. C'est la carie des états infectieux, de la grossesse, des avitaminoses et des troubles endocriniens. Ces caries trophiques nécessitent donc un véritable traitement étiologique médical différent du traitement purement chirurgical des caries externes.

Fistules chancrelleuses. — M. GOUBEAU rapporte l'observation d'un malade atteint de fistules chancrelleuses multiples, traînantes, sur lesquelles aucun traitement n'avait pu amener la guérison. La marche serpigineuse de l'affection, avec sphacèle de chacun des points successivement touchés, l'aspect « chair de morue » lui firent penser à une association hybride de syphilis et de chancrelle. Du jour où le traitement antisyphilitique fut institué en même temps que le traitement local, la guérison survint avec une rapidité surprenante.

PRATIQUE MÉDICALE

MÉDICATION SIMPLE ET RAPIDE DE LA CRISE GOUTTEUSE

On connaît les curieux résultats que l'on obtient dans le traitement des fluxions rhumatismales et goutteuses par des applications d'acide élaïérinique *loco dolenti.* Ces résultats sont parfois surprenants par leur rapidité, surtout lorsqu'il s'agit de crises aiguës de la goutte. Le docteur Bridoux (de Condé) en apporte un intéressant exemple.

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans qui présentait, pour la seconde fois, une forte attaque de goutte. Le premier accès avait eu lieu un an plus tôt. Sans écart de régime avoué, précédé par de l'insomnie, annoncé par une douleur qui croissait de plus en plus, l'accès survint dans la nuit du 25 au 26 décembre 1924. La douleur fut plus marquée la nuit suivante et dans la journée du 28. Le 27 le malade ressentit de l'anorexie et des nausées sans avoir pris aucun médicament. Il n'eut pas de céphalée, la langue resta normale, mais les urines furent rares, foncées et donnèrent un dépôt d'acide urique.

La manifestation goutteuse siège principalement à la main gauche, accessoirement au genou gauche antérieurement pris. A la main la rougeur est assez vive, il y a de l'œdème au dos du métacarpe. La douleur à la pression a son maximum sur le premier métacarpien et sur l'articulation du poignet. Elle s'irradie jusqu'à l'épaule gauche. Mêmes signes, mais atténués, au genou. Le pouls est tendu à 84 pulsations. Comme traitement on prescrit un purgatif au calomel et des enveloppements avec une dissolution d'acide élaïérinique après légères frictions sur les régions malades. Le 2 janvier on constate que la guérison est complète ; le pouls est moins tendu, les mouvements de l'articulation du poignet sont faciles et sans douleur. Il n'y a plus la moindre sensibilité à la pression. Les urines sont abondantes et claires, l'appétit excellent et le teint tout à fait normal. « L'action de l'acide élaïéri-

nique, dit l'auteur, fut peut-être un peu plus lente que d'habitude, mais elle me parut très sensible et très nette. Je fus surpris moi-même de voir un accès d'aussi courte durée. »

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

BAIL A LOYER

APPARTEMENT HABITÉ PAR UN MÉDECIN QUI Y EXERCE SA PROFESSION. PROROGATION. PRIX-LIMITE APPLICABLE

La loi du 29 décembre 1923 a fixé, relativement à la majoration de loyer que peut demander un propriétaire, un prix-limite, soit le loyer d'avant-guerre majoré de 75 p. 100, applicable aux locaux d'habitation; ce prix-limite ne s'applique pas aux locaux commerciaux, industriels ou professionnels. Tel est le principe de la loi; mais la question se pose de savoir quelle solution adopter, lorsqu'il s'agit d'un *local mixte* qui sert à la fois au logement du locataire et de sa famille et à l'exercice de sa profession. C'est le cas du médecin et de l'avocat exerçant dans l'appartement qu'ils habitent.

Le Tribunal civil de la Seine (Chambre du conseil, 2e section des loyers) a résolu la question en décidant que le prix-limite était applicable.

Le docteur D... était locataire d'un appartement à Paris, depuis 1921 : il payait un loyer annuel de 2.350 fr., plus les charges. Les propriétaires avaient émis la prétention d'élever dans des proportions très importantes le loyer du médecin qui résista, en faisant observer que le prix-limite fixé par les articles 2 et suivants de la loi du 29 décembre 1923 était applicable.

Jugement du 1er décembre 1924 ainsi conçu :

« Attendu que la première période de trois ans devant venir à expiration le 1er janvier 1925, congé a été donné au docteur D... pour cette date; que le docteur D... a demandé la prorogation au 1er janvier 1926 par application de la loi du 29 décembre 1923 moyennant un loyer taxé sur celui d'avant-guerre 1.900 fr., majoré de 75 p. 100, soit 3.325 fr., plus 10 p. 100 de charges; que les propriétaires consentent à la prorogation quant à sa durée, mais demandent une majoration supérieure au prix-limite puisqu'il s'agit d'un local professionnel;

Mais attendu qu'il s'agit d'un local d'habitation dans lequel D.., exerce sa profession de docteur en médecine; que les propriétaires ne contestent pas au locataire sa demande de prorogation en vertu de la loi du 29 décembre 1923; que la majoration de 75 p. 100 ne saurait être dépassée ».

Cette décision est particulièrement intéressante; parce que la profession n'est ici que l'accessoire de l'habitation. Elle ne nécessite que peu de pièces, par rapport à l'ensemble de l'appartement qui peut se trouver très important quand, par exemple, celui qui exerce une profession libérale a plusieurs enfants. La jurisprudence admet d'ailleurs que lorsque l'habitation n'est que l'accessoire de la profession, le local mixte n'est pas soumis au prix-limite; il en est ainsi lorsqu'il s'agit d'une boutique ou d'un atelier auxquels est annexé un logement; en ce cas, la majoration de loyer n'est pas soumise au prix-limite.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Ostéites pianiques Goundou (1), par le docteur BOTREAU-ROUSSEL.

Ce travail repose sur des observations recueillies à la Côte d'Ivoire de 1912 à 1917.

Le Goundou (tumeurs osseuses siégeant en général de chaque côté du nez) a été signalé depuis quelques années dans toute la zone tropicale mais particulièrement en Afrique, par différents observateurs.

L'auteur ayant pu en observer 130 cas (c'est-à-dire plus de cas à lui seul que tous les autres auteurs réunis) et en ayant opéré 108, a pu établir que ces tumeurs ne constituent pas une entité morbide, mais sont toujours consécutives au Pian (Framboesia Tropica), maladie sœur de la syphilis.

L'anatomie pathologique faite par le professeur agrégé Cornil, de Nancy montre que ces lésions ne sont pas des tumeurs au sens anatomo-pathologique du mot, mais des hyperplasies ostéogéniques inflammatoires comparables à celles de l'ostéite syphilitique.

Cet ouvrage est illustré de près de 100 photographies, adiographies, ou dessins de coupes anatomo-pathologiques.

(1) Un vol. in-8 illustré. Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.

Humage et inhalation (1), par le docteur S. BAQUÉ (de Luchon).

Le docteur Baqué, à qui l'on doit de nombreuses études sur la médication sulfurée des Pyrénées, les vaporisations tubo-tympaniques dans les surdités, etc., publie une intéressante brochure sur le humage et l'inhalation.

Que faut-il entendre par humage?

L'auteur en donne une définition qu'il a formulée, il y a vingt ans, dans une étude sur les eaux de Luchon : « Le humage, dit-il, est un mode d'inhalation personnelle basée sur l'extrême facilité avec laquelle certaines eaux s'altèrent à l'air libre et dégagent spontanément des vapeurs très riches en soufre à l'état naissant, à l'état colloïdal et en hydrogène sulfuré, l'un et l'autre libres et directement assimilables. »

Mais pour réaliser ce mode thérapeutique, une eau minérale doit remplir des conditions fondamentales dont l'énoncé suivant constitue les conclusions de l'auteur :

1° Elles doivent être au moins hyperthermales;

2° Elles doivent être éminemment altérables dès leur émergence à l'air;

3° Elles constituent une classe à part, présentant la propriété, dès leur arrivée à l'air, de dégager spontanément les éléments gazeux, principes actifs qu'elles contiennent.

En terminant, le docteur Baqué émet le vœu suivant : Que le terme humage, ayant été choisi et utilisé pour la première fois dans le but de caractériser un mode spécial d'inhalation, propre à la nature même de certaines sources minérales, soit réservé aux stations qui l'ont déjà réalisé et à celles également qui, de par la constitution de leurs eaux, sont susceptibles de remplir et rempliront en réalité les conditions nécessaires à la réalisation pratique de ce mode d'application.

L. G.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — EXPOSITION DE LA HOUILLE BLANCHE ET DU TOURISME A GRENOBLE (mai-octobre 1925). — En vue de faciliter l'accès de Grenoble aux visiteurs de l'Exposition, la Compagnie P.-L.-M. mettra en marche chaque jour, du 14 juin au 20 septembre et dans chaque sens, les deux nouveaux trains express suivants :

1° *Entre Lyon-Perrache et Grenoble :* train 2509 Lyon, départ 8 h. 10; Grenoble, arrivée 10 h. 40; train 2510 Grenoble, départ 19 h. 30. Lyon, arrivée 22 h. 30;

2° *Entre Valence, Grenoble et Culoz :* train 2641/42 Valence, départ 4 h. 48. Grenoble, arrivée 6 h. 37. Culoz, arrivée 9 h. 28; train 2649/50 Culoz, départ 20 h. 22. Grenoble, arrivée 22 h. 25. Valence, arrivée 0 h. 27.

Pour faciliter les relations régionales, cette organisation sera complétée par la mise en marche d'un nouveau train direct entre Lyon et Grenoble et vice versa : train 2537 Lyon, départ 12 h. 50. Grenoble, arrivée 16 h. 41; train 2516 Grenoble, départ 11 h. 15. Lyon, arrivée 14 h. 14.

D'autre part, des voitures directes de toutes classes seront mises en service au départ de Marseille, pour Grenoble et Culoz, dans les trains 742, 2641, 2642 à l'aller, et 2649, 2650, 103 au retour. Pour les relations avec Paris, les voyageurs disposeront des voitures directes wagon-lits (du 5 juin au 20 septembre) lits-salon, couchettes, 1re et 2e classes dans les trains 17/2501 et 2508/18.

(1) Broch. in-8. — Imprimerie Thiron et Cie, Clermont (Oise).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 48. — MARDI 16 & JEUDI 18 JUIN 1925. 98e ANNÉE. MARDI 16 & JEUDI 18 JUIN 1925. — N° 48

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INAUGURATION

DU MONUMENT ÉLEVÉ EN COMMÉMORATION DES MÉDECINS ET ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS MORTS POUR LA PATRIE

Qui est-ce qui a défini les Français un peuple léger et oublieux? Que n'est-il venu, dimanche dernier, à la Faculté de médecine! Il y aurait assisté à la plus émouvante des cérémonies. Il aurait vu comment nous honorons nos morts. Si loin qu'ils soient de nos yeux, ces grands absents sont toujours aussi près de nos cœurs.

Très simple, et d'inspiration très heureuse, le monument que leur a élevé la *Société des Amis de la Faculté de médecine*, et dont elle a confié l'exécution au maître Raoul Bénard. A gauche, un poste de secours, avec, à sa porte, un blessé amené par les brancardiers. En face, l'horizon dévasté : tronçons d'arbres, maisons en ruines, croix de bois. A droite, figé dans une attitude méditative, un jeune médecin. Il songe aux heures tragiques que son adolescence a vécues. Il contemple ce modeste abri où a déjà passé tant de douleur, et dont les murs suintent l'héroïsme. Il évoque le souvenir des camarades disparus. Sur son jeune visage, une gravité d'homme mûr, une sérénité faite de tristesse et de confiance. Il sait que la vie n'est qu'une longue espérance. Il aperçoit, dans le lointain, les premiers rayons de l'aurore libératrice. Il redit sans fin les litanies de la patrie. Il répète, avec Michelet : « Eh bien, ma grande France, s'il a fallu, pour te « retrouver, qu'un homme se dévouât, passât et repassât le « fleuve des morts, il s'en console, il t'en remercie! » En haut et à gauche une devise latine : *Facultas parisiensis erexit, suorum memor.* Au milieu, deux dates : 1914-1918. Au-dessous, les noms vénérés de tous ceux, médecins, étudiants, employés de la Faculté, qui sont tombés au champ d'honneur. Au bas, de magnifiques couronnes, un amoncellement odorant de lys et de roses.

Pour inaugurer le monument, un public de choix : M. le Président de la République qui nous a fait l'insigne honneur, dont ne manqueront pas de le remercier tous les orateurs, de venir assister à cette fête du souvenir; M. Durafour, ministre du Travail; MM. le médecin inspecteur général Rouget, les médecins inspecteurs Dopter et Fournial; M. le Recteur; M. le Directeur de l'Enseignement supérieur; M. Mourier; M. Strauss, ancien ministre de l'Hygiène; M. le Préfet de la Seine; M. le Préfet de Police; Mgr Mario, représentant le cardinal Dubois; M. Barrier, président de l'Académie de médecine; le docteur Darras, vice-président de l'*Association générale des médecins de France*; M. le Maire du VIe arrondissement.

Le premier, M. le professeur Chauffard prend la parole, au nom de la *Société des Amis de la Faculté de médecine*, dont il est l'éminent secrétaire général. C'est elle qui a su trouver tous les concours nécessaires et surmonter toutes les difficultés. Quelle fierté pour elle de pouvoir magnifier aujourd'hui l'héroïsme de ces jeunes gens qui ont sacrifié gaiement leur vie, *à la française*, et de leurs aînés qui, leur œuvre de vie terminée, ont su si bien mourir!

Lorsque se lève M. le professeur Roger, une indicible émotion étreint les cœurs. C'est que notre vénéré Doyen vient d'être cruellement frappé. Lui aussi a, sur la route de la vie, « rencontré la douleur et il a appris que ce ne sont pas seule- « ment les jeunes filles nées en Israël qui parfois passent « avant le soir ». Quand il parle de ceux qui ont perdu un enfant chéri, comment n'évoquerait-il pas le souvenir de celle qui, il y a quelques jours encore, était la joie de sa maison? Comment ne penserait-il pas, après avoir vu, dix ans,

. . . . De cet autre *lui*-même,
Croître la grâce aimable et la douce raison,
. . . .
. . . . Que c'est une chose bien triste
De *la* voir qui s'en va?

Comment pourrait-il empêcher ses larmes de couler. Puisse-t-il trouver, dans la respectueuse sympathie de tous, quelque apaisement à une douleur qui, de longtemps, ne voudra pas être consolée!

Au nom de l'Assistance publique, M. Mourier apporte le

tribut de son admiration à cette jeunesse dont il connaît, mieux que quiconque, l'esprit de sacrifice. Si nous avons remporté la victoire, n'est-ce point parce que nous avons fait la guerre avec nos blessés, auxquels les soins attentifs du personnel médical ont permis de reprendre, au plus tôt, leur place d'honneur et de péril?

En termes d'une grande élévation, le président du Conseil municipal exprime à tous médecins et étudiants, la reconnaissante affection que leur a vouée la ville de Paris. En paix comme en guerre, ne sont-ils pas toujours sur la brèche? Les Parisiens ne savent-ils pas qu'ils peuvent, en toutes circonstances, compter sur leur abnégation? Ne savent-ils pas que chaque année, quelques nouveaux noms viennent s'inscrire sur la trop longue liste des victimes du devoir professionnel?

A M. le médecin-inspecteur Fournial échoit l'honneur de porter la parole au nom du service de santé. Qui était mieux qualifié que ce grand chef qui, au moment des émeutes de Fez, en 1912, a su organiser la défense d'un « secteur » de la ville et fait le coup de feu? N'a-t-il pas, de 1914 à 1918, promené sur tous les fronts son activité créatrice?

M. Beau, étudiant, lui succède. Peut-être un peu long, mais plein de cœur, son discours, dont des applaudissements nourris saluent la péroraison! Combien en a-t-il connu, de ces jeunes gens qui, après 1870, n'ont cessé de fixer leurs regards sur « cette ligne bleue des Vosges, d'où montait, vers nos « cœurs fidèles, la plainte touchante des vaincus »! Ils avaient tous espéré vivre assez pour voir nos chères provinces enfin reconquises. Bien peu ont assisté à l'apothéose. Grâces soient rendues à leur héroïsme! Grâces soient rendues à la femme française! Grâces soient rendues à ceux qui, de tout leur cœur et de toute leur âme, ont contribué à la victoire!

Après que Mlle Madeleine Roch, de la Comédie Française, a déclamé de beaux vers dus au professeur Richet, le ministre se lève pour dire quelle joie se faisait M. le président du Conseil d'être des nôtres, s'il n'avait estimé que la meilleure manière d'honorer les morts, c'est encore de s'occuper des vivants, et d'apporter à ceux de nos soldats qui, là-bas, sous un ciel de feu, luttent contre un ennemi barbare, le baiser de la France.

La musique de la Garde Républicaine prêtait son concours à cette cérémonie qu'attendait impatiemment le corps médical parisien. Ne montre-t-elle pas à quel point nous avons le culte du souvenir? Ne témoigne-t-elle pas de notre infinie reconnaissance et de notre admiration pour ceux dont les noms resplendissent en lettres d'or dans nos mémoires plus encore que sur le marbre? N'apporte-t-elle pas un peu de réconfort à celles qu'ils ont laissées ici-bas, mères à cheveux gris, fiancées à cheveux blonds, enfants adorés et qui, dans les larmes, et dans la prière, attendent anxieusement le réveil des morts?

L. BABONNEIX.

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS D'ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX. — *Rectification.* — Une erreur a fait classer parmi les candidats au concours d'accoucheurs des hôpitaux, des accoucheurs précédemment nommés, comme MM. Cleisz et Guéniot. Nous prions nos lecteurs de remplacer la liste des candidats publiée dans notre n° 44 des 2-4 juin 1925 par la liste suivante :

Candidats : MM. Couinaud, Vaudescal, Arnaudon, Portes, Lantuéjoul, Powilevicz.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — AGRÉGATION. — L'ouverture de la prochaine session pour la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie est fixée au 3 décembre 1925.

Les candidats se feront inscrire au secrétariat de leur Académie.

Le registre des inscriptions sera clos deux mois avant l'ouverture de la session. (*J. O.*, 13 juin 1925.)

— PARIS. — *Concours du prosectorat. — Epreuve de dissection.* — Séance du 12 juin. — MM. Welti, 26; Aurousseau et Soupault, 28; Bernard, 25.

Sont nommés : MM. Soupault et Welti.

— BORDEAUX. — M. le professeur Sigalas est nommé doyen pour trois ans, à partir du 1er mai 1925.

M. Cordier, agrégé, est chargé, pour le 2e semestre de l'année scolaire 1924-1925, du cours de pathologie générale.

— STRASBOURG. — Un congé d'un an, sans traitement, est accordé, à dater du 13 mai 1925, à M. Chavigny, professeur.

LE CONSEIL D'ÉTAT ANNULE UN CONCOURS D'AGRÉGATION. — M. Magitot, docteur en médecine, a déféré au Conseil d'Etat une décision du 26 juin 1923, par laquelle le ministre de l'Instruction publique a rejeté sa réclamation contre les résultats du concours d'agrégation des facultés de médecine (section d'ophtalmologie) qui a eu lieu à Paris, du 29 mai au 3 juin 1923, et en tant que de besoin contre les résultats dudit concours.

Le Conseil, après avoir reconnu que le jury avait été irrégulièrement composé, a décidé d'annuler les résultats du concours.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil est convoqué en session ordinaire le 1er juillet 1925.

La durée de la session sera de trois jours.

COMMISSION DU CODEX. — M. Garnal, pharmacien à Cahors, est nommé membre de la commission du Codex. (*J. O.*, juin 1915.)

COMMISSION D'HYGIÈNE DENTAIRE. — Ont été nommés membres de cette commission : MM. les docteurs Vichot, président du conseil d'administration de l'école dentaire de Lyon; Sauvez, président de la société des dentiste des hôpitaux; Herpin, président de la société de stomatologie; Bozo, directeur de l'école de stomatologie; Gires, président du syndicat des stomatologistes; Klein, directeur de la clinique dentaire de Strasbourg, en remplacement de M. le docteur Hamman, et Billoret, président de l'Association française des chirurgiens dentistes. (*J. O.*, juin 1925.)

SANATORIUMS PUBLICS. — MM. les docteurs Farton et Escande médecins adjoints des sanatoriums publics, ont été promus médecins directeurs de 5e classe (J. O. 14 juin 1925).

DISPENSAIRES. — Un concours sur titres, pour la nomination d'un médecin spécialisé chargé des dispensaires de l'Yonne, est ouvert.

Les candidats devront adresser leur dossier au siège social du Comité national de défense contre la tuberculose, rue Notre-Dame-des-Champs, 66 *bis*, à Paris, avant le 10 juillet.

MALADIES DES YEUX. — Le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs Joltrois et Fombeure, fera le samedi 20 juin 1925, les mardis, jeudis et samedis suivants, à 13 h. 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Victor Faucon (de Cannes), Edouard Pilatte (de Nice), Louis Landaud (d'Hyères); le professeur Fernand Ranvez (de Louvain); M. François Maechler, externe des hôpitaux.

LES PARALYSIES DU MAL DE POTT [1]

Par le médecin principal DUGUET,
Professeur au Val-de-Grâce.

Les manifestations nerveuses du mal de Pott sont bien connues et fréquemment observées — ce sont des algies, des paralysies, des phénomènes convulsifs. Chacun de ces symptômes peut être suffisamment affirmé pour prédominer sur les autres et constituer un type clinique isolé, c'est ainsi qu'il existe une forme paralytique du mal de Pott.

C'est ce syndrome paralytique que je désire étudier avec vous.

Vous trouverez dans notre service de tuberculeux chirurgicaux de l'Hôpital Percy plusieurs malades qui vont nous servir de modèles pour notre description — Indépendamment des données que vous pourrez recueillir dans la littérature classique, en particulier dans Charcot, Lannelongue, Brissaud Ménard.

Les paralysies pottiques frappent soit un nerf isolé, soit un plexus, soit un membre entier. Le plus souvent elles sont bilatérales, les quatre membres peuvent être atteints à la fois. Les réservoirs sont fréquemment touchés.

Ces paralysies relèvent au début d'une compression de la moelle ou des racines, et leur topographie est fonction du siège de la lésion initiale. La manifestation classique la plus fréquente est la paraplégie. C'est elle que nous allons prendre comme type.

Percival Pott en décrit l'apparition avec une précision qui n'a pas été dépassée. Le malade commence à éprouver de la faiblesse dans les membres inférieurs, il titube en marchant, tombe parfois sans cause apparente ; la station debout lui est insupportable, des secousses douloureuses parcourent ses membres et ne s'arrêtent pas par le repos, troublant son sommeil. Peu après en quelques jours, quelques semaines s'installe une impotence plus ou moins complète des membres inférieurs qui aboutit en fin de compte à la paraplégie.

*
* *

La succession de ces divers symptômes peut être lente et progressive ou au contraire rapide et même subite. Voyons quelques observations :

Cas cliniques. — Chez le malade Sc... apparaissent en 1922 des douleurs en ceinture; quelques mois après, au début de novembre, se déclarent des douleurs dans le membre inférieur gauche avec diminution de la force musculaire des deux jambes et difficulté à la marche. Entre temps, en passant à la toise, le malade s'aperçoit avec surprise que sa taille a diminué de 4 centimètres et qu'une saillie angulaire s'est développée dans la région dorsale. Le diagnostic de mal de Pott est alors établi. Peu à peu les douleurs et la paresse des membres inférieurs augmentent avec anesthésie à la piqûre et paralysie du sphincter vésical et anal. En janvier 1923, soit après deux mois et demi, la paraplégie est complète, compliquée de contractures, d'anesthésie remontant à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, de rétention d'urine et des matières fécales. J'ajoute pour être complet qu'en même temps il s'est produit quatre crises épileptiformes accompagnées de torpeur et de mouvements convulsifs des membres supérieurs.

L'évolution ultérieure des phénomènes sera la suivante : disparition de la paralysie vésicale en juillet (soit au bout de cinq mois) de la paralysie rectale en septembre (sept mois). La paraplégie commence à régresser en octobre 1923 et disparaît définitivement en février 1924, elle aura duré quatorze mois environ.

Actuellement (mars 1925) la motricité est parfaite ; il persiste seulement un peu de contracture empêchant l'extension et le relâchement complet des membres inférieurs, les réflexes rotuliens restent très exagérés. J'ajoute que des crises convulsives se sont encore produites, avec déviation conjuguée de la tête et des yeux, sans caractère comitial net. L'état général est excellent.

La radio montre une destruction partielle des corps des 6, 7, 8e vertèbres dorsales, une large poche d'abcès par congestion descend de chaque côté du rachis au niveau des vertèbres lésées.

Tel est le type de la paraplégie à évolution lente et progressive. C'est la plus fréquente. Vous la retrouverez chez le soldat B... actuellement guéri après six mois de paralysie.

Il est d'autres cas plus rares, évoluant avec soudaineté.

C'est le cas du sergent indigène Ham. En juillet 1924 il a constaté une tuméfaction molle de la région dorsale moyenne paravertébrale, du volume d'un œuf avec quelques douleurs thoraciques sans faiblesse des membres. Il n'interrompt pas son service. C'est vers le 15 janvier seulement, au retour de permission, qu'il commence à éprouver de très vives douleurs thoraciques en ceinture pour lesquelles il entre au Val-de-Grâce le 21 janvier. Le diagnostic de mal de Pott est à peu près certain, seule l'interprétation radiologique prête à discussion, car le cliché ne montre qu'une très légère dentelure de la face supérieure de la IVe dorsale sans abcès ossifluant perceptible. Le 30 janvier commence une phase aiguë : les douleurs thoraciques sont très vives, le malade a vomi, il n'y a pas de troubles moteurs ni sensitifs des membres inférieurs mais de la raideur avec exagération des réflexes, léger Kernig au membre inférieur droit, les muscles de l'abdomen sont contracturés. Le soir température 39,8. Le 31 janvier au matin, même état, les douleurs, très vives, nécessitent une injection de morphine. Quelques instants après notre examen (une demi-heure), s'installe subitement une paraplégie complète à type flasque, avec abolition des réflexes et anesthésie remontant jusqu'au niveau de l'appendice xyphoïde, rétention d'urine et constipation. C'est donc une évolution extrêmement rapide, foudroyante.

Voyons l'évolution. Dès l'apparition de la paraplégie les douleurs en ceinture cessent sans que l'abcès diminue. La mobilité et la sensibilité du membre inférieur droit reviennent le troisième jour.

La sensibilité vésicale à la réplétion reparaît vers le 13 février et la rétention vésicale avec miction par regorgement cesse le 17 février (dix-septième jour).

Le 18 février on note : paralysie complète du membre inférieur gauche. La sensibilité est revenue des deux côtés avec des zones diffuses d'hypéresthésie. Les réflexes sont exagérés des deux côtés, avec trépidation épileptoïde à droite sans clonus de la rotule. La constipation persiste, elle disparaîtra le quinzième jour. Cette régression régulière et

(1) Clinique chirurgicale du Val-de-Grâce.

rapide de la paraplégie ne s'est pas maintenue : le membre inférieur droit se paralyse à nouveau du 10 au 15 mars. Il s'agit donc d'un cas de paraplégie subite et complète qui commence à regresser dès le troisième jour de son apparition et qui en deux semaines a déjà à moitié disparu pour se recompléter ensuite, mais sans nouvelle atteinte des sphincters.

Vous retrouverez le même début brusque, syncopal en quelque sorte, chez l'adjudant P... qui, alors qu'il comparaissait devant une commission de convalescence pour une sciatique rebelle, tombe inerte devant les experts, les jambes fauchées par une paraplégie avec paralysie des sphincters. On fait alors le diagnostic de mal de Pott lombaire avec destruction partielle des corps de L1-2.

La paraplégie dure quinze mois puis regresse parfaitement au point que pendant sept ans, de 1917 à 1924, le malade reprend son service de bureau, marchant facilement à l'aide d'un corset, ne souffrant pas, paraissant guéri.

En octobre 1924 la situation s'aggrave : les jambes deviennent lourdes surtout à droite, la marche est de plus en plus difficile, le malade ne peut que se traîner, râclant le sol avec ses pieds. En trois mois s'installe à nouveau une paraplégie incomplète avec anesthésie totale remontant jusqu'à la racine des cuisses, exagération des réflexes patellaires, Babinski positif à gauche, nul à droite, absence de troubles des réservoirs, mais érections douloureuses.

Le 1er février 1925 la paralysie s'amende, amélioration précédée de secousses musculaires dans les membres. Le malade commence à pouvoir marcher, de façon encore hésitante et spasmodique. Cette amélioration constatée en quinze jours s'accentue progressivement.

Il y a donc eu, dans ce cas, rechute de la paraplégie après une guérison apparente de sept années. C'est la preuve du caractère précaire de la guérison apparente du mal de Pott et de ses complications chez l'adulte.

Ces trois cas de paraplégie bien différents quant à leur mode d'évolution, ont néanmoins un caractère commun : la paraplégie complète, flasque au début.

Le cas suivant est tout différent, c'est celui d'une paraplégie spasmodique d'emblée.

Dem... a commencé à éprouver dès juillet 1923, sans douleurs préalables, de la faiblesse des membres inférieurs, avec contracture progressive.

En septembre, la marche est très difficile, saccadée, spasmodique. Le malade peut soulever difficilement les jambes du plan du lit, les membres sont contracturés en extension, qu'il est difficile de vaincre. Des secousses myocloniques du quadriceps sont provoquées par le moindre attouchement. Il y a exagération considérable des réflexes, avec trépidation épileptoïde et clonus de la rotule, zone d'hyperthésie jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Pas de troubles sphinctériens.

C'est donc un cas de forme convulsive de la paraplégie relevant de phénomènes d'irritation pyramidale et en rapport avec une compression médullaire par abcès pottique, siégeant au niveau des cinquième et sixième vertèbres dorsales.

Secondairement apparaît en février 1924 une péritonite bacillaire avec épanchement qui se résorbe en six mois.

La paraplégie et les contractures s'atténuent, par la suite, elles auront disparu au bout de neuf mois (septembre 1924). En février 25, tout est devenu normal, réflexes compris (sauf tendance à l'extension du gros orteil).

Ces quatre observations vous montrent les aspects cliniques variés sous lesquels se présentent et évoluent les principales formes de paraplégie pottique, en rapport avec des maux de Pott dorso-lombaires, les plus fréquents chez l'adulte (34 cas sur 44)

* * *

Quelle est la fréquence des troubles paralytiques dans le mal de Pott.

Il faut d'abord savoir que dans certains cas la paraplégie peut être le premier et l'unique symptôme de début du mal de Pott (Ménard).

Au point de vue de la fréquence, notre collègue Courboulès a trouvé, sur 140 pottiques, 109 abcès et 7 paraplégies; avec M. Clavelin nous avons observé, sur 45 pottiques, 5 paraplégies. Les proportions sont donc variables suivant les statistiques. La topographie du mal de Pott initial intervient de façon nette, dans la détermination de cette fréquence. Lannelongue a observé en effet que la paralysie est d'autant plus fréquente que l'abcès a un siège plus élevé : 1/8 des cas dans les abcès lombaires, 1/2 dans les abcès dorsaux. Ménard trouve encore une proportion plus forte, quinze à vingt cas de paraplégies dans les lésions dorsales supérieures contre un cas dans les lésions dorso-lombaires.

* * *

Caractères cliniques. — Les caractères cliniques de paralysies pottiques sont très différents suivant le siège ainsi que l'a bien signalé Lannelongue.

Le *mal de Pott sous-occipital* tire son principal danger des paralysies, celle du bulbe en particulier : la moelle cervicale est le centre du réflexe respiratoire. Ce sont des paralysies tantôt lentes gagnant d'abord les membres supérieurs puis les membres inférieurs, tantôt brusques, sous forme de quadriplégie totale que peut compliquer subitement une paralysie bulbaire mortelle. C'est ce que nous avons observé chez un lieutenant qui à la fin de vacances très actives, entrait dans notre service pour mal de Pott sous-occipital avec quadriplégie que compliquait brusquement au bout de quelques semaines une syncope bulbaire fatale : l'évolution totale du mal de Pott n'avait pas duré deux mois.

Les *paralysies cervico-dorsales* (de C3 à D4) peuvent également donner des quadriplégies avec troubles des réservoirs, mais elles ne sont pas toujours aussi étendues; elles peuvent être plus ou moins partielles : hémiplégie atteignant d'abord le bras puis la jambe; diplégies supérieures, monoplégies localisées à un membre supérieur ou paralysie fruste intéressant seulement quelques muscles ou groupes musculaires du bras ou de la main. Dans ce dernier cas, les compressions du plexus cervical ou brachial viennent se substituer aux compressions pures de la moelle.

Notons que ces paralysies sont fréquemment flasques et accompagnées d'exagération des réflexes.

Ces caractères cliniques des paralysies partielles sont intéressants à retenir, en particulier au point de vue du diagnostic différentiel : le premier diagnostic porté lors de la période initiale douloureuse

est en effet, le plus souvent, celui de rhumatisme, plus tard de paralysie toxique ou infectieuse : l'exagération des réflexes orientera vers une compression nerveuse que confirmera l'examen radiographique de la colonne cervicale.

C'est ainsi que M. Clavelin a pu identifier l'origine pottique d'une paralysie radiculaire du plexus brachial de type supérieur, étiquetée rhumatisme, La confirmation fut donnée rapidement par l'examen radiologique du squelette (lésion de D6) et l'évolution ultérieure d'un abcès froid sus-claviculaire que vint compliquer une paraplégie avec contracture et troubles des sphincters.

Dans ces cas de monoplégies on se trouve, le plus souvent, en présence de radiculites.

Les *paralysies du segment dorso-lombaire* (D5 à L2) sont celles dont nous avons donné des observations détaillées au début de cette étude. Vous avez vu leur début variable, soit brusque, soit lent et leur durée longue ou brève, avec possibilité de rechute à longue échéance (sept ans).

Les troubles des réservoirs les accompagnent généralement. Ils sont variables dans leurs manifestations cliniques et sont en rapport avec le siège de la lésion. Le cône médullaire est le siège des réflexes de la vessie et du rectum. Dans le segment sacré naissent les réflexes plantaire et achilléen. Les réflexes crémastérien et rotulien viennent du segment lombaire.

Il est admis qu'une lésion de la moelle en un point déterminé entraîne une abolition des réflexes émanant de la zone lésée, et une exagération de ceux qui naissent au-dessous de cette même zone. On s'expliquerait ainsi, en particulier, que l'on observe suivant les étages de l'incontinence ou de la rétention des réservoirs : paralysie dans une lésion du cône terminal, rétention en cas de lésion sus-jacente.

Il n'en est pas toujours ainsi, car à la lésion initiale supprimant la conductibilité, s'ajoutent des lésions secondaires qui se superposent aux premières. Néanmoins, ces caractères cliniques peuvent servir de guide au début.

Lannelongue a bien précisé comment se présentent les paraplégies aux divers étages du segment dorso-lombaire.

Les lésions comprises entre D4 et D9, c'est-à-dire celles du segment dorsal moyen provoquent la paraplégie classique, plus ou moins complète avec une sensibilité généralement conservée, réflexes exagérés, paralysie flasque suivie de contracture.

Au contraire les paralysies originaires de D9 à L2 sont toujours flasques avec réflexes atténués ou abolis.

En somme la réflectivité et la contracture diminuent à mesure que le siège de la paralysie s'abaisse.

Les *paralysies du segment lombo-sacré* n'intéressent plus la moelle mais la queue de cheval et les plexus. Le tableau clinique sera celui des compressions nerveuses périphériques, des névrites s'étendant à des territoires sensitifs et moteurs plus ou moins étendus — parfois bilatéraux — le plus souvent localisés à un seul membre.

Notons à ce niveau la fréquence des troubles trophiques.

ÉTIOLOGIE. — *Quelle est l'étiologie de ces paralysies?* — Elles sont dues à la compression de la moelle ou des racines. La gibbosité n'est en cause qu'exceptionnellement, car sauf dans les cas d'angulation extrême elle ne rétrécit jamais le canal médullaire. C'est soit un abcès qui par pénétration dans les trous de conjugaison comprime d'abord les racines, provoque au début des douleurs intercostales, de la sciatique, puis s'insinue dans le canal rachidien et comprime la moelle amenant ainsi les paralysies à évolution brusque. C'est encore un foyer de pachyméningite externe caséuse par inoculation tuberculeuse venue de la lésion et qui se propage de proche en proche jusqu'aux méninges, constituant un croissant plus ou moins étendu en circonférence et en hauteur, qui enserre la moelle par sa face antérieure. La paralysie dans ce cas serait d'évolution lente et durable — alors que celles dues aux abcès auraient une évolution rapide, mais curable.

A ce premier stade de compression succède, si la lésion persiste, un stade secondaire capital, celui de la myélite.

C'est une myélite transverse : d'abord irritative, plus tard destructive. La moelle se comporte en effet comme les troncs nerveux isolés :

Au bout d'un certain temps elle devient le siège de lésions dégénératives : descendantes pour les cordons moteurs antéro-latéraux, ascendantes pour les cordons postérieurs.

Nous suivons ainsi au point de vue clinique l'évolution et la succession de ces divers mécanismes : la compression initiale des conducteurs amènera l'interruption de la conductibilité volontaire avec paralysie flasque, au contraire, l'irritation due à une compression prolongée provoquera l'apparition secondaire des spasmes et de la contracture. Cette contracture est d'abord en extension, plus tard en flexion. Elle représente habituellement un caractère de gravité particulier lié aux altérations du faisceau pyramidal. Quant au stade initial de compression, il s'accompagne habituellement de douleurs qui peuvent faire penser à la névrite. Delbet a bien insisté sur les caractères cliniques qui peuvent distinguer ces douleurs d'avec la névrite. La compression en effet agit moins sur des troncs que sur des racines (ou sur la moelle elle-même), il en résulte une topographie des lésions qui n'a aucun rapport avec le territoire nerveux précis de la névrite localisée. D'autre part, l'exagération habituelle des réflexes et la trépidation épileptoïde, symptômes habituels des compressions pottiques au début, ne se retrouvent pas dans les névrites.

*
* *

DIAGNOSTIC. — *Diagnostic différentiel.* — Les cas de paralysie existant avec une gibbosité, un abcès ou des lésions osseuses manifestes à la radiographie ne présentent aucune difficulté de diagnostic.

Il n'en est pas toujours ainsi, en particulier dans les cas de paralysie subite et dans ceux, non exceptionnels, où la paralysie est le seul symptôme objectif du mal de Pott.

La question de la fièvre ne saurait être prise en considération. Vous avez vu que le sergent H... avait eu près de 40 degrés la veille du jour où il a fait sa paraplégie, et vous savez d'ailleurs que le système nerveux central peut en dehors de toute infection, donner lieu à des réactions fébriles élevées : il en est ainsi dans la phase prémonitoire des paralysies.

Il importe surtout de différencier la paralysie pottique brusque de l'hématomyélie, de l'hématorachie, de la myélite infectieuse aiguë, de l'hystérie.

L'*hématomyélie est apyrétique*, indolore, elle évolue en quelques heures et régresse rapidement. Dans certains cas elle s'accompagne de dissociation syringomyélique. Enfin le squelette est intact.

L'*hématorachis* est facile à diagnostiquer en cas de traumatisme antérieur. S'il succède à une pachyméningite son identification est plus difficile car il s'accompagne souvent de douleurs de compression. Là encore l'examen radiologique du squelette sera d'un grand secours.

La *myélite aiguë* est accompagnée de fièvre, d'hyperesthésie des régions paralysées, elle a une marche généralement ascendante vers les membres supérieurs et le bulbe.

Enfin l'*hystérie* est à envisager sous forme de manifestations monosymptomatiques. Elles sont accompagnées de raideur, d'exagération des réflexes, mais jamais de spasmodicité ni de paralysie des sphincters.

En cas de mal de Pott monosymptomatique sans lésion squelettique décelable, et se caractérisant uniquement par la paraplégie, il faut penser aux diverses causes de paraplégies spasmodiques, en particulier à la syphilis médullaire, si fréquente chez l'enfant aussi bien que chez l'adulte et que le Wassermann signera; aux tumeurs de la moelle. intra ou extradurales et à certaines méningites séreuses circonscrites périmédullaires. Dans ces deux derniers cas la radiographie du rachis après injection de lipiodol pourra donner des indications, à défaut la laminectomie exploratrice dont on doit être sobre, car en cas de mal de Pott elle n'est pas sans danger.

Comment évoluent ces troubles paralytiques? — C'est une question des plus importantes.

L'évolution des paralysies pottiques est liée au degré des lésions produites sur la moelle, ou les racines par l'agent initial : abcès ou pachyméningite

Les expériences de Sencert et Bouin ont bien montré comment se comporte la moelle vis-à-vis des agents de destruction ou de compression.

En voici le résumé :

1° La section, la destruction de la moelle sont suivies de dégénérescence wallérienne des faisceaux ascendants (au-dessus de la lésion) et des faisceaux descendants (au-dessous). Contrairement à ce que l'on observe sur les troncs nerveux, ces lésions destructives sont définitives et ne se réparent généralement pas de façon suffisante pour permettre (comme on l'observe dans la génération des nerfs sectionnés), le rétablissement de la conductibilité nerveuse.

Au contraire, comme le signale Sencert, la compression ne produit jamais de lésions totales destructives et définitives mais seulement des altérations, variables suivant l'intensité de la striction et sa durée. Chez des chiens dont il avait préalablement comprimé la moelle, Sencert a vu disparaître la paraplégie en levant la compression; il ne persistait plus qu'une contracture passagère.

Quant aux lésions anatomiquement plus ou moins durables elles sont dues à deux ordres de causes : d'une part la prolongation de la compression amène une véritable dislocation des éléments constitutifs de la moelle (Brissaud), d'autre part la pachyméningite et la myélite provoquent d'abord de l'œdème, plus tard des lésions dégénératives, définitives. Si bien qu'en dernière analyse si un retour ultérieur de la motricité est à envisager au moment de la disparition de la compression l'étendue, de la récupération sera fonction de la durée de la compression et de ses conséquences anatomiques : œdème, myélite, dislocation médullaire. C'est ainsi que s'explique la curabilité des paralysies pottiques. Curabilité précoce et complète si nous avons affaire à une simple compression passagère; curabilité plus ou moins tardive et plus ou moins parfaite dans les autres cas : à la période nécessitée par la régression spontanée de l'abcès ou de la pachyméningite s'ajoute en effet celle qu'exigent la reconstitution des faisceaux médullaires désorganisés et la régression de la myélite.

C'est dire que cette guérison se fait au bout de périodes variables : quelques jours comme dans le cas de Ménard (il s'agissait d'une enfant dont la paraplégie disparut sitôt l'apparition d'un abcès), quelques mois comme dans nos observations ou des années, en moyenne, quinze à dix-huit mois. Charcot a vu une malade récupérer le fonctionnement intégral de ses membres inférieurs après avoir été paraplégiée pendant huit ans. Le délai fut de trois ans dans un cas observé par nous chez un malade atteint de paraplégie avec contracture. Charcot, Brissaut insistent sur la fréquence de curabilité de la paraplégie pottique. Ménard, Roederer l'estiment à 50 p. 100.

Cette récupération fonctionnelle peut être observée malgré des désorganisations étendues, mais non totales. de la moelle. On cite généralement le cas de Charcot : une paraplégique récupère au bout de deux ans le fonctionnement complet de ses membres inférieurs. Elle succombe ultérieurement à une coxalgie. L'autopsie montra que la moelle était, au niveau de la compression, réduite au tiers de son volume normal, avec des lésions de sclérose très avancée. Toutefois, au milieu de ce tissu dense on trouvait des tubes nerveux sains en assez grand nombre, qui suffisaient à entretenir la fonction. C'est là un fait très intéressant.

Ces données de physiologie et d'anatomie pathologiques sont donc importantes à rappeler et à retenir.

Elles expliquent d'abord les signes du début, les algies diverses, les phénomènes spasmodiques qui tiennent à la compression, les névrites et les troubles trophiques (atrophie musculaire, zonas, ulcérations, eschares). Enfin elles éclairent le mécanisme et les modes de récupération. Au point de vue de la signification des douleurs, Brissaud insiste sur ce fait que la compression de la moelle est indolore, celle des racines au contraire éveille au début des douleurs vives. Les douleurs du mal de Pott sont donc surtout des radiculites.

*
* *

Progression et étendue de la recupération. — L'anesthésie disparaît la première. C'est ce que l'on observe déjà dans les cas de récupération fonctionnelle à l'occasion des sections nerveuses périphériques. On explique facilement ce retour de la sensibilité par ce fait que la compression s'exerce surtout et domine en avant, au contact de la zone motrice, la zone postérieure sensitive étant plus épargnée par l'anneau de pachyméningite. Les troubles moteurs régressent ensuite, soit partiellement, soit en totalité, laissant seulement un peu de raideur, des spasmes, de l'exagération des réflexes, comme nous l'avons noté chez nos malades.

Le degré de curabilité, indépendamment de l'étendue des lésions destructives, est d'autre part lié aux

facteurs d'aggravation que représentent la contracture (signe de sclérose descendante) et les troubles sphinctériens et leurs complications (eschares, infection vésicale. Or, nous voyons la contracture persister longtemps chez nos paraplégiques guéris, c'est donc un indice de lésions durables, quoique partielles.

* **

Peut-on prévoir ou suivre sur les clichés radiographiques le mécanisme et l'évolution des paraplégies, je ne le crois pas. Objectivement, en effet, on ne constate généralement aucune modification de l'image avant, pendant et après la paraplégie. C'est ainsi que chez le marin Sc... l'image radiologique de l'abcès n'a pas varié et est restée immobile depuis le début du mal de Pott. Chez le quatrième malade par contre, nous avons observé une diminution secondaire de l'image de l'abcès, correspondant avec la période de guérison de la paraplégie. La constatation radiographique ne peut donc servir de repère précis.

Le traitement intervient d'ailleurs de façon certaine dans l'amélioration du pronostic.

Il a une importance réelle.

Courboulès estime que la paralysie est le symptôme du mal de Pott sur lequel on a le plus d'action, par l'extension continue aidée de frictions, de massage. Les Américains adjoignent le corset plâtré. La révulsion ignée avec compression de la gibbosité n'a pas la valeur que lui reconnaît Charcot. Le relèvement de l'état général intervient également pour une grande part. C'est en somme le traitement général du mal de Pott qui agit.

La paralysie de la vessie et du rectum ont besoin d'une surveillance particulière : beaucoup de paraplégiques meurent d'infection vésicale. La vessie doit être surveillée avec grand soin, fréquemment désinfectée même après des cathétérismes en apparence irréprochables. Le rectum devra être régulièrement évacué.

Les eschares exigent des soins assidus. La poudre de Lucas-Championnière donne de très bons résultats. Les soins de toilette doivent être exécutés avec un souci extrême de propreté.

Brissaud a insisté sur une complication redoutable du mal de Pott, le décubitus acutus; c'est en réalité un processus phlegmonneux caractérisé par la production rapide d'eschares, d'œdème cyanotique, avec température élevée, frissons, et habituellement suivi de mort rapide. C'est le seul cas qui, d'après lui, autorise à intervenir chirurgicalement.

Que vaut l'intervention chirurgicale? On est intervenu pour lever la cause de la compression par laminectomie, costo-transversectomie. Les résultats sont, dans quelques cas, satisfaisants au début, mais ils sont souvent suivis de récidive, ou bien, en cas d'amélioration progressive, la lenteur de la récupération est telle que Brissaud se demande si ce n'est pas l'évolution spontanée du mal de Pott, bien plus que le résultat de l'intervention, qui est observée.

On a vu apparaître à la suite de ces interventions, des complications désastreuses; soit mort immédiate ou rapide, soit fistulisation secondaire et infection entraînant la mort. Il importe donc de s'abstenir de ces opérations sur le squelette.

On s'est adressé à l'abcès seul. Calvé a pratiqué la ponction intrarachidienne de l'abcès à travers un trou de conjugaison, à l'aide d'un trocart courbe. Rizzoli, Sorrel ont ponctionné de même des abcès intrathoraciques par les espaces intercostaux en se basant sur l'examen radiographique et en s'aidant au besoin d'une résection costale pout donner du jour en cas de gibbosité. Ces méthodes ne valent que dans le cas de compression par abcès; elles sont inapplicables dans les cas, si fréquents, de pachyméningite. Il importe donc, au préalable, de différencier ces deux modes de compression. L'évolution de la paralysie serait rapide en cas d'abcès, plus lente en cas de pachyméningite; d'après Sorrel, en outre, l'image radiologique fournie par le niveau supérieur d'une injectton de lipiodol aurait des caractères distinctifs : horizontale, dans les cas de pachyméningite, ramifiée dans les cas d'abcès. Je pense que ces diverses méthodes thérapeutiques ne sont pas suffisamment au point et que le plus simple est de s'en tenir au traitement général du mal de Pott, à l'immobilisation avec compression de la gibbosité et extension continue.

Ce que nous devons retenir, c'est la grande fréquence de la guérison de la paraplégie pottique, la nécessité par suite de lui appliquer un traitement qui aide à la guérison spontanée, et permettra au malade de conserver un bon état général en prévision de la récupération ultérieure. C'est enfin aussi, hélas! la possibilité de rechutes après des délais, parfois si longs, qu'ils donnent raison à ceux qui estiment que le mal de Pott ne guérit jamais complètement chez l'adulte. C'est une raison de plus pour soumettre à une surveillance constante tous les pottiques que vous auriez tendance à considérer comme guéris *cliniquement*.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 23 MAI 1925)

Action de la bile sur le bactériophage et importance de cette action. — M. Paul HAUDUROY montre que la bile a la propriété d'arrêter le phénomène de lyse de certaines bactéries, telles que B. d'Eberth, B. coli, etc., produit par le bactériophage. L'action d'arrêt s'exerce même avec de petites quantités de bile. Ce phénomène doit avoir une importance assez grande en pathologie générale : par exemple, les hémocultures en bile sont beaucoup plus souvent positives que les hémocultures en bouillon ordinaire. La bile doit exercer son action sur le bactériophage que contiennent les hémocultures dans la fièvre typhoïde. D'autre part, les porteurs de germe conservent le virus dans la vésicule biliaire; on peut penser qu'ici encore la bile joue un rôle en entravant l'action lytique du bactériophage.

La vitesse de sédimentation globulaire est indépendante de la cholestérinémie. — MM. M. SALOMON, DE POTTER et VALTIS ont recherché si la quantité de cholestérine du sang exerçait ou non une action accélératrice sur la vitesse de sédimentation. Ils ont examiné cinquante-neuf sujets (sujets sains, tuberculeux pulmonaires et femmes tuberculeuses enceintes). La confrontation de leurs chiffres montre qu'il n'existe aucune concordance entre la teneur du sang en cholestérine et la vitesse de sédimentation. Alors, en effet, qu'au cours de la tuberculose évolutive et grave, l'hypocholestérinémie est à peu près de règle, la vitesse de sédimentation y est de façon constante accélérée. Les sujets normaux qui ont un taux de cholestérine assez élevé ont, par contre, une sédimentation très ralentie. Enfin, des femmes enceintes, normales ou tuberculeuses, ont un taux élevé de cholestérinémie avec une accélération de la vitesse de sédimentation. Ils en concluent que

si la vitesse de sédimentation est accélérée dans certains états physiologiques (gestation) ou pathologiques (tuberculose évolutive), elle est indépendante de la teneur du sang en cholestérine et que celle-ci, sur le sujet vivant, n'a aucune influence sur la vitesse de sédimentation.

Morphologie du spirochète des oreillons. — M. KERMORGANT. Ce spirochète est un corps cylindrique très régulièrement enroulé en hélice autour d'un axe fictif mesurant 12 à 16 μ de longueur, il est souvent muni de cils à ses extrémités, il se colore aisément par toutes les méthodes usuelles. Il se reproduit par division régulière ou irrégulière et émission de granules ciliés susceptibles de traverser les filtres bactériens (ChL_2 L_3) et doués d'un pouvoir infectant identique à celui des spirochètes. L'existence de ces granules permet de classer ce spirochète parmi les organismes possédant des formes filtrables.

Présentation. — M. L. MARTIN présente une note de M. RAMON, au sujet de l'*anatoxine*, que l'on tend à confondre, à tort, avec la *toxoïde formolée* d'Ehrlich. L'anatoxine diphtérique possède trois qualités : 1° elle n'est pas toxique ; 2° elle jouit du pouvoir floculant ; 3° elle a des propriétés antigéniques. Les toxoïdes ne possèdent pas toujours ces trois propriétés.

Election. — M. BAUDOUIN est nommé membre titulaire.

(SÉANCE DU 29 MAI 1925)

Les explications proposées jusqu'à ce jour pour la **nutrition des broméliacées anagrotes** sont inacceptables. Pour M. R. DUBOIS, ces végétaux verts sans racines se nourrissent par symbiose, comme c'est le cas également dans l'association mutualiste du *Sonchus oleraceus* et du *Stereum hirsutum* qui fait envisager la possibilité de la *culture par symbiose* de plantes utiles et d'agrément formant des jardins suspendus.

Eaux minérales bicarbonatées et activité de la sucrase de la levure de bière. — MM. A. MOUGEOT et V. AUBERTOT. En présence de 50 centimètres cubes d'eau minérale, v à x gouttes de sucrase transforment en sucres réducteurs 1 gramme de saccharose avec une rapidité qui varie éminemment selon le pH de l'eau minérale. La transformation est activée d'autant plus que l'acidité ionique est plus forte; elle est retardée si le pH est au-dessus du point de neutralité. Mais pour les eaux débarrassées du tampon de CO^2 par ébullition ou éventation et qui de ce fait cessent d'être optiquement vides et voient leur pH monter à 8,0 et au-dessus, il paraît s'ajouter à l'influence empêchante de l'alcalinité un phénomène d'adsorption du ferment par les précipités.

Les peroxydases naturelles sont-elles diffuses ou limitées? — M. HOLLANDE a récemment admis, contrairement à l'opinion classique qui place le siège des peroxydases dans les granulations peroxydasiques, qu'elles sont diffuses, mais en trop petite quantité pour être mises en évidence par les méthodes habituelles. — M. Marcel PRENANT, de nombreuses recherches, conclut que l'opinion classique doit être maintenue.

M. MESTREZAT. Il serait préférable de ne pas dire *peroxydases*, mais *substances peroxylytiques*.

Les pansements locaux à la gélose vaccinée. — MM. H. JAUSION et Ed. DIOT. Partant des deux principes de la vaccination des milieux de culture et de l'utilisation par Besredka des milieux vaccinés liquides comme vaccins topiques, les auteurs, sans confondre vaccination des milieux et vaccination de l'organisme, ont songé à l'emploi comme pansement immunisant des géloses cultivées pendant quarante-huit heures, débarrassées de leurs germes par raclage, fondues à 100 degrés et étendues de deux parties d'eau physiologique.

L'on fait ainsi à volonté des auto, des poly et des stock-gélo-vaccins.

Le traitement des pyodermites par les gélo-vaccins. — MM. H. JAUSION et Ed. DIOT. Par des gélo-vaccins appropriés, appliqués après fusion au bain-marie, les auteurs ont traité localement, avec prompt succès, sycosis microbien de la barbe, anthrax du cou, volumineux abcès staphylococcique de la nuque, sycosis lupoïde, balanite circinée érosive avec sphacèle du prépuce, et enfin deux vastes ulcérations phagédéniques greffées sur deux lupus tuberculeux qui se sont épidermisés sans guérison bien entendu de la tuberculose sous-jacente.

Les gélo-vaccins fournissent donc au niveau des plaies un pansement biologique adhésif, bien toléré et qui provoque rapidement la guérison.

Quelques méthodes d'imprégnation osmique de l'appareil de Golgi. — M. AVEL décrit ces méthodes, dont l'une comporte l'emploi de nitrate d'urane.

M. PRENANT. Je voudrais faire remarquer que j'ai le premier décrit, en 1887, la méthode réinventée depuis et souvent appelée, à tort, méthode de GOETSCH.

M. LHERMITTE. Quand on emploie la technique de M. AVEL, les résultats varient-ils avec les éléments cellulaires?

M. AVEL. Assurément.

— Société de biologie de Marseille (séance du 26 mai 1925) :

Propriétés antiseptiques des sels d'or. — M. H. VIOLLE rappelle les propriétés antiseptiques des sels d'or.

Les microbes mis au contact de solutions auriques ont non seulement leur vitalité mais encore leur toxicité détruite.

Ainsi des bacilles de Shiga, même tués par la chaleur à 60 degrés pendant une heure, sont mortels pour les lapins et les rats. Traités par les sels d'or, ils sont détoxiqués.

On parvient à vacciner contre les bacilles paratyphiques B des souris ayant reçu des bacilles traités par des sels d'or.

Infection expérimentale de l'huître par le bacille typhique. — MM. S. COSTA, R. HOVASSE et L. BOYER ont abordé par la méthode expérimentale la question encore obscure de l'infection typhique d'origine ostréaire. Leurs premières expériences montrent : 1° que le rôle de l'eau de mer intravalvaire dans la transmission du bacille paraît peu important; 2° que le bacille peut persister dans l'organisme de l'huître plus souvent qu'on ne l'admet généralement; 3° que dans certains cas tout au moins expérimentaux il existe une véritable septicémie typhique de l'huître.

Vaccination antidysenterique (B. de Flexner) collective par la voie digestive. — MM. S. COSTA, L. BOYER et F. VAN DEINSE ont vacciné, par voie buccale, au moyen d'une culture de bacille de Flexner, stérilisée à 60 degrés pendant une heure, l'équipage du cuirassé hollandais *Trump*, sur lequel sévissait depuis un mois et demi une épidémie de dysenterie à bacille de Flexner qui avait provoqué 68 atteintes. Malgré la suppression de toutes autres mesures d'hygiène, l'épidémie a été enrayée par cette vaccination collective.

(SÉANCE DU 6 JUIN 1925)

Siège de la sommation dans l'excitation itérative du pneumogastrique, nerf d'arrêt du cœur. — M. et Mme A. CHAUCHARD, excitant alternativement deux portions du pneumogastrique, montrent que la sommation ne se fait pas au point excité.

Les excitations s'additionnent dans l'organe d'aboutissement, quel que soit leur point de départ sur le nerf.

Toxine streptococcique et immunité locale; de la réactivité locale spécifique. — MM. Chr. ZOELLER et MANOUSSAKIS utilisent la réaction de Dick dans l'étude de la vaccination locale. Ils ont observé que la toxine streptococcique est capable en injections intradermiques de créer localement un état réfractaire. La rapidité avec laquelle s'installe cet état réfractaire est fonction, d'une part du nombre des injections pratiquées, d'autre part de la réactivité locale naturelle du sujet.

Les injections subintrantes se montrent plus efficaces que les injections espacées. La durée de l'état réfractaire est d'environ six semaines.

La pseudo-réaction de Dick répétée réussit également à créer un état réfractaire.

Les intradermoréactions apparaissent comme des techniques simples et pratiques dans l'étude de l'immunité locale, de la réactivité locale et de leurs rapports avec la réactivité générale.

M. André-Pierre MARIE rapporte les résultats de ses recherches sur **un bacille anaérobie mobile isolé d'une viande putréfiée.**

Ce bacille produit expérimentalement chez le cobaye un phlegmon diffus.

Dans un cas, il a produit en outre une ostéite du fémur doublant le diamètre de l'os.

Ce germe, que certains de ses caractères avaient paru rapprocher du Bacillus sporogenes, semble ne répondre à aucun type décrit jusqu'à ce jour.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 20 MARS 1925)

Traumatisme du coude. Décollement épiphysaire condylo-trochléen de l'humérus. — MM. ETIENNE et GUIBAL.

Rétraction des fléchisseurs de l'avant-bras consécutive à une embolie artérielle. — MM. SICARD, FAYOT et BONNET.

Anaphylaxie à l'insuline. Urticaire généralisé. — MM. VEDEL, PUECH et REVERDY.

L'extériorisation systématique de l'anse. Procédé du professeur Forgue pour le traitement de la gangrène herniaire. La cure des fistules stercorales et des anus contre nature. — MM. MOURGUE-MOLINES, VILLA et VIDAL relatent une observation de hernie étranglée avec gangrène menaçante de l'intestin. L'anse suspecte fut extériorisée et contracta des adhérences avec la paroi. Dans un deuxième temps le professeur Forgue la réséqua et fit une anastomose termino-terminale au bouton, hors du ventre, grâce à sa technique qui consiste à disséquer à quelque distance de la base de l'anse une cote de melon comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale. Grâce à une forte traction continue et progressive au moyen de pinces à abaissement, à mesure que sa dissection avance toute l'épaisseur de la paroi réséquée est de plus en plus extériorisée et est entraînée lorsque le péritoine est sectionné, retenue seulement par les deux bouts au canon de fusil de l'intestin qu'il n'y a plus qu'à sectionner et à suturer bout à bout. La paroi est reconstituée plan par plan. Ce procédé, également applicable dans les cas d'anus contre nature, a le grand avantage de permettre de réséquer et d'anastomoser, hors du ventre, sur un lit de compresses, l'intestin sans qu'une laparotomie médiane ait été nécessaire. L'accès est beaucoup plus aisé et les risques de contamination réduits au minimum.

(SÉANCE DU 27 MARS 1925)

De la valeur du pincement vertébral dans le diagnostic du mal de Pott au début. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et BRÉMOND ont institué chez trois enfants le traitement du mal de Pott sur la loi du pincement vertébral, radiographiquement évident et en accord avec le tableau clinique (douleur précise à la pression, raideur rachidienne). Or, après dix-huit, huit et onze mois d'observation, tant radiologiquement que cliniquement, toute idée de mal de Pott doit être écartée.

Le pincement vertébral est-il donc un signe absolu de tuberculose vertébrale au début? et ne peut-il exister dans des spondylites ayant une autre cause que la tuberculose?

A propos d'un diabétique traité par l'insuline. — MM. CARRIEU et JANBON.

Une cause d'erreur importante dans l'épreuve de l'élimination provoquée de la phénolsulfonephtaléine. — MM. CRISTOL et BONNET montrent que la quantité de soude ajoutée à l'urine pour développer la couleur alcaline du colorant n'est pas indifférente, quoique ce fait n'ait pas attiré l'attention des auteurs qui ont imaginé ou employé cette méthode. Des expériences nombreuses et précises leur permettent de tirer les conclusions suivantes :

1° Plus le titre de la solution de soude employée est bas, plus on retrouve dans l'urine de phénolsulfonephtaléine ;

2° La chute de quantité de phénolphtaléine retrouvée est d'autant plus forte que l'élimination du colorant est élevée ;

3° A élimination égale la quantité de phénolsulfanephtaléine retrouvée est d'autant moins forte que le pH de l'urine est plus bas.

Cancer de la tête du pancréas. — MM. RIMBAUD, BOULET et JANBON. Mort au douzième jour après l'apparition de l'ictère, sa première manifestation clinique. Présentation de pièces.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 4 AVRIL 1925)

Sur un cas de glaucome traumatique. — MM. FRENKEL et CALMETTES présentent une malade atteinte de glaucome secondaire à un syndrome traumatique du segment antérieur de l'œil. Ils rappellent l'importance théorique et pratique de ce syndrome décrit par l'un deux en 1916 et montrent le rôle de la subluxation du cristallin, diagnostiquée ou méconnue, dans la pathogénie du glaucome traumatique,

Un cas de pouce bifide. — MM. BERNARDBEIG et CHARRY présententent la radiographie d'un pouce bifide. Il s'agissait de deux pouces complets, à deux phalanges, et presque égaux, articulés sur le premier métacarpien droit. Le pouce externe fut désarticulé sous anesthésie locale. Résultat simple et excellent.

Idiosyncrasie à l'antipyrine chez un diabétique. — M. LAPORTE rapporte l'histoire clinique d'un malade atteint de diabète et de lithiase biliaire qui, à plusieurs années d'intervalle, a présenté des accidents cutanéo-muqueux après ingestion d'une dose faible d'antipyrine. La dernière intoxication a été consécutive à l'absorption de deux capsules d'une spécialité antidiabétique à base d'extrait pancréatique et d'extrait hépatique, si l'on en croit la notice. Cette spécialité qui prétend remplacer par voie buccale l'insuline, agit en réalité sur la glycosurie par l'antipyrine dissimulée. L'analyse chimique pratiquée par le professeur Ribaut a montré que chaque capsule renfermait o cgr. 10 d'antipyrine.

L'idiosyncrasie du malade à ce médicament a permis de découvrir la fraude.

Traitement du décollement rétinien. — M. DE SAINT-MARTIN préconise la méthode nouvellement décrite par M. Sourdille et qui, dans quatre cas encore trop récents pour être suffisamment démonstratifs, lui a donné des résultats satisfaisants et pleinement encourageants.

LIVRES NOUVEAUX

Septicémies, septico-pyohémies, bactériémies (1), par E. VAUCHER et P. WORINGER. Encyclopédie (scientifique publiée sous la direction du docteur Toulouse.)

Depuis que l'hémoculture est devenue une méthode d'exploration largement utilisée en clinique, nos connaissances sur les septicémies humaines n'ont cessé de s'enrichir de faits nouveaux. Mais ces faits restaient épars et il n'en a pas été tenu suffisamment compte dans la plupart des articles et traités dus à un trop grand nombre de collaborateurs et manquant d'unité dans leur ensemble. MM. Vaucher et Woringer ont le mérite de nous présenter le livre nécessaire, admirablement documenté, auquel l'expérience pratique qu'ils ont personnellement acquise de la question confère, d'autre part, un caractère tout à fait original.

Après avoir résumé les notions indispensables à posséder sur la pathologie générale des infections, les auteurs étudient successivement, microbe par microbe, les différentes variétés étiologiques d'infections sanguines. Les particularités con-

---

(1) Un volume de 500 pages. — Paris, G. Doin.

cernant les points de départ, les conditions de développement et l'aspect clinique de chaque septicémie y sont minutieusement consignées. Pour la première fois sans doute, en France, on voit étudiées dans un chapitre spécial les bactériémies à bacilles anaérobies, à bacillus lactis aérogènes, à pasteurella, à bacilles fusiformes. Une revue générale des septicémies obstétricales, chirurgicales, auriculaires, bucco-dentaires, ainsi que des septicémies des nouveau-nés, envisagées dans leur ensemble, à la fois sous l'angle étiologique et symptomatologique, fait ensuite la synthèse d'un grand nombre de faits analysés dans les chapitres consacrés à chaque germe en particulier.

La partie de l'ouvrage consacrée au diagnostic bactériologique des septicémies, à laquelle M. Boëz a collaboré, a une importance qu'il faut souligner, en raison des grands services qu'elle peut rendre aux médecins désireux de connaître ou de mettre eux-mêmes en pratique les méthodes de laboratoire indispensables à ce diagnostic. L'expérience personnelle des auteurs leur permet, sans surcharge de détails inutiles, d'indiquer les procédés les plus sûrs, les plus simples et les plus justement indiqués dans chaque cas déterminé.

Une étude de la thérapeutique des septicémies termine le volume. Rédigé dans un esprit de grande prudence, il sait nous mettre en garde contre les engouements irréfléchis; mais il nous désigne avec netteté les méthodes qui ont donné des résultats certains et qui sont dignes de confiance; celles dont l'efficacité n'est pas solidement établie, mais qui méritent d'être étudiées; celles enfin, telles que la chimiothérapie, qui, en ce qui concerne les infections bactériennes, ne sont qu'à leur aurore, mais qui sont riches d'espérances.

D'une haute portée scientifique et conçu également dans le souci constant de rendre service au médecin, qui peut y découvrir rapidement tous les renseignements désirables sur tel point qu'il désire ou connaître ou se remémorer, le livre de MM. Vaucher et Woringer mérite de figurer dans toutes les bibliothèques et particulièrement dans celles des laboratoires cliniques.

A. LEMIERRE.

Les petits précis (1), Publiés sous la direction du Dr A. CANTONNET.

La vie devient de plus en plus rapide, et plus cette rapidité s'intensifie moins nous disposons de temps de repos et moins nous lisons. Mais la lecture est indispensable surtout au médecin qui doit se tenir au courant de la science et qui doit aussi par des lectures fréquentes entretenir son savoir. C'est d'après ces considérations que MM. A. Maloine et fils ont eu l'idée de demander à M. A. Cantonnet dont l'*ophtalmologie du praticien* obtint un si grand succès, de présider à la publication des *petits Précis* : Minimum indispensable, bagage scientifique irréductible, peu de mots, beaucoup d'idées, des formules, des figures, le tout en un style télégraphique, style très clair, dont tous les mots inutiles sont exclus ; huit volumes viennent de paraître : l'*ophtalmologie du praticien* M. de A. Cantonnet, ophtalmologiste de Cochin, 79 figures, cinquième édition française, six éditions étrangères; *La chirurgie d'urgence*, par M. Leveuf, chirurgien des hôpitaux, dans lequel l'auteur insiste particulièrement sur le diagnostic précoce, base du succès en chirurgie : l'*urologie*, par M. E.-L. Gautier, assistant du service d'urologie de l'hôpital Cochin. Mettre le praticien à même d'agir à bon escient, soit en traitant lui-même son malade, soit en le dirigeant à temps vers le spécialiste, ce précis répond parfaitement à ce double but, de nombreuses figures originales illustrent le texte : *Le foie, le pancréas, le rein*, par M. Henri Rendu. Médecin de l'hôpital Saint-Joseph : Cours de descriptions anatomiques et brèves indications physiologiques. Examen physique. Examen fonctionnel. Etude analytique des différentes maladies surtout symptomatologie et diagnostic, la thérapeutique usuelle.

Les cures climatiques et hydrominérales, par M. A Mougeot (de Royat). Le praticien dans ce volume trouvera dans le minimum de temps la réponse à la question de savoir quelle cure est à conseiller au malades d'après le diagnostic, le tempérament et le terrain. L'étudiant tout ce qui peut lui être demandé à l'examen. Un index donne les renseignements pratiques. Une carte indique l'emplacements des stations.

Le poumon tuberculeux, par M. Paul Cantonnet. — Première partie : Généralités admises. Revue de la tuberculose des nourrissons, de l'enfant et de l'adulte. Symptomatologie, diagnostic, évolution, remarques nombreuses soulignent l'importance de quantité des problèmes qui se posent quotidiennement dans la clientèle. — Seconde partie : Traitement et prophylaxie par les procédés les plus récents ; en résumé, vingt années d'expérience dans la poche.

La syphilis acquise et héréditaire, par le professeur Loiselet, de la Faculté libre de Lille. Compendium des travaux les plus récents, le chapitre diagnostic bactériologique donne les connaissances suffisantes au praticien pour tirer parti des données du laboratoire. La chimiotérapie arsenicale et bismutique sont étudiées avec soin. Le « bon vieux mercure n'est pas oublié ». L'ouvrage se termine par deux courts chapitres « prophylaxie et syphilis, mariage.

Sérums et vaccins, par M. Beauvy, Chef de Laboratoire à Cochin. Cette thérapeutique étant en perpétuel remaniement l'auteur a condensé les connaissances actuelles. Après une revue des sérums aussi bien ceux d'action éprouvée, que ceux qui sont à l'étude, l'auteur examine un à un la plupart des vaccins. L'ouvrage se termine par un chapitre sur la transfusion du sang, un formulaire et la législation. Aucune question nouvelle n'a été oubliée « Les sérums des convalescents. La vaccination diphtérique. Les cures de désensibilisation ».

L. G.

(1) Chaque volume in-18 : Prix, 8 fr. 50. — Paris, A. Maloine.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 15 AU 20 JUIN 1925)

Lundi 15 juin. — Jury : MM. Balthazard, président; Couvelaire, Labbé (M.) et Baudouin. — M. NICOLAESCO (P.). De l'hypertrophie congénitale de la vessie. — M. MARTIN SAINT-LAURENT. La revision de l'encéphalopathie saturnine. — M. ADAM (J.). Le médecin contrôleur dans les accidents du travail. — M. VADIER (H.). Etude sur l'adénite sérique.

Mardi 16 juin. — Jury : MM. J. Faure, président; Bernard, Claude et Sicard. — M. PONTEAU (L.). Les utérus bicornes et leurs complications. — M. DEFOULOY (G.). Etude de la myomectomie abdominale dans les fibromes. — M. LEGAL (R.). Les médicaments associés (traitement de l'épilepsie). — M. BION (P.). L'incontinence nocturne d'urine. — M. PIGOT (A.). Considérations sur les mesures hygiéniques en vue de la consommation des huîtres.

Jury : MM. Chauffard, président; Jeanselme, Bezançon et Roussy. — M. ZIZINE. Le dosage du fer dans le sang. — M. MATHIEU (M.). Traitement du lupus. — M. DESPRÈS (A.). Etude de la thrombo-angéite oblitérante (maladie de Buerger). — M. ETOUIL (F.). Récidives cutanéo-muqueuses chez les syphilitiques. — M. LEVÊQUE (P.). Traitement de la grosse vérole aux XVe et XVIe siècles. — M. WICKHAM. Traitement radiothérapique des cancers du col de l'utérus.

Jeudi 18 juin. — Jury : MM. Ménétrier, président; Brindeau, Nobécourt et Sergent. — M. PORTIER (A.). L'enseignement médical (1794-1809). — M. CHARLES (R.). Contribution à l'étude de la technique de l'hébotomie (section du pubis sous-cutanée ou à ciel ouvert). — M. DARÈNE (M.). La version et l'extraction du fœtus par le siège. — M. LIGNIÈRES (A.). Les rayons ultraviolets dans le traitement du rachitisme. — M. FERRIÈRE. Le traitement de l'hérédo-syphilis chez l'enfant. — M. FRÉMIOT. Etude de la lithiase salivaire chez l'enfant. — M. CASSAIGNEAU (P.). De la bactériothérapie en pratique médico-chirurgicale.

Jury : MM. Lejars, président; Cunéo, Duval et Lecène. — Mlle BEAUVAIS. Etude sur l'appendicite et l'hématocèle. — M. VIEL (A.). Etude des hernies congénitales. — M. HAIMNESIS. Spina ventosa du cubitus. — M. EMMANUELLI (Vincent). Spina ventosa du fémur. — M. ISNEL (R.). Sémiologie des œdèmes de la conjonctivite.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bernard, président; Jeannin, Henry, Petit, Maignon et Moussu. — M. BRIAUDET. L'échinococcose professionnelle. — M. ROGER. Etude des fonctions du corps jaune chez la vache.

Jury : MM. Bezançon, président; Panisset et Vallée. — M. MERCIER. La fièvre aphteuse dans la région d'Abbeville en 1923.

QUESTION D'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC
DE
L'ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONNIENNE [1]

Les convulsions durent de deux à dix minutes. Elles s'espacent, puis finalement s'éteignent et la crise est terminée.

Toutefois, la sémiologie de la crise jacksonienne, n'est pas représentée seulement par l'épisode convulsif : elle se traduit encore :

Pendant la crise : par les signes objectifs suivants :
Pâleur puis cyanose de la face,
Mydriase,
Elévation de la tension artérielle et modifications du pouls.

Enfin il est classique d'ajouter que la crise Bravais-jacksonnienne *ne s'accompagne pas de chute*, ou tout au moins de chute brutale puisque le malade prévoit sa crise grâce à l'aura.

Qu'elle ne débute pas par un cri explosif, mais parfois par un cri de crainte.

Qu'elle n'entraîne pas de morsure de langue; cependant la langue est parfois mordue, et surtout du côté convulsé.

Qu'elle se résout enfin, sans incontinence sphinctérienne et sans coma stertoreux.

En effet, la crise jacksonienne peut se terminer sans coma, si bien que le malade assiste à la scène clinique et peut la raconter dans tous ses détails. Mais, très souvent, au moment où la face se prend, donc précocement dans le type facial, tardivement dans le type crural, le malade chute du côté convulsé, et le coma fait partie de la crise.

C. **Immédiatement après la crise,** le médecin peut pratiquer un examen neurologique plus approfondi.

On constate, en règle générale, l'exagération de la réflectivité tendineuse avec clonus du pied et Babinski positif, syndrome qui traduit une irritation certaine de la voie pyramidale.

Enfin il est fréquent d'observer des phénomènes de parésies transitoires, presque toujours parcellaires, parfois hémiplégiques et volontiers plus marqués dans le territoire où la crise a débuté.

Dans certains cas, à la parésie fait suite progressivement une vraie paralysie post-épileptique, représentée habituellement par une monoplégie brachiale : la valeur localisatrice de cette paralysie est alors presque absolue.

L'hémianopsie, l'aphasie post-épileptiques sont exceptionnelles.

Formes cliniques. — 1° **Suivant l'évolution**. — Dans certains cas, les crises se rapprochent, réalisant un véritable état de mal épileptique; elles s'accompagnent d'une cyanose permanente, de tachycardie, de sueurs profuses et peuvent aboutir à la mort.

2° **Suivant la topographie des convulsions**. — A côté de la forme hémiplégique habituelle on citera :

a. Les *formes parcellaires* localisées, à un membre, un segment de membre, ou même à un groupe de muscles.

b. Les *formes généralisées.*

Après avoir envahi progressivement toute une moitié du corps, brusquement le syndrome convulsif envahit d'un seul coup, la moitié opposée du corps : ainsi l'envahissement de l'autre côté est toujours secondaire et d'emblée global.

3° **Formes atypiques.** — a. *Forme vibratoire de Charcot* se caractérisant par un état vibratoire particulier des masses musculaires.

b. *Forme athétoïde de Préobojenski.*

c. *Forme sensitive de Pierre Marie* où les convulsions sont absentes : elle se caractérise par des phénomènes douloureux, des fourmillements, des sensations de froid, débutant à l'extrémité d'un membre et remontant vers la racine : c'est, en quelque sorte, une aura sensitive prolongée sans suite convulsive.

d. *Formes frustes* réduites à leur aura.

e. *Forme de Kojewnikow* ou épilepsie partielle continue.

Elle consiste en convulsions cloniques *localisées, permanentes*, durant des semaines. Et de temps à autre apparaît une crise bravaisienne typique.

4° **Les équivalents épileptiques.** — On peut voir alterner chez les malades des crises jacksonniennes typiques et des hallucinations, des vertiges, des absences, des migraines ophtalmiques.

Diagnostic différentiel. — Ce n'est pas dans ce diagnostic que réside la difficulté clinique.

1° L'**épilepsie généralisée,** banale, dite essentielle, a une symptomatologie trop particulière pour être méconnue :

Elle débute dans le jeune âge (deuxième enfance) chez des sujets à hérédité plus ou moins chargée; l'aura fait défaut; la crise commence par un cri initial strident, rauque, et une perte de connaissance immédiate entraînant une chute brutale — mais le fait clinique capital est la généralisation immédiate des contractures puis des convulsions. La crise s'accompagne de morsure de la langue, d'écoulement de salive sanglante, d'émission involontaire d'urines et de matières, puis la phase clonique est suivie d'un coma profond avec stertor. Pas de souvenir de la crise, pas de paralysie post-épileptique.

Ainsi, dans les cas typiques, le diagnostic est extrêmement facile : mais il n'en est pas toujours ainsi. On sait que la crise jacksonienne peut se généraliser, mais il est vrai toujours secondairement. Mieux encore, on peut voir alterner chez le même sujet des crises Bravais-jacksonniennes et des crises d'emblée généralisées. Donc, s'il est indispensable pour la clarté des faits, d'opposer les deux épilepsies — celle-ci partielle, déterminée souvent par une lésion macroscopique et limitée permettant une tentative thérapeutique — celle-là généralisée d'emblée, débutant dans le jeune âge, sans substratum anatomique et sans espoir thérapeutique — il ne faut pas cependant être trop absolu, il ne faut pas élever de barrière infranchissable entre ces deux syndromes et la clinique se charge de fournir une série de cas intermédiaires qui conduiront insensiblement de la crise jacksonienne la plus franche à la crise généralisée d'emblée, la plus nette.

2° L'**hystérie,** peut simuler la crise jacksonnienne. En réalité, les convulsions hystériques localisées ne rappellent que de loin, la crise d'épilepsie partielle : l'amplitude des contractions successives est presque choquante par son intensité, d'autant plus que l'absence de tout signe neurologique objectif est la règle. Enfin l'influence heureuse de la suggestion contribuera à signer la nature pithiatique des phénomènes.

3° Le **syndrome d'épilepsie partielle continue** rappelle dans l'intervalle des crises, les myoclonies de l'*encéphalite épidémique :* mais il manque tout le syndrome infectieux et neurologique propre à cette affection.

4° Enfin le **spasme facial** peut simuler vaguement une épilepsie bravaisienne faciale; les secousses du spasme facial peuvent parfaitement intéresser isolément les muscles à fonction synergique mais elles n'intéressent, dans tous les cas, que les muscles innervés par le facial, respectant les muscles de l'œil, de la langue et le sterno-cléidomastoïdien.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 46, p. 758.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le traitement de la syphilis par les composés arsénicaux et les préparations bismuthiques (4e édit.), par le docteur LACAPÈRE, ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration du docteur Ch. LAURENT, médecin des hôpitaux de Saint-Étienne. Un volume de 342 pages avec 14 figures. — Prix : 16 fr. — Paris, Masson et Cie.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de médecin des hôpitaux. — Séance du 15 juin. — MM. Hutinel, Moreau et Pruvost, 20.

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Pruvost, Hutinel et Moreau.

Nous sommes particulièrement heureux d'adresser nos bien affectueuses félicitations à M. Pruvost dont la collaboration à la *Gazette des hôpitaux* nous est si précieuse.

— Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Lecture des copies.* — Séance du 12 juin. — MM. Bloch (René), 26; Bloch (Jacques) et Fey, 24; Sénèque, 26.

Séance du 13 juin. — MM. Monod, 26; Moulonguet, 28; Richard, 27.

Séance du 15 juin. — MM. Quénu, 27; Petit-Dutaillis, 26; Pascalis, 22.

Epreuve clinique. — Séance du 17 juin. — MM. Fey, 14; Petit-Dutaillis, 10; Richard, 14.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve opératoire.* — Séance du 15 juin. — MM. Vaudescal, 13; Couinaud, 17; Lantuéjoul, 15; Portes, 18.

Consultation écrite. — Séance du 17 juin. — MM. Lantuéjoul, 18; Vaudescal, 15; Couinaud, 16; Portes, 19.

Hôpitaux consignés aux candidats : Maternité, Broca, Pitié.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Les mutations suivantes ont lieu dans les services d'accouchement :

M. le docteur Plauchu, accoucheur des hôpitaux, arrivé au terme de son mandat, quitte l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Gonnet, accoucheur de la Croix-Rousse, passe à l'Hôtel-Dieu.

M. le docteur Trillat, accoucheur des hôpitaux, passe à l'hôpital de la Croix-Rousse.

UNIVERSITÉ DE LILLE. — Le titre de docteur *honoris causa* a été conféré à Sa Majesté Elisabeth, reine des Belges.

ACADÉMIE DES SCIENCES. — Par décret en date du 13 juin 1925, l'Académie des sciences est autorisée à accepter la donation qui lui a été consentie par M. Assan Farid Dina et Mme Mary Wallace Shillito, son épouse : 1° d'une somme de 1 million de francs, pour les arrérages en être employés à l'étude et à la fabrication ou à l'achat des appareils astronomiques nécessaires au fonctionnement d'observatoires ou stations consacrés à l'astronomie, la météorologie et la physique du globe, que les donateurs se proposent de remettre à l'Académie; 2° d'une bibliothèque astronomique également destinée à être affectée auxdits observatoires ou stations.

Cette donation portera le nom de « Fondation Dina ».

Au moment où l'Académie reçoit ce nouveau don pour les laboratoires, il est impossible de ne pas signaler la véritable misère dans laquelle elle se trouve en ce qui concerne ses publications.

A la dernière séance le président a annoncé que devant le prix de revient toujours croissant des comptes rendus de l'Académie des sciences le bureau se voyait dans l'obligation de « rationner » les auteurs.

Désormais le nombre des mémoires et des communications sera limité et leur longueur sera réduite.

Parmi tous les donateurs qui fondent des prix, souvent sans grand intérêt, ne se trouvera-t-il pas un mécène permettant à l'Académie des sciences d'assurer la publication de ses travaux?

SEMAINE MÉDICALE AMÉRICAINE. (Paris, 23-26 juin 1925.) — Un comité franco-américain, dont le président est M. Tuffier et le secrétaire général M. de Martel, recevra la semaine prochaine un groupe de médecins américains. (Interstate Post-Graduate Assembly of America, directed by Tri-State District Medical Association.)

Cette réception donnera lieu à de nombreuses visites à la Faculté, à l'Institut Pasteur et dans les hôpitaux. Un programme très complet de fêtes a été établi, en outre, par le comité auquel est adjoint un comité de dames.

Le *mardi 23 juin*, à 10 heures du matin, réception inaugurale à la Faculté de médecine. Des discours seront prononcés par le Président du Conseil, le doyen de la Faculté de méde-

cine, le ministre de l'Hygiène, M. Jusserand, M. Ch. Mayo et M. Tuffier.

A 2 heures du soir, visite dans divers hôpitaux.

A 5 heures, réception à l'Hôtel de Ville.

Mercredi 24 juin, matinée dans les hôpitaux.

A 2 heures du soir, visite à l'Institut Pasteur.

Conférences par MM. Ramond, Levaditi et Calmette.

Visite à l'Institut Curie, à l'établissement de Garches (Institut Pasteur) et à l'hospice Sainte-Anne.

A 4 heures démonstration d'aviation sanitaire au Bourget.

A 9 heures, réception au Cercle interallié à laquelle doit assister le Président de la République.

Jeudi 25 juin, matinée dans les hôpitaux.

A 2 heures, excursion à Versailles.

A 6 heures, réception par le Comité France-Amérique.

Vendredi 26 juin. — Excursion dans les régions dévastées (Reims et Château-Thierry) ou visite à l'hôpital de Berck-sur-Mer.

Les membres de l'Association restant à Paris visiteront le matin la Salpêtrière et l'après-midi seront reçus par le Comité de l'Association médicale franco-américaine Pasteur.

A 3 h. 30, réception au champ de course d'Auteuil.

A 5 h. 30, réception à l'Hôpital américain à Neuilly.

La semaine médicale américaine prendra fin à la suite d'une soirée de gala qui aura lieu le même soir à l'Odéon où sera représenté le « Marchand de Venise ».

COLLÈGE DE FRANCE. — M. le docteur Serge Voronoff a été nommé directeur de la station de chirurgie expérimentale (fondation Voronoff) créée au Collège de France.

SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont passés, avec leur grade, dans la réserve du corps de santé des troupes coloniales :

M. Demoulin, médecin aide-major de 1re classe de réserve des troupes métropolitaines.

M. Passarini, médecin aide-major de 2e classe de réserve des troupes métropolitaines.

SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titre est ouvert en vue de pourvoir à un poste de médecin adjoint des sanatoriums publics.

Inscription jusqu'au 2 juillet. Consulter pour les conditions le *Journal officiel* du 17 juin 1925, p. 5598.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — PRIX A DÉCERNER EN 1925. — En décembre 1925, dans sa dernière séance, la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque (1.200 francs) à l'auteur du meilleur mémoire en français sur le sujet suivant : « Les diverticules du duodénum » (Etude anatomo-clinique et thérapeutique).

Les mémoires *inédits* et *anonymes* porteront une épigraphe reproduite sur une enveloppe cachetée, renfermant le nom et l'adresse de l'auteur; ils devront être déposés avant le *15 octobre 1925*, dernier délai, au siège de la Société, 51, rue de Clichy, ou chez le secrétaire général, Dr. P. Blondin, 3, rue Cernuschi (XVIIe)

Seuls les membres titulaires et honoraires de la Société ne sont pas admis à concourir.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE (Service du docteur Félix Ramond). — HUIT JOURS DE GASTROLOGIE PRATIQUE A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS. — Du 22 au 30 juin le docteur Félix Ramond, avec la collaboration des docteurs Ch. Jacquelin, Ravina, Darquier, Corman, Hirchberg, Zizine et Borcesco, fera, dans son service, une série de conférences cliniques, accompagnées de travaux pratiques, sur les maladies de l'estomac et du duodénum tous les matins, à 10 heures, et les après-midi, à 15 heures.

Les conférences sont gratuites.

Pour les travaux pratiques et examens radiologiques, acquitter un droit du 150 francs en s'inscrivant auprès du docteur Ch. Jacquelin, salle Lorain, hôpital Saint-Antoine.

Un certificat d'assistance au cours sera délivré aux auditeurs qui en feront la demande.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Henri Brossier, médecin principal de 2e classe en retraite; Emmanuel Fagault (de Guérande), Marc Leconte (de Paris).

PRATIQUE MÉDICALE

NOTES SUR L'INJECTION ENDO-VEINEUSE DE SOMNIFÈNE EN PRATIQUE PSYCHIATRIQUE

Par M. LEVET (1).

Dans l'asile d'aliénés dont il est le médecin en chef, M. Levet utilise depuis déjà longtemps le Somnifène, non seulement par voie buccale, mais encore par voie intramusculaire et par voie endo-veineuse. Cette dernière utilisation a été signalée également par M. le professeur agrégé Laignel-Lavastine et M. le docteur Gilbert Robin (*Soc. de psych.*, Paris, 20 nov. 1924), M. le professeur agrégé Crouzon (*Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12-19 déc. 1924) et M. Anglade, médecin chef de l'asile de Château-Picon (*Soc. de méd. de Bordeaux*, séance du 28 nov. 1924).

M. Levet, après avoir fait d'abord des injections de scopomorphine préalable, n'utilise plus actuellement que le Somnifène pur, sans toutefois dépasser la dose de 4 à 6 centimètres cubes. Pour lui, une seule ampoule de 2 centimètres cubes suffit à produire la sédation nécessaire pour conduire et maintenir au bain de thérapeutique les malades indociles, pour assurer le repos et la tranquillité dans une salle troublée par l'agitation des malades.

D'autre part, il fait remarquer combien dans les services d'aliénés la ponction lombaire est parfois mouvementée par l'état d'excitation des malades : ils fuient devant l'aiguille, se raidissent en opposition, contracturés parfois autant que des cérébro-spinaux, et rendent impossible la tâche de l'infirmier qui s'efforce en vain de rapprocher tête et genoux et d'obtenir le « gros dos ». Comme on le sait, la méthode de l'anesthésie progressive des plans par la novocaïne, si utile chez les sujets pusillanimes, ne sert à rien ici, sinon à prolonger la manœuvre opératoire au bénéfice des réactions négativiques du sujet. En plus des aiguilles faussées, tordues, ces ponctions, faites dans de mauvaises conditions, ne fournissent souvent qu'un liquide mélangé de sang et inutilisable pour le laboratoire. L'injection endoveineuse préalable de somnifène a toujours permis à M. Levet des ponctions lombaires faciles et simples, si bien qu'il la considèee désormais comme un temps préliminaire de la ponction lombaire chez les agités.

De même, il a utilisé le somnifène pour toutes les petites interventions chirurgicales auxquelles sont obligés la plupart des médecins d'asiles de province, et, bien plus, il considère que le triomphe de cette narcose c'est son emploi dans certains cas difficiles d'alimentation par la sonde œsophagienne, car avec une endoveineuse préalable de somnifène, nul besoin de camisole, aucune lutte, la sonde œsophagienne est introduite tout simplement et proprement : peut-être seulement, par crainte des fausses routes sous narcose, serait-il prudent de n'utiliser en ce cas que de grosses sondes.

En résumé, il semble bien que le somnifène, en dehors des services très importants qu'il peut rendre comme sédatif et hypnotique lorsqu'il est administré par voie buccale, est appelé à être utilisé de plus en plus dans tous les services de psychiatrie, soit dans les transports d'aliénés, soit chez les grands agités de toute nature, soit dans la vie journalière des asiles, comme le fait remarquer si excellemment M. Levet, et dans ce cas il vaut mieux employer la voie endoveineuse, soit que l'on préfère la technique de M. Fredet, à l'exemple de M. Crouzon, soit qu'on supprime la scopo-morphine, comme le fait M. Levet.

(1) M. LEVET. *Ann. méd.-psychol.*, Paris, nov. 1924, p. 325.

REVUE GÉNÉRALE

LE PROBLÈME DE LA SENSIBILITÉ OBSTÉTRICALE [1]

PAR MM.

JEAN-ROBERT HENRY et ALBAN RATHELOT
Chef de clinique Interne des hôpitaux

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MARSEILLE
(Professeur : M. GUÉRIN-VALMALE).

II. DONNÉES PHYSIOLOGIQUES

Nous avons vu l'extraordinaire richesse du système nerveux qui tient sous sa dépendance l'appareil génital de la femme.

Le fonctionnement de ce système est encore à l'étude. C'est dire que la morpho-physiologie ne projette pas encore une lumière suffisante sur ce chapitre. Néanmoins nous diviserons pour plus de clarté cette étude en trois paragraphes un peu arbitraires : motricité, sensibilité, et vaso-motricité.

A. Motricité. — L'innervation motrice du système génital est parfaitement comparable à l'innervation motrice du cœur. Elle possède un système intrinsèque, un système extrinsèque.

1. SYSTÈME INTRINSÈQUE. — *Données expérimentales et cliniques :* chez des animaux, la destruction de la moelle dorsale et lombaire, la section de tous les nerfs rachidiens et de tous les filets sympathiques n'ont pas empêché la fécondation et la parturition.

Callibурces a extirpé un utérus gravide pendant le travail et l'a plongé ensuite dans l'eau chaude, suspendu par les cornes utérines. Le travail continua quand même et aboutit à l'expulsion fœtale.

Brachet signale que chez des femmes atteintes de lésions de la moelle avec paralysie de la vessie et du rectum, la fécondation et la parturition ont pu se passer normalement.

Il fut d'autre part maintes fois signalé que des paraplégiques accouchaient normalement.

Conclusion : il appert de ces faits d'observation qu'un utérus complètement isolé des centres cérébraux-spinaux et sympathiques, est capable d'avoir des contractions rythmiques.

Hypothèses : si cette constatation s'est imposée l'explication qui en est donnée varie suivant les physiologistes.

1° Les uns avec La Torre et Keiffer disent :

L'appareil génital possède un système nerveux autonome, représenté par les ganglions intra-utérins. Nous avons parlé plus haut de l'existence anatomique de ces ganglions, qui se comporteraient comme de véritables centres nerveux.

En effet :

a. Chez la lapine on peut mettre en évidence un ganglion dans le segment supérieur de la paroi antérieure du vagin, qui produirait les contractions vaginales persistant après la séparation de l'utérus de toute connexion nerveuse.

b. Si on place une ligature au niveau du col utérin d'une lapine, les contractions utérines sont affaiblies et même arrêtées. Si la ligature est placée au-dessus, seules seront supprimées les contractions des segments supérieurs de l'utérus.

c. Si sur un utérus de lapine excisé avec une partie de vagin, on excite le segment supérieur du vagin, on provoque une forte onde contractile du vagin et des cornes utérines. Si sur ce même utérus on excite directement les cornes, on ne produira qu'une faible contraction.

Les conclusions de ces premiers auteurs sont que l'autonomie nerveuse obstétricale est assurée par un centre ganglionnaire spécial situé au niveau du segment vaginal antéro-supérieur, au moins chez la lapine.

2° Mais des adversaires de cette théorie neurogène se sont levés apportant d'autres arguments :

a. Kurdinowski fait passer dans les vaisseaux d'un utérus privé de toute connexion nerveuse un courant d'hydrate de chloral. Ce produit a pour effet de paralyser les éléments nerveux quels qu'ils soient. Les contractions n'en persistent pas moins.

b. Le système autonome génital présente de grandes analogies avec le système autonome du cœur. Or, en physiologie du cœur, les travaux de Gaskel enlèvent au système nerveux la part prépondérante qui lui était attribuée et la reporte au muscle lui-même. Le système nerveux aurait simplement pour effet de modifier en plus ou en moins la propriété myogène du muscle, il n'est donc pas générateur, mais seulement modificateur du mouvement.

c. Il n'est pas impossible que le muscle utérin ait une propriété dynamique. En effet, Lewis cultivant de l'amnios de poulet, constate que la couche musculaire de ce tissu est douée de contractions rythmiques. Cette propriété est mise en évidence sur un amas cellulaire, une simple cellule ou même une partie de cellule, là où aucun élément nerveux ne saurait être retrouvé.

En résumé : le système nerveux autonome de l'appareil génital existe physiologiquement, mais les explications de cette autonomie sont diversement controversées.

2. SYSTÈME EXTRINSÈQUE. — Tous les physiologistes s'entendent à reconnaître que le sympathique joue un rôle important dans l'innervation motrice génitale. Il devient plus difficile de préciser le degré de cette importance, les uns lui attribuant un rôle unique, les autres seulement un rôle principal.

Von Bach et Fellner pensent que le nerf pelvien innerve les fibres longitudinales des organes génitaux internes et le sympathique les fibres circulaires.

Gaskel attribue au sympathique seul toute la motricité des organes génitaux.

Langley et Anderson confirment cette opinion en prouvant que tous les neurones moteurs des muscles des canaux de Wolf et de Müller sont en liaison exclusive avec le sympathique thoraco-lombaire.

Hofbauer s'oppose à cette manière de voir et soutient que le sympathique et le nerf pelvien sont les deux éléments nerveux nécessaires pour les contractions rythmiques du système génital.

Nos connaissances anatomo-physiologiques sur la question sont encore mal étayées. Avec Gaskel et Vignes il est classique d'attribuer au sympathique seul l'innervation motrice et inhibitrice.

L'influx moteur suivrait exactement le trajet que nous avons décrit en anatomie dans les paragraphes du sympathique abdominal et pelvien.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 47, p. 765.

Chez la lapine Angley et Anderson ont pu faire entrer en contraction un utérus en excitant les IIe, IIIe IVe et Ve paires lombaires ce qui tend à prouver que les impulsions ne viennent pas des ganglions sympathiques mais viendraient des centres médullaires supérieurs. Le trajet de ces fibres suit sans doute celui des rami communicantes mais il nous est encore mal connu.

Peut-être aussi le rôle moteur du sympathique varie-t-il suivant que l'utérus est gravide ou non. En effet les nerfs sympathiques de l'utérus de la chatte sont normalement inhibiteurs; ils deviennent moteurs en gestation (Berger et Dale).

Il est probable qu'outre les centres ganglionnaires dont l'existence en tant que centre est sérieusement mise en doute, et les centres médullaire allant de la Xe vertèbre dorsale à la IIe lombaire dont les expériences sur la lapine paraissent démontrer l'existence, il existe d'autres centres accessoires : l'excitation du bulbe peut entraîner des contractions utérines; de même l'excitation de points plus ou moins mal définis de la moelle.

Fabre admit l'existence de centres médullaires mais sans chercher à en préciser la topographie.

On a même soupçonné des centres moteurs corticaux, mais cette opinion est encore très incertaine.

B. **Vaso-motricité.** — Les nerfs vaso-moteurs sont communément représentés par les nerfs sacrés du plexus honteux. Gaskel combat cette opinion que von Bach avait contribué à répandre et soutient que tous les nerfs vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs proviennent du sympathique, en suivant les plexus artériels.

Il semble bien que le pneumo-gastrique reconnu par Kilian comme le promoteur de la vaso-motricité, n'a en réalité qu'une action très indirecte en agissant sur la circulation générale (Spiegelberg).

C. **Sensibilité.** — 1. La production de la douleur. — Ross distinguait deux sortes de douleurs : la *douleur splanchnique* qui correspondait au point lésé, la *douleur somatique* qui correspondait aux irradiations.

A quel groupe appartiennent les douleurs de l'enfantement?

Nous dirons qu'elles appartiennent aux deux groupes. En effet, nous considérerons l'enfantement comme un syndrome douloureux.

Dire syndrome c'est dire ensemble de symptômes : il y a des douleurs au point lésé, ce sont des douleurs imputables aux compressions exercées par le mobile fœtal, telles sont les douleurs conquassantes du dégagement; il y en a d'autres à distance, telles sont les douleurs si souvent ressenties au niveau des reins, au cours des accouchements où coexiste une métrite du col (Professeur Guérin-Valmale).

Que ces dernières soient des *douleurs rapportées*, cela ne fait aucun doute, mais même les douleurs splanchniques ne sont-elles pas aussi des *douleurs rapportées*? Il n'y a rien en effet de moins démontré que la douleur ressentie par la femme ne le soit dans le tissu de l'organe traumatisé. Interrogée après son accouchement, la femme ne sait préciser quel était le siège exact de la douleur pendant les contractions de la période de dilatation. Interrogée pendant le travail elle accuse la région lombaire ou la région abdominale sans qu'il soit possible de lui faire analyser davantage le siège de la douleur. Même pour les douleurs de surdistention vulvaire dont nous parlions plus haut, ne sont-elles pas dues à la stimulation de la peau périnéale rendue hypersensible par la compression de nerfs qui anatomiquement se distribuent, non pas au vagin ou à la vulve, mais à cette région cutanée?

Donc il semble que la douleur, en temps que symptôme de traumatisme local est une conception erronée. Il paraît plus logique de croire que sa production est due à une stimulation de cellules du système nerveux central et que sa localisation se fait par la distribution périphérique des nerfs qui en émanent.

2. La nature du stimulus. — Quelle est la nature de cette stimulation? Nous avons parlé de la compression; cela permet de satisfaire l'esprit dans un bon nombre de cas où l'on se représente une tête fœtale comprimant la filière pelvi-génitale au point de se mouler sur elle.

Mais dans les cas où ce stimulus ne saurait être invoqué, la douleur existe quand même. Les exemples ne manquent pas : Prenons pour fixer les idées, le cas d'un enfant mort et macéré ou même celui d'un avortement à trois mois de gestation. Le mobile à expulser de la cavité utérine est extrêmement mou et se laisse aisément déformer, c'est lui le véritable comprimé. Il semble bien alors que la nature du stimulus capable de produire la douleur soit l'onde péristaltique de l'utérus en contraction.

Il se passerait quelque chose d'analogue à ce que Mackensie avait déjà remarqué pour d'autres organes creux : Il donne pour exemple une portion d'intestin qu'il écrase ou étire; aucune douleur n'apparaît. Il la remplit d'eau; une onde péristaltique naît; la douleur apparaît. Dans une laparatomie pour occlusion intestinale on peut se rendre compte de visu que la douleur naît et meurt avec l'onde péristaltique dont elle est le stimulus.

Nous devons dire que cette dernière considération complique le problème de l'analgésie obstétricale médicamenteuse capable d'atténuer la douleur en agissant sur ce stimulus nécessaire à la marche du travail.

3. La morpho-physiologie des voies sensitives. — L'innervation sensitive est fournie entièrement par les nerfs sacrés du système cérébro-spinal. Le sympathique n'est pas en effet un nerf sensitif. C'est là du moins la théorie classique; mais les recherches récentes ne sont pas en faveur de cette doctrine. La théorie sympathique des causalgies, celles des névrites ascendantes, sont les plus vraisemblables. (Leriche a fait à ce sujet des expériences sur la sensibilité du ganglion cervical.)

Il est de notion courante de voir les tabétiques et les paraplégiques accoucher sans douleur.

Le trajet des fibres centripètes est tout d'abord celui des nerfs dont nous avons précédemment parlé et qui appartiennent soit au plexus lombo-sacré, soit au plexus sacro-coccygien. Arrivées à la bifurcation du nerf rachidien en racine antérieure et racine postérieure, elles suivent la racine postérieure, traversent le ganglion spinal ou s'arrêtent sur lui, constituant ainsi le premier neurone sensitif. De ce relai ganglionnaire les fibres se portent vers le cordon postérieur où elles voisinent avec les faisceaux de la sensibilité générale. Il serait imprudent et non encore scientifique de décrire aux fibres de la sensibilité obstétricale le même trajet que donne Dejerine pour les fibres de la sensibilité pro-

fonde. En accordant aux hypothèses une valeur prudente, il est permis de croire que le trajet de l'influx douloureux de l'accouchement est toutefois semblable ou trajet des fibres de la sensibilité en général. Dès leur entrée dans la zone de Lissauer, les fibres radiculaires se divisent en une branche descendante et une branche ascendante (fig. 5).

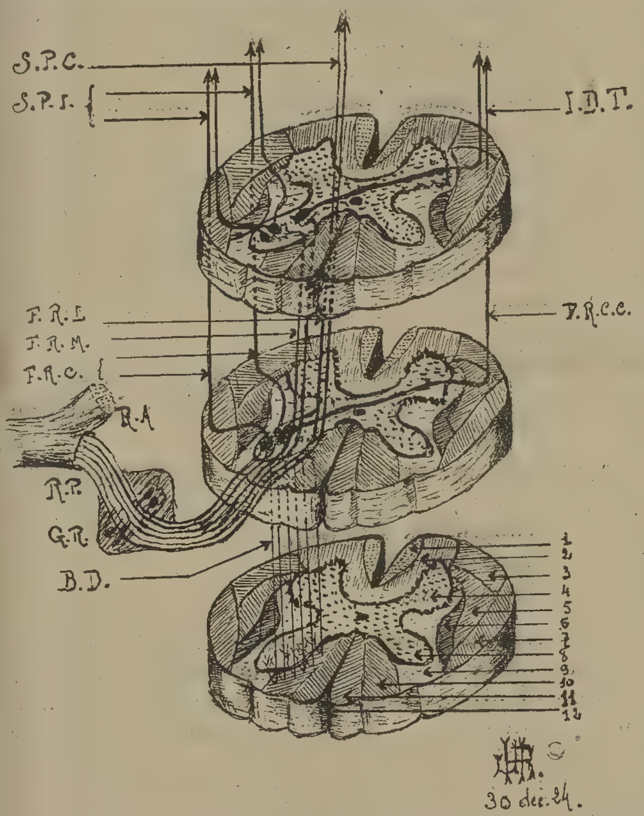


Fig. 5. — *Trajet intrarachidien des fibres sensitives.* — 1, faisceau pyramidal direct; — 2, faisceau antéro-latéral antérieur de Déjerine; — 3, faisceau de Gowers; — 4, corne antérieure; — 5, faisceau antéro-latéral postérieur de Déjerine; — 6, faisceau pyramidal croisé; — 7, faisceau cérébelleux direct; — 8, corne postérieure; — 9, zone de Lissauer; — 10, faisceau de Burdach; — 11, faisceau de Goll; — 12, sillon médian postérieur.

N, nerf périphérique; — R.A, racine antérieure; — R.P, racine postérieure; — G.R, ganglion rachidien; — B D, branche descendante; — F.R.C, faisceau radiculaire court; — F.R.C.C, faisceau radiculaire court croisé; — F.R.M, faisceau radiculaire moyen; — F.R.L, faisceau radiculaire long; — S.P.I, sensibilité profonde inconsciente; — S.P.C, sensibilité profonde consciente; — I.D T, impressions douloureuses et thermiques.

Les *branches descendantes* sont toujours courtes et grêles. Après un court trajet descendant dans la moelle, elles vont se terminer dans les cellules de la corne postérieure contribuant à former les voies réflexes et d'association.

Les *branches ascendantes* ont des longueurs variables. Les *courtes*, peu après leur entrée dans la zone de Lissauer se terminent dans la corne postérieure. De leur terminaison naissent des fibres qui, les unes se portent dans le faisceau cérébelleux direct du même côté (transmission de la sensibilité profonde inconsciente); les autres se portent dans le faisceau de Gowers (même rôle de transmissisn de la sensibilité profonde inconsciente); d'autres enfin après avoir croisé la ligne médiane dans la commissure grise se portent dans le faisceau antéro-latéral postérieur de Dejerine (f. a. l. a. p. in Dejerine), elles transmettraient les impressions douloureuses et thermiques. Les *branches ascendantes moyennes* après un court trajet ascendant dans le faisceau de Burdach ont un même mode de terminaison que les fibres courtes. Les *branches ascendantes longues* après avoir pénétré dans la zone de Lissauer montent obliquement et gagnent le faisceau de Burdach puis celui de Goll, elles transmettraient la sensibilité profonde consciente; celle-ci n'aborde sa voie secondaire qu'au niveau du collet du bulbe.

Cet exposé permet d'expliquer pourquoi le travail peut se déclancher par voie réflexe. Il est de notion courante que dans les Maternités, une visite obstétricale des femmes enceintes en dortoir, ne tarde pas à remplir la salle de travail. D'autre part, on a vu le travail se déclancher par suite de traumatismes portant sur la sphère génitale ou même loin d'elle. Quoi qu'il en soit, ces notions de morpho-physiologie ne permettent pas de donner la moindre explication sur le mécanisme suivant lequel un ocytocique tel que la pituitrine, le sucre, ou la quinine peut agir sur la contraction utérine. C'est un fait : notre ignorance en est là.

III. VUE D'ENSEMBLE SUR L'INNERVATION ORGANO-VÉGÉTATIVE DU SYSTÈME GÉNITAL

L'innervation qui préside à l'accouchement, est sous la dépendance dans sa majeure partie du système nerveux organo-végétatif.

Nous opposons par là deux systèmes nerveux qui régissent l'organisme et que distinguent leurs attributions respectives.

L'un d'eux est chargé des fonctions de la vie de relation, l'autre chargé des fonctions de la vie de nutrition. C'est ce dernier surtout qui intéresse l'accoucheur.

A. **Anatomie du système nerveux organo-végétatif.** — L'anatomie de ce système comprend non seulement le grand sympathique des anatomistes mais encore les fibres nerveuses qui empruntent des voies détournées pour desservir les organes dont elles ont la charge. Ces voies d'emprunt seront des nerfs craniens, en particulier le pneumo-gastrique, ou des nerfs sacrés ou sacro-coccygiens. Ces derniers ayant des fonctions parallèles, ont été groupés par les physiologistes sous le terme générique de *nerf pelvien ou érecteur*.

Comme l'autre système nerveux, celui-ci se compose de centres reliés entre eux par des fibres.

Il y a trois centres nerveux dans ce système :

Un *centre supérieur ou cérébral*,
Un *centre moyen ou médullaire, ou axio-nerveux*,
Un *centre ganglionnaire*.

a. *Les centres supérieurs* seraient situés dans la corticalité, et les noyaux opto-striés. On connaît mal les fibres qui unissent ces centres aux suivants. Il est probable qu'elles passent par la capsule interne.

b. *Les centres moyens* sont représentés par une colonne de cellules grises situées dans la corne latérale ; c'est le *groupement intermédio-latéral*.

Cette colonne n'est pas continue. Elle s'interrompt au niveau de l'émergence des nerfs destinés aux membres.

Il y a ainsi trois tronçons :

Un *supérieur*, allant du premier au quatrième segment cervical, empruntant la voie du spinal ;

Un *moyen*, du premier segment dorsal au quatrième segment lombaire, empruntant la voie des rami communicantes et des ganglions sympathiques;

Un *inférieur* situé au-dessous du deuxième segment lombaire, empruntant le nerf pelvien ou érecteur des physiologistes.

Tous ces centres sont reliés aux suivants par des fibres blanches qui emprunteront :

A la partie supérieure la voie des nerfs craniens ;

A la partie moyenne, la voie des rami communicantes ;

A la partie inférieure, la voie du nerf pelvien.

c. *Les centres ganglionnaires* font partie intégrante de ce système organo-végétatif. Il sont formés par les fibres venues des précédents centres.

Les ganglions peuvent être : près de la moelle, c'est le sympathique proprement dit; éloignés de l'axe cérébro-médullaire, ainsi en est-il des ganglions annexés aux nerfs craniens ; intra-viscéraux, tel le ganglion d'Auerbach de l'intestin. Le tissu nodal embryonnaire décrit dans le cœur peut être rattaché.

En résumé :

Trois neurones schématisent la voie centrifuge du système nerveux organo-végétatif :

Un *central ou cérébral*, mal connu ;
Un *axio-ganglionnaire* ;
Un *ganglion splanchnique*.

Quant au système sensitif ou voie centripète, il est encore hypothétique et paraît suivre la voie de la sensibilité consciente.

B. **Physiologie du système organo-végétatif.** — La physiologie qui, par essence, s'occupe du fonctionnement des organes, se plaît à reconnaître dans le système organo-végétatif, deux éléments, dont le rôle est antagoniste l'un de l'autre. Pour ce motif, elle appelle l'un de ces éléments, le *sympathique*, l'autre le *parasympathique*.

Le premier chef groupe les centres moyens et leur dépendance, soit le neurone axio-ganglionnaire, dont nous avons parlé en anatomie.

Le deuxième, groupe les centres supérieurs et moyens avec leur dépendance, soit un parasympathique moyen, un autre pelvien.

Le sympathique a une action diffuse, mais extrêmement importante, productrice d'énergie. C'est lui qui tient sous sa dépendance, entre autres fonctions, la contraction des muscles lisses, et plus spécialement des organes génitaux.

Il tient sous sa dépendance les ovaires et le lobe postérieur de l'hypophyse. Il interviendrait encore dans le tonus musculaire. Son excitation détermine une hypersécrétion du lobe postérieur de l'hypophyse, dont on connaît l'action ocytocique, si bien qu'il s'agit peut-être là d'un réflexe humoral, dans lequel l'effet sur l'utérus a été obtenu par l'intermédiaire de la sécrétion interne provoquée par l'excitation du sympathique.

Le parasympathique pelvien a des rapports moins directs avec la physiologie obstétricale. Il intervient comme vaso-moteur génital.

CONCLUSION

Cette étude de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux génital nous montre, qu'à l'heure actuelle, on ne peut nettement séparer le système sensitif des systèmes moteur et vaso-moteur.

Vouloir agir sur un de ces systèmes, c'est s'exposer à agir aussi sur les autres. Vouloir paresthésier les fibres de conduction de la sensibilité, c'est risquer de parésier les fibres de conduction motrice.

Les méthodes analgésiques ou anesthésiques employées jusqu'à maintenant peuvent se classer suivant la région anatomo-physiologique où elles portent leur effet ; nous les rangerons ainsi en quatre groupes:

1° *Action devant s'exercer sur les terminaisons périphériques des nerfs sensibles* :

Imprégnation ;
Anesthésie locale avec des solutions de cocaïne ou dérivés.

2° *Action devant s'exercer sur les nerfs du paramètre* :

Anesthésie tronculaire de Selheim ;
Anesthésie paravaginale de Cotte.

3° *Action devant s'exercer sur les racines sensibles* :

Injections présacrée ou transsacrée ;
Injection épidurale (par voie haute ou par voie basse).

4° *Action devant porter sur les centres nerveux* :

Rachi-anesthésie,
Anesthésie générale ;
Hypnotiques ;
Suggestion.

Les trois premiers groupes n'agissent que sur les troncs nerveux ou leur terminaison et cela sans action élective sur les fibres motrices, vaso-motrices ou sensitives. Le quatrième groupe agit sur les centres nerveux cérébro-médullaires mais il laisse intact le centre nerveux génital intrinsèque dont l'existence est physiologiquement démontrée.

Le problème de la sensibilité obstétricale demeure irrésolu tout au moins en ce qui concerne l'analgésie au cours de l'accouchement, et sa solution dépend non seulement de données anatomiques et physiologiques nouvelles, mais aussi de la découverte d'un agent analgésique capable d'agir électivement sur les fibres nerveuses sensitives tout en respectant absolument les autres fibres nerveuses.

BIBLIOGRAPHIE

1. AUVARD. *Traité d'accouchements.*
2. ARTHUS. *Précis de physiologie.*
3. BAR, BRINDEAU et CHAMBRELENT. *La Pratique de l'art des accouchements.*
4. BARGER et DALET. *Journ. of physiol.*, vol. XXXIV, p. 63.
5. BERGIER. Contribution à l'étude anatomique du plexus hypogastrique chez la femme, *Th. de Lyon*, 1920.
6. BOSSOREIL (M.). Contribution à l'étude des substances médicamenteuses agissant sur l'utérus, *Th. de Paris*, 1907-1908.
7. BUSQUET (H.). Les hypnotiques modernes, *La Médecine*, août 1924.
8. COZZONIS (M.). Des lois générales du mécanisme des accouchements naturels et spontanés, *Th. de Paris*, 1857.
9. DASTRE. *Les Anesthésiques. Physiologie et application*, Paris 1890.
10. DEMELIN et DEVRAIGNE. *Manuel de l'accoucheur.*
11. DESFOSSES. Le système sympathique, *Presse méd.*, 9 juillet 1921.
12. DÉJERINE. *Sémiologie des maladies du système nerveux.*
13. DUBRISAY et JEANNIN. *Précis d'accouchement.*
14. FABRE. *Précis d'obstétrique* ; — De l'hystérographie, *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, nov. 1913.
15. FARABEUF et VARNIER. *Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.*

16. GIRAUD (P.). Notices générales sur le système nerveux organo-végétatif, *Gaz. des hôpit.*, 12 mai 1923.
17. GLEY. *Physiologie.*
18. GUILLAUME. *Le Sympathique et les systèmes associés.*
19. GUILLAUME. *Sympathique et glandes endocrines*, Collection Sergent.
20. HÉDON. *Précis de physiologie.*
21. HOFBAUER. *Centralbl. f. Gyn.*, 1920, n° 29.
22. LAIGNEL-LAVASTINE. Réflexes sympathiques cutanés, *Gaz. des hôpit.*, 15 sept. 1923.
23. LAIGNEL-LAVASTINE. Réflexes sympathiques viscéraux, *Gaz. des hôpit.*, 6 oct. 1923.
24. LATARJET et BONNET. Le plexus hypogastrique chez l'homme, *Lyon chir.*, 1903, p. 619.
25. LATARJET et ROCHER. Le plexus hypogastrique chez la femme, *Gyn. et obst.*, 1922, t. VI, p. 235.
26. LA TORRE. L'utérus à travers les siècles d'Hérophile à nos jours, analyse in *Arch. mens. d'obst. et de gyn.*, 1918, t. X, p. 238.
27. LÉVY. Conceptions modernes sur la physiopathologie du système nerveux végétatif, *Concours méd.*, 16 mai 1923.
28. LIEUTAUD (E.). Essai sur les phénomènes de l'accouchement naturel, *Th. de Paris*, 1836.
29. MACKENSIE. *L'Avenir de la médecine*, p. 80.
30. MATTÉI (A.). Essai sur l'accouchement physiologique, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1856-1857, t. VII, p. 534 à 541.
31. MORISSON-LACOMBE. Anatomie des nerfs de l'utérus, *Gaz. des hôpit.*, 10 juillet 1920.
32. PAYAN. Le système sympathique, *Marseille méd.*, 15 avril 1923.
33. POIRIER. *Traité d'anatomie humaine.*
34. RAPIN (O.-J.). Anesthésie en obstétrique, *Congrès de Genève*, 9 août 1923, in *Gyn. et obst.*, 1923, t. VIII.
35. RATHELOT (Alban). Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur du point de vue du médecin praticien, *Th. de Montpellier*, 1925.
36. RICHET. Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité, *Th. de Paris*, 1877.
37. RIBEMONT-DESSAIGNES. *Précis d'obstétrique.*
38. ROCHET. Traitement chirurgical des cystites douloureuses, *Lyon chir.*, 1921, p. 462.
39. ROCHET et LATARJET. Etude sur les voies d'abord chirurgical du plexus hypogastrique et de son ganglion, *Lyon chir.*, 1er nov. et 1er déc. 1913, p. 415 et 548.
40. ROUVIÈRE. *Traité d'anatomie topographique.*
41. SAULIEU et DUBOIS. *Vaisseaux et nerfs de l'utérus.*
42. SCHIKELÉ. Anesthésie en obstétrique, *Congrès de Genève*, 9 août 1923, in *Gyn. et obst.*, 1923, t. VIII.
43. SCHWAB et MAYGRIER. *Précis d'obstétrique.*
44. TARNIER et CHANTREUIL. *Traité d'accouchements.*
45. TESTUT. *Traité d'anatomie humaine.*
46. TESTUT et JACOB. *Traité d'anatomie topographique.*
47. WAYSSE. Quelques considérations sur les phénomènes physiologiques de l'accouchement, *Th. de Paris*, 1837.
48. VRAULT et JOLYET. *Physiologie humaine*, p. 624.
49. VIGNES (H.). *Physiologie obstétricale.*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Anatomie des membres (2e édit.), par DUJARIER. Un volume, 422 pages. — Prix : 45 fr. — Paris, Masson et Cie.

Consultations du médecin praticien, guide de pratique médico-chirurgicale journalière, par le docteur Fred BLANCHOD. Un volume gr. in-8 de 584 pages. — Prix : 35 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Livre jubilaire offert au professeur Emile Forgue à l'occasion de sa quatrième année d'enseignement. Un volume, 679 pages, nombreuses figures. — Paris, Masson et Cie.

Manuel technique de microbiologie et sérologie, par le professeur A. CALMETTE, sous-directeur de l'Institut Pasteur; L. NÈGRE et A. BOQUET, chefs de laboratoire à l'Institut Pasteur. Un volume de 568 pages, avec 14 figures, des tableaux et 3 planches hors texte en couleurs. — Prix : broché, 30 fr.; relié, 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

ACTUALITÉS

L'HOMME ET LE MILIEU

Voici l'époque où chacun se dispose à aller, qui à la mer, qui aux eaux ou à la montagne, bref à changer, pour quelques semaines ou quelques mois, de milieu. Ce n'est pas une affaire de snobisme ou d'habitude, c'est une nécessité et pas seulement pour ceux à qui l'état de leur santé impose le séjour dans telle ou telle station thermale, mais aussi pour tous les citadins dont l'existence trépidante se passe le plus souvent dans une ambiance déplorable. F. LE DANTEC a donné très justement de la vie cette formule $(A \times B)$, dans laquelle A désigne la matière vivante, et B le milieu, ce qui signifie que les réactions de la matière vivante sont conditionnées par l'action du milieu et que, par conséquent, les manifestations vitales et leur qualité dépendent de la nature de celui-ci.

On le sait sans doute et les médecins mieux que quiconque, mais on le sait de façon trop générale. Dans les traités de pathologie et d'hygiène, on parle du milieu respiratoire, du milieu nutritif, du milieu thermique, etc., sans entrer dans les détails, qui ont ici une grande importance. Considérons, par exemple, le milieu nutritif, en d'autres termes la somme des aliments mis à la disposition des consommateurs. Beaucoup croient que si une personne donnée mange les mêmes aliments à la ville ou à la campagne, son milieu nutritif reste semblable. C'est une erreur. Les aliments prétendus frais, fruits, légumes, salades, volailles, achetés sur le marché de la ville n'ont ni la même saveur ni la même composition, que ceux que l'on tire, à la campagne, de son potager ou de sa basse-cour, car ils ont subi les effets du transport, la dessiccation partielle et des altérations cadavériques, même chez les végétaux, qui changent plus ou moins leurs propriétés digestives et nutritives. Ainsi s'explique que le régime végétarien, employé contre certaines affections dyscrasiques à tendance acidifiante, fournisse de meilleurs résultats à la campagne qu'à la ville.

Il est notoire que les eaux minérales, prises au griffon, sont beaucoup plus actives que les mêmes eaux utilisées à domicile. On suppose que les manipulations de la mise en bouteilles, si perfectionnées qu'elles soient, font perdre aux eaux une partie de leur radioactivité et de leur gaz, ce qui entraîne une modification de leur composition, des combinaisons nouvelles et des précipitations plus ou moins notables. Il y a de cela, mais il y a aussi autre chose. Des eaux captées avec le plus grand soin, n'ayant perdu ni leur radio-activité, ni une quantité appréciable de gaz rares, ne paraissant avoir subi aucune altération chimique, ne produisent cependant pas les mêmes effets que les eaux prises en boisson à la station, bien qu'elles aient certainement perdu, par suite des diverses opérations qui les amènent dans le verre du buveur, une partie de leurs propriétés. On doit donc invoquer une autre raison : l'influence du milieu physique. Le milieu thermal, en effet, sauf peut-être dans les grandes stations où l'on tend à créer un milieu comparable à celui des villes, a une composition un peu différente du milieu respiratoire ordinaire : il est plus pauvre en poussières et en germes et renferme, quand les sources sont riches en gaz rares, émanation, Hélium, Argon, Néon, une proportion légèrement plus éle-

vée de ces gaz, comme l'a indiqué M. MOUREU. Naturellement, le changement d'habitudes et diverses influences psychiques interviennent aussi, dans une certaine mesure, pour améliorer l'état somatique.

Dans les cures marines et solaires et les cures d'altitude, c'est de beaucoup l'action du milieu atmosphérique qui domine. Le facteur radiations est commun à ces trois sortes de cures. le facteur pureté de l'air est commun à la première et à la dernière, l'héliothérapie pouvant être avantageusement pratiquée même dans les agglomérations urbaines. Cependant les réactions métaboliques ne sont pas les mêmes au bord de la mer et en haute montagne (à partir de 800 mètres surtout). D'abord la pression, maxima sur les rivages marins, diminue avec la hauteur, ce qui a une grande importance pour la décompression pulmonaire et les échanges gazeux; en outre, les rayons actiniques sont plus actifs aux grandes altitudes qu'au niveau de la mer, parce qu'ils ne se déperdent pas en partie dans la couche de poussière et de vapeur d'eau qui s'étend sur les plaines; enfin l'air de la montagne est plus sec, plus pauvre en germes, un peu plus oxygéné, mais sensiblement plus froid que l'air marin. Celui-ci, en revanche, est saturé d'embruns salins et d'émanations iodiques (1), dont l'action tonique se substitue à l'action plus nettement bactéricide des sommets. Il faut tenir compte également de la situation géographique et de l'orientation par rapport au soleil et aux vents, de la végétation, et, quand il s'agit de villégiatures maritimes, des dentelures de la côte et de sa nature, rochers ou sables. Enfin un dernier facteur doit retenir l'attention : les stations balnéaires sont toujours agitées et bruyantes, quand ce ne serait que par le fait du bruit des flots, tandis que les stations de haute altitude jouissent du calme et du silence. C'est pourquoi le citadin enfiévré, qui peut supporter une certaine décompression, tire souvent plus de bénéfice d'un séjour à la montagne qu'à la mer, et c'est pourquoi aussi tant de névropathes s'améliorent à vivre dans la tranquillité des hauts villages des Alpes et des Pyrénées.

Il résulte, des brèves et sommaires considérations qui précèdent, que les indications des diverses stations de cures physiques sont tout aussi variées et précises que celles que l'on s'est efforcé de fixer pour les cures un peu inexactement appelées chimiques (eaux minérales) et que, dans tous les cas, il est nécessaire que le médecin connaisse à fond les conditions des lieux du traitement qu'il assigne à ses clients.

* * *

Dans aucune de nos Facultés de médecine, il n'existe de chaire de mésologie, science des réactions de l'être vivant aux milieux, mais les techniques, thalassothérapie, héliothérapie, crénothérapie, radiothérapie font l'objet de divers enseignements parcellaires, donnés principalement par le professeur de thérapeutique ou ses assistants. Toutefois cet enseignement demeure notoirement incomplet, parce qu'il ne comporte et ne peut comporter que des renseignements sur les applications, sans insister sur les causes desquelles découle la légitimité de ces applications, de telle sorte que l'empirisme continue à régner et empêche de tirer des agents physiques tout le bénéfice qu'on serait en droit d'en attendre.

Seule, la crénothérapie, médication chimique, dont les effets sont plus ou moins exaltés par l'ambiance, a fait, avant la guerre, le sujet d'études plus sérieuses. Une chaire d'hydrologie avait même été créée, à Toulouse pour GARRIGOU, qui était un spécialiste des analyses d'eaux minérales et une autre, à Bordeaux, a été récemment confiée au professeur SELLIER. Depuis, l'enseignement de l'hydrologie et de la climatogie dans toutes les Facultés de médecine française a été rendu officiel et obligatoire par la loi du 31 juillet 1920 affectant des crédits à cet effet; de nouveaux centres d'enseignement ont été organisés. M. CHASSEVANT professe l'hydrologie à Alger, M. PIÉRY à Lyon, M. GIRAUD à Montpellier, M. PERRIN à Nancy, M. Paul BLUM à Strasbourg. A l'inspiration du professeur Albert ROBIN et de G. BARDET, avait été fondé à Paris un Institut d'hydrologie qui donnait les plus beaux espoirs, car G. BARDET, qui en était l'animateur, possédait sur la nature et la genèse des propriétés thérapeutiques des eaux, des idées extrêmement originales et qui semblent encore capables de guider vers une connaissance plus rigoureuse et plus profitable de cette science. Malheureusement sa mort inattendue a porté à l'Institut un coup dont il se relèvera d'autant plus difficilement que la Faculté l'a toujours regardé d'un œil peu encourageant. Les voyages annuels aux Eaux minérales seraient d'une grande utilité, s'ils n'étaient aussi rapides et si tout ne se passait, la plupart du temps, en promenades, en banquets et en visites d'établissements. Même les conférences sur les indications de chaque station faites aux médecins qui ne demandent qu'à s'instruire, ne sont pas suffisantes pour leur permettre de comprendre les raisons profondes de la valeur des eaux et le mode d'action des divers facteurs qui s'y ajoutent, car il est bien évident que les constituants chimiques de ces eaux ne sont pas seuls à agir, puisque les 15 ou 20 dixièmes de milligramme d'arsenic contenus dans un verre d'eau des sources Choussy-Perrière de la Bourboule ont une action manifestement plus énergique que la même quantité de ce métalloïde administré sous la forme pharmaceutique et que, d'ailleurs, des sources de composition très voisines ont parfois des propriétés thérapeutiques différentes alors que des sources, ne contenant à peu près rien, possèdent une efficacité incontestable. Ici reparaît donc la question de l'influence de l'état physique et du milieu.

Restent les manuels; il y en a d'excellents, par les efforts dont ils témoignent vers une compréhension scientifique de l'action des milieux. Parmi ces derniers, j'ai plaisir à mentionner le *Guide pratique* du docteur L. PORCHERON (de Marseille) (1) qui, pour chaque station thermale, marine ou climatique, donne les indications les plus précises concernant la situation, altitude, constitution du sol et climat, la nature et la valeur des eaux, leurs indications et contre-indications et les procédés de traitement, et enfin fournit des renseignements pratiques sur les distractions, excursions, coût de la vie, etc. Au surplus, l'inspiration à laquelle l'auteur a obéi en écrivant son livre est bien exprimée dans la phrase de l'exergue : *Fons, aer, mons et mare, Vita.*

---

(1) 167 millièmes de milligramme par mètre cube d'air marin, contre 13 seulement dans l'air de Paris (LOIR et LEGANGUAU, *Acad. de méd.*, 24 mars 1925).

(1) Docteur L. PORCHERON. *Guide pratique aux villes d'eaux, stations climatiques, plages marines françaises*, 5e éd., Paris, Maloine.

Cette heureuse formule devrait être sans cesse présente à l'esprit du médecin. Peu à peu pourtant elle fait son chemin, mais trop lentement, parce que si on est bien obligé de constater les bons résultats, on ne se préoccupe pas assez de rechercher les causes qui les produisent. Si cet article est parsemé de réflexions un peu moroses, c'est que je regrette de ne pas voir aborder, avec plus d'attention et de soins, au cours des études médicales, cette question de l'influence des milieux, car, capitale en biologie, elle ne doit pas être moins importante en médecine, où il s'agit d'abord, par la connaissance aussi exacte que possible du déterminisme, de mieux soulager le patient et de le débarrasser plus vite des maux dont il souffre.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 8 JUIN 1925)

Influence du temps de coagulation du sang sur la toxicité des sérums. — MM. Auguste LUMIÈRE et Rémi COURJON. Il résulte des expériences des auteurs que le fait de retarder la coagulation du sang humain par le refroidissement supprime ou atténue considérablement la toxicité sérique pour le cobaye.

Ces constatations confirment les notions formulées par les auteurs relativement au rôle des colloïdes et des floculats dans les phénomènes pathologiques.

Action de l'acide carbonique sur les caséinates calciques. Introduction à l'étude du carbonate de calcium colloïdal. — M. Ch. PORCHER.

Mécanisme régulateur du métabolisme des purines et diabète insipide. — M. Ch. KAYSER et Mlle Eliane LE BRETON.

La genèse des plaquettes sanguines. — M. L.-M. BÉTANCÈS. D'après les nouvelles observations de l'auteur, il paraît évident que :

1° L'origine embryonnaire des plaquettes est le foie ;

2° Celles-ci dérivent des mégacaryocytes (Wright) et, parfois, de quelques cellules endothéliales;

3° Tous les mégacaryocytes ne produisent pas de plaquettes (Franck, Firket) ;

4° Pour que cette production s'effectue, il faut qu'au moment de l'augmentation de volume de la cellule, de la division amitotique de son noyau, de sa libération ou de sa dégénérescence, passent dans son cytoplasme des produits nucléaires et que celui-ci se fragmente.

Les plaquettes passent dans les vaisseaux entraînées par le courant des sinus ou des lacunes.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 16 JUIN 1925)

M. MAUCLAIRE lit une notice nécrologique sur M. Athanase Demosthen (de Bucarest), membre correspondant étranger dans la deuxième division (chirurgie et accouchements).

M. VALLÉE lit une notice nécrologique sur M. Dirk A. de Jong (de Leyde), membre correspondant étranger dans la cinquième division (médecine vétérinaire.

M. GLEY présente la 6e édition de son *Traité de physiologie*.

M. PETIT présente deux nouveaux volumes de Cabanès, l'un intitulé *Le Médecin de Balzac*, l'autre *Curiosités de la médecine*.

M. SIREDEY présente un volume de notre collègue Henri Bouquet, dont nous parlons d'autre part.

Sur la présence dans le péricarpe du blé d'un mélange de vitamines et de diastases. — M. POUCHET a reconnu la présence, dans l'écorce du grain de blé, à côté des vitamines déjà connues, de diastases qu'on ne trouve dans aucune autre graine alimentaire, association qui expliquerait la valeur alimentaire plus grande et le pouvoir particulièrement tonique du pain complet.

Essais de prémunition par le bacille Calmette-Guérin contre l'infection tuberculeuse de l'homme et des animaux. — Dans cette communication qui fait suite à celle qu'il avait lue à l'Académie il y a juste un an, M. A. CALMETTE fait connaître aujourd'hui en son nom et au nom de ses collaborateurs C. Guérin, B. Weill-Hallé, L. Nègre, A. Boquet, Wilbert et Turpin, les résultats cliniques et expérimentaux de la méthode de vaccination préventive des nouveau-nés contre la tuberculose par le vaccin B C G que beaucoup de médecins emploient volontiers, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants nés dans un foyer familial contaminé ou menacé .

Ces résultats sont aussi satisfaisants qu'on pouvait le souhaiter. Aucun des nourrissons vaccinés pendant le premier semestre 1923, c'est-à-dire depuis trois ans, n'est mort d'une affection présumée tuberculeuse. Ces nourrissons étaient au nombre de 178; 94 d'entre eux, revus en mai 1925, sont en parfaite santé et leur croissance a été normale.

Du 1er juillet 1924 au 1er juin 1925, 2.070 nouveau-nés ont été vaccinés par le B C G fourni par l'Institut Pasteur, en France et en Belgique. On n'a relevé aucun incident à la suite de cette vaccination qui consiste à faire ingérer trois fois à quarante-huit heures d'intervalle, au jeune bébé, du troisième au dixième jour après sa naissance, une dose de vaccin dans une petite cuillerée de lait.

Cent trente-sept de ces enfants vaccinés entre le 1er juillet et le 1er décembre 1924 dans des familles où ils étaient particulièrement exposés à la contagion, n'ont pas fourni un seul décès par tuberculose, alors que la mortalité des enfants non vaccinés, placés dans les mêmes conditions, est, à Paris, de 32,6 p. 100 au cours de la première année et de 24 p. 100 dans toute la France.

L'expérimentation montre que le vaccin B C G confère aux singes et aux jeunes bovins une résistance manifeste à l'infection tuberculeuse naturelle ou artificiellement provoquée. Il semble donc bien qu'on peut considérer cette méthode de prévention de la tuberculose chez les jeunes enfants comme n'offrant aucun danger et que son efficacité ne fasse plus de doute. Les observations accumulées et le temps apporteront les précisions désirables sur sa valeur pratique.

A propos d'une méthode nouvelle chimiothérapique contre la tuberculose. — M. Léon BERNARD informe l'Académie, au nom d'une Commission instituée à l'effet de vérifier la nouvelle méthode de traitement de la tuberculose par la sanocrysin, méthode innovée au Danemark, que des recherches sont actuellement en cours dans quelques services à Paris, sous le contrôle et la responsabilité de cette Commission qui publiera ultérieurement les résultats observés; mais qu'il paraît opportun d'ajourner jusque-là tout jugement ainsi que la diffusion dans la pratique d'une méthode qui, n'étant pas encore réglée, peut offrir des dangers pour les malades.

Myxoeinal. — M. MASSIO-FORESTIER (de Montévidéo) rapporte quatre cas de myxoeinal fruste, avec hydropisie et œdèmes des extrémités, traités avec succès par la médication thyroïdienne.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture des rapports : de M. Lejars sur les candidatures au titre d'associé national; de M. Bazy, sur le prix Huchard; de M. Patein, sur le prix Guérétin; de M. Petit, sur le prix Perron ; de M. Delezenne, sur le prix Pourat et sur la question à poser pour le concours de 1928; de M. Nobécourt, sur le prix Daudet et sur la question à poser pour le concours de 1928; de M. Mauclaire, sur le prix Apostoli; de M. Bezançon, sur le prix Argut.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 12 JUIN 1925)

L'insuline dans le traitement des ulcères de jambe. — MM. FAURE-BEAULIEU et M. DAVID, à propos de la communication faite dans la séance précédente par MM. Ambard,

Schmid, Pautrier, Lévy et Salmon sur les effets trophiques de l'insuline chez les sujets non diabétiques, exposent les résultats que leur a donnés depuis plusieurs mois le traitement des ulcères de jambe par l'insuline en injection sous-cutanée. Ils ont ainsi traité dix malades porteurs d'ulcères vastes et tenaces, et ont obtenu une régression et une cicatrisation remarquablement rapide.

La notion de l'hyperglycémie fréquente des malades atteints d'ulcères de jambes et non cliniquement diabétiques mérite de retenir l'attention et se trouve en harmonie avec l'action heureuse de l'insuline dans le traitement de cette affection en général rebelle.

La disparition des oscillations dans les artères d'un membre est-elle toujours en rapport avec une oblitération artérielle. — MM. H. Vaquez, P. Mauclaire et René Giroux, à propos de la récente communication de M. P.-E. Weill, insistent :

1° Sur la fréquence des artérites oblitérantes ou sténosantes.

2° Sur un facteur étiologique important ; la maladie se rencontre surtout chez l'homme et souvent chez l'homme jeune de trente-cinq à quarante-cinq ans.

3° Sur les renseignements imparfaits fournis par l'oscillométrie sur l'état fonctionnel des artères. Les auteurs ont, en effet, observé tout récemment un cas d'artérite sténosante avec gangrène du cinquième orteil et dans lequel l'examen anatomique des artères, immédiatement après amputation, a permis de déceler l'intégrité des artères de la jambe, seule l'artère poplitée présentait un caillot adhérent rétrécissant la lumière des vaisseaux par les radiographies du membre amputé après injection de lipiodol permettant de constater que les plus fines ramifications artérielles sont normales.

4° Les auteurs, pour expliquer la gangrène chez leur malade, n'admettent pas l'hypothèse d'un spasme surajouté, l'épreuve du bain chaud étant restée négative. Ils pensent plus volontiers à un facteur infectieux secondaire ou au traumatisme.

La fréquence de la rétention chlorurée sèche dans la néphrite interstitielle. — MM. Léon Blum et van Caulaert. L'analyse du sang pratiquée chez de nombreux malades atteints de néphrite interstitielle montre la fréquence extrême de la rétention chlorurée sèche. Selon la gravité de la lésion rénale, selon la richesse du régime en sel on peut observer une rétention chlorurée sèche plus ou moins forte. La possibilité de supprimer ou de provoquer la rétention chlorurée sèche par la suppression du sel ou son administration met en évidence le rôle du sel dans ce processus. Chez certains malades un régime même pauvre en sel peut provoquer à la longue cette rétention, ce qui montre combien la tendance à retenir le chlore est prononcée dans les néphrites interstitielles. Dans ces cas, le régime déchloruré très strict fait disparaître la rétention chlorurée.

La rétention chlorurée sèche semble être un trouble fonctionnel caractéristique de la néphrite interstitielle.

Scléroses aiguës et scléroses lentes. — M. E. Feuillié considère qu'on peut obtenir des scléroses de localisations variées par des injections de toxiques divers.

Au niveau du rein, on obtient, soit dans les espaces intertubulaires, soit au contour des glomérules, des infiltrations lymphocytaires énormes aux dépens de l'afflux leucocytaire qui vont constituer des fibroblastes et du tissu conjonctif. On obtient ainsi des scléroses aiguës et même suraiguës puisqu'on en peut constater après quinze jours, sept jours et même cinq jours.

Il en est de même pour le foie au voisinage de l'espace porte et au centre du lobule. Mais le terme de cirrhose veineuse doit être rayé d'une façon absolue de la pathologie parce que, au voisinage de la veine porte, c'est autour des canalicules biliaires seulement que se fait l'infiltration leucocytaire et au centre du lobule.

Tous ces flux leucocytaires peuvent être provoqués par des intoxications variées, mais aussi par des chocs peptoniques ou anaphylactiques.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 3 AVRIL 1925)

Polio-bulbo-myélite. — MM. Vedel, Puech et Reverdy.

Syndrome de Recklinghausen et scoliose. — MM. Massabuau, Guibal et Brémond.

Endocardite maligne à forme nerveuse. — MM. Ducamp, Boulet et Pages.

Sérum glycosé et coagulabilité sanguine. — MM. Ricard et Raux.

(SÉANCE DU 24 AVRIL 1925)

Formes basses prolongées de l'encéphalite épidémique; séquelles pyramidales; forme périphérique. — MM. Vedel, Puech et Reverdy rapportent une observation de paraplégie avec contracture et symptômes pyramidaux survenue progressivement deux ans après une atteinte encéphalitique nette aiguë initiale à forme somnolente. Dans l'intervalle de ces deux années on note l'existence d'une diplopie survenant par accès. Les phénomènes pyramidaux suivis depuis deux ans ont une tendance à progresser légèrement, la marche est actuellement encore possible.

Dans une seconde observation, l'encéphalite paraît avoir évolué en trois périodes ; en juillet 1924, douleurs lombaires et inguinales gauches très violentes; en septembre 1924, fièvre, céphalée, vomissements, somnolence et diplopie pendant quinze jours, en février 1925, polynévrite des deux membres inférieurs un peu plus marquée à gauche, avec parésie très marquée des deux membres, abolition des réflexes et lorsque la malade peut marcher, démarche myopathique. Les troubles sont en effet plus marqués au niveau des racines. Pas de signe sensitif, trophique ou sphinctérien. Réaction méningée du liquide céphalo-rachidien. Les accidents moteurs à peu près complètement disparus (fin avril 1925) après un peu plus d'un mois de traitement électrique.

Les petites hémoptysies prémonitoires de l'hémoptysie foudroyante chez les tuberculeux. — M. Gaussel rapporte douze observations de tuberculeux chez qui l'hémoptysie foudroyante terminale a été précédée de petits crachements de sang en apparence sans importance. Il n'est pas sans importance, chez ces cavitaires, de savoir dégager la valeur seméiologique de ces petites hémoptysies et d'éviter tout ce qui peut favoriser la rupture vasculaire cause de l'hémoptysie mortelle.

Un cas de dysostose cléido-cranienne. — MM. Pages, Pares et Conte.

A propos de deux cas de lithiase vésicale chez l'enfant. — MM. Massabuau, Guibal et Bremond soulignent le contraste existant entre deux cas de calculs vésicaux observés récemment par eux. Dans l'un l'extraction du calcul par taille hypogastrique avec suture immédiate de la vessie est suivie de guérison rapide; il s'agissait d'un calcul d'oxalate. Dans l'autre, la même intervention n'est suivie que d'une lente guérison opératoire; l'état général reste mauvais; deux mois et demi après, l'enfant meurt de pyélonéphrite ascendante; il s'agissait d'un calcul de cystine dont l'extraction fut suivie d'une cystinurie continue. Les auteurs soulignent cet exemple de la gravité du pronostic dans les calculs de cystine en rapport avec un trouble du métabolisme par ralentissement de la nutrition.

Appendicite grave à symptômes atypiques. — MM. Forgue, Mourgue-Molines et Vidal rapportent l'observation d'une malade de cinquante-sept ans qui présentait des crises douloureuses vagues à localisation surtout épigastrique, s'accompagnant d'un point douloureux léger à la pression du point de Mac Burney, sans défense musculaire, la radiographie montrait un cæcum fixé et douloureux à la pression forte. L'intervention permit d'enlever non sans difficulté un appendice rétrocæcal très adhérent. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'une appendicite nécrosante en voie de perforation.

Les auteurs insistent sur l'intérêt qu'il y a à penser à

l'appendicite dans les crises douloureuses vagues de l'abdomen et sur l'utilité d'un bon examen radioscopique dans ces cas.

LIVRES NOUVEAUX

Un « Mémoire politique » de Lamartine [documents inédits] (1), par le docteur L. BABONNEIX, médecin de l'hôpital de la Charité.

En 1826, Lamartine était depuis longtemps entré dans la gloire. Ses *Méditations poétiques*, parues en 1820, avaient eu un « prodigieux succès ». Ses vers harmonieux chantaient dans toutes les mémoires. Il allait être de l'Académie française. Comment a-t-il pu être astreint, tel un écolier, à faire un « devoir » sur un sujet sans intérêt? C'est ce qu'oublient de dire ses biographes. C'est ce dont lui-même, toujours si enclin aux « confidences », se garde de nous souffler mot. Et pourtant l'histoire vaut d'être contée. Elle n'est pas pour nuire à sa gloire.

En ce temps les Légations du Roi comptaient beaucoup d'« attachés ». Mais la plupart de ces attachés avaient l'air bien détaché. Il leur manquait la vocation. Un rapport administratif parle avec amertume de cette « foule de jeunes gens « qui ont été à l'aveugle admis dans le Ministère, sans savoir « s'ils étoient ou seroient jamais capables de le bien servir ». Aussi le Ministre juge-t-il à propos de savoir ce qu'ils valent. Comment? Au moyen d'un concours dont il règle les moindres modalités.

M. de Haller, publiciste au Ministère, est chargé, tout d'abord, d'élaborer un programme.

Il propose trois sortes de questions : *questions historiques*; *questions de diplomatie pratique*; *questions statistiques*.

Parmi les sujets, il y en avait un qui aurait bien dû tenter Lamartine. C'est celui qui avait pour titre : « *A quel point s'étendent les privilèges des Ambassadeurs et Ministres étrangers soit en cas de dettes ou autres contestations privées ?* » Il eut la coquetterie d'en choisir un autre, dont il avait moins l'expérience : « *Que faut-il entendre en politique sous l'expression d'un ami ou d'un ennemi naturel? Et quels sont les états de l'Europe que la France peut ou doit considérer sous l'un ou l'autre de ces points de vue ?* » Il le traite en un « mémoire » de 30 pages dont M. L. Babonneix donne d'abondants extraits. Ce mémoire anonyme est soumis à trois juges. Deux sont enthousiastes. Le dernier assaisonne ses éloges de vives critiques. Tous sont pourtant d'accord pour le placer dans le « premier groupe » à cause de son style qui « abonde en traits « fins, en apperçus spirituels et en vives images. » Le ministre adresse à M. de Lamartine, alors deuxième secrétaire d'ambassade à Florence, une lettre officielle de félicitations.

Dans ces faits, que de sujets de « méditations »!

Nous voyons un ministre plus attaché à sa tâche que ces Messieurs les Attachés aux Légations du Roi. C'est lui qui a eu l'idée du concours. C'est lui qui en règle la forme. Il existe dans le dossier nombre de pièces, écrites de sa main, et qui nous le montre tel que le dépeint Lamartine, « sans prétention comme sans jactance, sans ambition comme sans faiblesse », avec l'unique pensée de « bien servir le Roi et (de) bien diriger la diplomatie qui lui était confiée ». Nous voyons des juges perspicaces et consciencieux. Nous voyons surtout Lamartine sous un aspect que nous ne connaissions guère.

« Voici un homme, dont le nom est depuis 1820 le symbole même de la poésie. Il a déjà publié les *Méditations* et les *Nouvelles Méditations*. Il est, pour tous, l'auteur des stances divines du *Lac* et du *Crucifix*. Il est aussi peu « carrière » que possible. Il n'en aime pas l'esprit. Il y trouve l'avancement trop lent. Il n'est pas loin de ne voir, dans les fonctions de secrétaire d'ambassade, que prétexte à appointements. Et soudain, le voici qui est « invité obligatoirement » à faire une « copie », un « devoir »! Il se lance. Comme il a du génie, il ne peut s'empêcher d'en montrer, même dans une composition de haute politique. Elle l'inspire. De l'esprit — à en indisposer un de ses juges, — de « grandes images » à profusion, de splendides métaphores, une magnifique prose cadencée, dont on pourrait, comme l'a fait J. Lemaître de sa poésie, louer le « large et libre effort, l'aisance souveraine et toute divine », voilà ce qu'il nous offre dès la première page! Et jusqu'à la dernière, le moins « Lamartinien » des lecteurs ne peut qu'admirer ces périodes harmonieuses, cette allure royale, cet accent inspiré où se devine le futur auteur du *Manifeste à l'Europe*.

Plus encore qu'à la forme, il convient de s'attarder au fond. Sans doute, Lamartine s'est trompé. Sur la Prusse, notamment, dont il a méconnu l'importance future. Et aussi sur les Etats-Unis qui devaient, aux heures angoissantes de la grande guerre, nous apporter le réconfort de leur amitié fraternelle.

Mais combien d'autres hypothèses que l'avenir s'est chargé de vérifier! Les pages relatives à la Russie n'ont pas cessé d'être vraies. Soixante-dix ans à l'avance, elles prévoient « l'union de deux grands peuples dont la cordiale étreinte est une garantie pour la paix du monde »..... Il a compris qu'à un moment donné la Russie essaierait d'envahir..... la Perse et la Chine. Rien de plus ressemblant, non plus, que son tableau de l'Autriche! De nos jours, comme au début du XIXe siècle, sa politique reste la même..... N'a-t-elle pas été « insolente comme l'audace » envers la Serbie parce qu'elle la considérait comme « foible » et « foiblement » soutenue par ses alliés? Sans déclaration de guerre à la Belgique, ne se comporte-t-elle pas envers elle en « ennémie »? Ne prête-t-elle point ses « 420 » à l'armée allemande pour attaquer Liège et Namur? Qui pourrait nier que certains passages concernant l'Angleterre semblent s'appliquer à la guerre de 1914, comme aussi à l'après-guerre? Non moins heureuses, les considérations relatives à l'avenir de l'Italie! Elle appellera la France à son secours. La France l'affranchira du joug de l'Autriche. En 1826, étaient ainsi prévues la campagne du Piémont, les batailles glorieuses de Solférino et de Magenta. L'unité de l'Italie ne pourra se réaliser que du jour où le pouvoir temporel du pape aura pris fin. Comment annoncer avec plus d'exactitude la prise de Rome par les soldats de Victor-Emmanuel?

Ainsi, dès 1826, Lamartine a prévu l'alliance franco-russe et la réalisation de l'unité italienne. Comme plus tard en 1848, il a lu dans l'avenir. En toutes circonstances, il a été prophète. Mais non en son pays. »

Louons à notre tour M. L. Babonneix de ne pas se borner à ressasser ce qui traîne partout, mais de prendre la peine de fouiller les archives. C'est par leur grâce qu'il a rencontré, à Gand, Julie, au moment des Cent-Jours; c'est à elles qu'il doit de nous faire connaître aujourd'hui un « devoir » inédit de l' « élève » Lamartine.

F. L. S.

(1) Une plaquette de 24 pages. — Sens 1925, Société générale d'imprimerie et d'édition.

La Médecine du temps présent (1), par le docteur Henri BOUQUET.

Bien souvent, en lisant les articles de vulgarisation que notre confrère Henri Bouquet publie régulièrement dans *Le Temps* ou dans de grandes Revues, j'ai admiré avec quel tact il arrive à renseigner le grand public sur les grands problèmes pathologiques.

Faire l'éducation du public au point de vue de la préservation; lui faire connaître les maladies « dont on parle », les nouvelles méthodes de diagnostic ou de thérapeutique, est une tâche bien délicate. Il faut éclairer les gens du monde, mais ne pas leur donner cette demi-science si dangereuse pour le malade qui discute ensuite à tort et à travers les prescriptions du médecin traitant.

M. Bouquet a su éviter cet écueil et en rassemblant toutes ses remarquables chroniques il offre aujourd'hui au grand public un livre utile qui est appelé à un grand succès et qui, en raison de sa belle documentation, sera lu aussi avec un grand intérêt par les confrères.

F. L. S.

(1) In-16. — Prix : broché, 8 fr. — Paris, Librairie Hachette.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

VENTE le 30 juin 1925, à 2h30, étude de Me LANQUEST, notaire à Paris, 92, boulevard Haussmann, FONDS DE COMMERCE DE Fabricant d'Objets de Pansements, à Paris, 58, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE. — Bail expirant le 1er janvier 1942. — M. à prix, y compris matériel, 81.600 fr. En sus marchandises et matières premières. — Loyer d'avance, 3.500 fr. — Consignation, 20.000 fr. — S'adresser : LANQUEST, notaire; DUPLAN et Gautier, avoués, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — *Epreuve clinique.* — Séance du 19 juin. — MM. Quénu, 17 ; Boppe, 18 ; Monod, 14.

Séance du 21 juin. — MM. Sénèque et Wilmoth, 16 ; Bloch (Jacques), 10.

— Concours d'accoucheur des hôpitaux. — *Epreuve clinique orale.* — Séance du 19 juin. — MM. Lantuéjoul, 28 ; Couinaud, 24.

Epreuve clinique. — Séance du 20 juin. — MM. Vaudescal, 23 ; Portes, 29.

Classement des candidats : MM. Portes, 66 ; Lantuéjoul, 61 ; Couinaud, 57 ; Vaudescal, 56.

Le concours s'est terminé par la nomination de M. Portes.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, qui acceptent ; Pinard, Chiray, Chabrol, Ramadier, Bazy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Prix Civiale. — Un concours est ouvert en 1925, entre les internes titulaires ou provisoires en médecine, pour l'attribution du prix fondé par feu le docteur Civiale au profit de l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce prix aura une valeur de 1.000 francs.

Ce travail devra être déposé à l'administration centrale (bureau du Service de santé) avant le 21 novembre 1925, au plus tard.

MM. les internes sont informés que les mémoires destinés à être présentés pour le concours des prix de l'internat (médaille d'or) ne pourront pas être admis pour le prix Civiale.

— Prix Fillioux. — En conformité du legs fait à l'Assistance publique par le docteur Fillioux, un Concours doit être ouvert, chaque année, pour l'attribution de deux prix de même valeur, à décerner : l'un à l'interne, l'autre à l'externe des hôpitaux qui auront fait le meilleur mémoire et le meilleur concours sur les maladies de l'oreille. Le montant de chacun de ces prix est fixé chaque année à la fin du Concours.

Exceptionnellement en 1915, il sera décerné deux prix aux candidats internes, deux prix aux candidats externes.

Pour l'année 1925, le concours sera ouvert le jeudi 3 décembre 1925.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire à l'Administration centrale (service de santé), tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 heures à 17 heures, du 5 au 14 octobre inclusivement.

Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé avant le jeudi 15 octobre, dernier délai.

Ce mémoire devra être manuscrit et inédit.

Conditions du concours. — 1. Programme du concours : 1° Un mémoire manuscrit et inédit sur les *maladies de l'oreille*, le sujet de ce mémoire étant laissé aux choix des candidats qui devront nécessairement comprendre dans leur étude l'élément anatomopathologique ;

2° Une épreuve clinique spéciale sur un malade atteint d'une affection de l'oreille. Il est accordé au candidat vingt minutes pour examiner le malade, et dix minutes pour faire sa leçon, après dix minutes de réflexion.

Le maximum des points à attribuer à la suite de chacune de ces deux épreuves est de : Pour le mémoire, 30 points ; pour l'épreuve clinique, 20 points.

II. Jury du concours : Le jury du concours est composé de cinq membres tirés au sort, savoir :

Trois parmi les chefs des services d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux, titulaires et suppléants ;

Un médecin et un chirurgien parmi les médecins et chirurgiens chefs de service des hôpitaux, en exercice et honoraires, ainsi que parmi les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant huit années d'exercice à partir du 1er janvier qui a suivi leur nomination.

Guerre. — M. le médecin principal de 1re classe Savornin (A.-R.), a été nommé directeur du service de santé au ministère de la Guerre, en remplacement de M. le médecin inspecteur général Toubert, relevé sur sa demande.

M. le médecin inspecteur général Toubert a été nommé inspecteur des services chirurgicaux de l'armée et membre du comité consultatif de santé (emplois vacants). [*J. O.*, 20 juin 1925.]

COURS SUPÉRIEUR D'ÉDUCATION PHYSIQUE DE L'UNIVERSITÉ. — Le *Journal officiel* du 20 juin publie un décret réorganisant ce cours. Le personnel enseignant comprendra notamment deux docteurs en médecine, adjoints au directeur du cours pour les leçons de physiologie, d'anatomie et d'hygiène appliquées à l'exercice. Un crédit de 100 francs est prévu pour les honoraires de chacun de ces médecins.

COMMISSION SUPÉRIEURE DES POUDRES ET DES EXPLOSIFS. — M. Béhal, membre de l'Institut et membre de l'Académie de médecine, est nommé président de la Commission supérieure des poudres et explosifs de guerre, en remplacement de M. Haller, décédé.

LE MUSÉE DU COLLÈGE DE MÉDECINE DE PHILADELPHIE. — M. le professeur Keen, l'éminent conservateur du musée du Collège de médecine de Philadelphie veut bien nous faire savoir que, depuis la publication de notre dernier article (1), le musée s'est enrichi de nombreux et précieux souvenirs.

Comme gardien de la collection, il a reçu une lettre écrite par John Hunter à Edouard Jenner, puis un nouveau portrait de Hunter envoyé par sir d'Arcy Power. Le Royal Collège des chirurgiens d'Angleterre lui a adressé, par l'intermédiaire de son très distingué président sir John Bland-Sutton, un moulage du masque mortuaire de Hunter.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔTEL-DIEU (amphithéâtres Trousseau et Bichat. Professeur : M. A. GILBERT ; professeur agrégé : M. Maurice VILLARET. Cours de perfectionnement, grandes vacances, 29 juin au 10 juillet). — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du foie, des voies biliaires, du pancréas et sur le diabète.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 29 juin 1925, à 9 h. 30, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. le professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux ; A. Baudouin, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux ; Lippmann, Jomier, Brin et Saint-Girons, anciens chefs de clinique ; Coury, ancien chef de clinique adjoint ; Paul Descomps, Dumont, Henri Bénard, Deval et Mlle Tissier, anciens chefs et chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie.

Il comprendra 32 leçons et sera terminé en deux semaines. Il aura lieu régulièrement, l'après-midi de 15 h. 30 à 18 h., et le matin avant 10 h., de façon à permettre aux médecins inscrits de suivre les services hospitaliers de Paris.

Il sera illustré de planches, projections photographiques et microscopiques, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon au cours de la visite dans les salles, tous les matins à partir de 10 heures.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 h.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1924-1925 ont lieu, comme tous les ans à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions et sous la direction du professeur agrégé Maurice Villaret, médecin des hôpitaux :

1° Deux cours de perfectionnement :

a. L'un sur les maladies du foie et le diabète (grandes vacances, du 29 juin au 10 juillet 1925) ;

b. L'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances, du 14 au 26 septembre 1925) ;

2° Un cours de revision de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire au diagnostic (vacances de Pâques).

Un voyage d'études hydrologiques de trois jours dans la région de Vichy est organisé tous les ans à la suite du cours de septembre sur les maladies du tube digestif. Les élèves ayant assisté à l'un des trois cours de vacances de l'année auront le droit de s'inscrire à ce voyage.

(1) Le Musée du Collège des médecins de Philadelphie, *Gaz. des hôpit.*, n° 39, 16 mai 1925 ; p. 630.

DÉMONSTRATIONS PRATIQUES DE TECHNIQUES RÉCENTES DE SÉMÉIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GASTRO-ENTÉROLOGIQUES. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera du 3 au 8 août, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie. Il exposera successivement :

Le lundi 3 août : La gastrotonométrie clinique (nouvelle méthode d'exploration de l'estomac, basée sur l'étude de sa musculature).

Le mardi 4 août : L'analyse fractionnée du chimisme gastrique à l'aide de la sonde d'Einhorn.

Le mercredi 5 août : Le tubage duodénal, l'alimentation duodénale, le drainage non chirurgical des voies biliaires.

Le jeudi 6 août : Exposé résumé des méthodes de coprologie.

Le vendredi 7 août et le samedi 8 août : Continuation de l'exposé des méthodes de coprologie clinique.

Les médecins ou étudiants, désireux d'y prendre part, sont priés de s'inscrire près de la surveillante de la salle Aran, hôpital Saint-Antoine, ou par lettre, chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Paul Couillaud, décédé subitement à Maillot (Algérie) ; Simon (de Beaupréau).

NOTES DE PRATIQUE

DÉPRESSION NERVEUSE

1° Prendre six cuillerées à café par jour, dans de l'eau sucrée, de la solution suivante (Joulie) :

Acide phosphorique	17 gr.
Phosphate de soude	24 gr.
Eau distillée Q. s. p.	250 gr.

2° Avant chacun des deux principaux repas, v à x gouttes de Vanadarsine.

Si la débilité est très accusée, recourir de préférence aux injections de Vanadarsine injectable (une injection de 1 ou 2 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours).

Le Cancer, technique de la thérapeutique médicale moderne, par le docteur Joseph LERICHE, membre de la Société internationale de recherches contre la tuberculose et le cancer. Edition 1925. — Prix : 6 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

L'ÉLECTROLOGIE EN 1924

Par Louis DELHERM et Jean LOUBIER.

I. ÉLECTRODIAGNOSTIC

Des phénomènes qui accompagnent le passage de l'électricité dans le corps humain. (STROHL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1924, p. 52 à 56.) — Tout dernièrement encore on admettait que la force contre-électromotrice déterminée dans le corps humain par le passage d'un courant continu était inférieure à 1 volt.

En utilisant des appareils manœuvrés automatiquement en des temps très courts, Strohl a constaté que cette force contre-électromotrice pouvait atteindre 20 volts. La polarisation commence par croître avec la durée du courant, passe par un maximum après un temps variable (un millième de seconde) et décroît ensuite. Sa valeur dépend en premier lieu de l'intensité du courant. Plus les électrodes sont éloignées, plus la polarisation est intense, ce qui prouve que l'ensemble des tissus interposés contribue à l'engendrer. La polarisation décroît extrêmement rapidement, c'est ce qui explique qu'on n'ait pu jusqu'ici la mesurer complètement et qu'on lui ait attribué des valeurs trop grandes.

Importance des hauts voltages pour la recherche de la chronaxie chez le sujet normal et pathologique. (STROHL, DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1924, p. 75 et 76.) — La force contre-électromotrice développée par le passage du courant peut atteindre une valeur très importante, mais elle ne s'accroît pas proportionnellement au voltage employé; quand on passe d'un voltage (rhéobase) à un voltage double (chronaxie), cette force contre-électromotrice fait qu'en réalité on a sur le sujet une force électromotrice qui n'est pas le double de la première et cela a pour effet, en général, de diminuer la valeur de la chronaxie.

On remédie en partie à cet inconvénient en mettant des résistances fixées en série car on est obligé d'augmenter le voltage de la source. Une force contre-électromotrice devient moins importante si on se sert de 100 ou 200 volts au lieu d'utiliser 20 ou 40 volts, mais même avec ces résistances on peut être amené à n'utiliser que peu de volts. Il importe donc de pouvoir intercaler des résistances variables permettant, dans chaque cas, de prendre le maximum de voltage compatible avec la source.

L'excitabilité. Sa mesure et ses variations sous l'influence des actions pharmacodynamiques. (M. VINCENT. *Ann. des Laboratoires Clin*, mai-juin 1924.) — L'auteur rappelle les derniers travaux sur la chronaxie et étudie les effets produits sur la chronaxie par les solutions diverses.

Les substances curarisantes ont, d'après Lapicque, la propriété d'empêcher les muscles de se contracter quand on excite leur nerf moteur. Voici l'explication qu'il en donne : normalement le muscle et le nerf ont la même chronaxie, mais les substances curarisantes empêchent toute action de l'un sur l'autre en amenant une discordance dans cette synchronie.

Cette discordance peut être produite de diverses manières, exemples :

Augmentation de la chronaxie musculaire : curare.
Diminution de la chronaxie musculaire : vératrine.
Diminution de la chronaxie nerveuse : strychnine.

L'auteur relate ensuite ses propres expériences. Avec l'isobromyl la chronaxie tombe de plus d'un tiers en cinq minutes (solution à 5 p. 100). Avec l'isovalérylurée la chute est également brusque, mais ne se prolonge pas.

Synergies fonctionnelles et chronaxie en physiologie et en pathologie humaines. (G. BOURGUIGNON. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séance du 2 janv. 1924.) — L'auteur apporte une série d'observations pathologiques qui justifient la conclusion de ses travaux antérieurs, à savoir la conception de la division des extenseurs en extenseurs proprement dits et en *freins de la flexion* qui sont synergiques des fléchisseurs.

Examen critique d'un modèle de la conductibilité électrique des tissus vivants. (A. STROHL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1924, p. 77 à 85, avec 2 fig.) — On peut considérer le corps humain comme assimilable au point de vue électrique à deux résistances ohmiques placées en série, l'une de celles-ci étant shuntée par un condensateur. L'auteur montre que, si l'on admet que la résistance shuntée décroît avec la durée de passage et l'intensité du courant, on peut arriver ainsi à expliquer la plupart des faits qui caractérisent la conductibilité des tissus, variation avec la durée du courant, variation avec l'intensité, avec la surface des électrodes, etc.

Quant à la nature de la variation de cette résistance, on ne peut à présent que faire des hypothèses, mais il est probable que la diffusion progressive du courant dans l'organisme en est un des facteurs.

Modification instrumentale pour simplifier la recherche de la chronaxie. (STROHL, DELHERM et LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1924, p. 138.) — Modifications concernant le montage de l'égersimètre, permettant de se mettre dans les conditions optima pour la précision des mesures. Avec leur nouveau montage les auteurs ont trouvé que les mesures demandaient moins de peine et étaient beaucoup plus rapides. On évite, en effet, le temps consistant à lire le voltmètre et à établir en tâtonnant le voltage double, puis le temps consistant à revenir en tâtonnant au voltage simple.

Caractères graphiques des excitations tétanisantes dans un cas de myasthénie. (A. STROHL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1924, p. 111.) — Malade dont les chronaxies étaient sensiblement normales. Les myogrammes obtenus en provoquant des contractions tétaniques de huit à dix secondes de durée, avec des repos de trois à quatre secondes, montrent que les contractions, fortes au début, diminuent rapidement. La courbe ne présente pas un plateau ; après être arrivée à son maximum elle commence à baisser très rapidement. Après quelques excitations, la courbe devient très accidentée, présentant des clochers séparés par des dépressions profondes.

Présentation d'un porte-électrode pour la recherche de la chronaxie. (LAQUERRIÈRE, STROHL et DELHERM. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1924, p. 109.) — L'avantage de cet appareil est de maintenir, dans les examens prolongés, le tampon exactement à la même place et de pouvoir régler facilement la pression grâce au ressort du dynamomètre.

II. SYSTÈME NERVEUX

Le traitement de la paralysie infantile doit être organisé méthodiquement. (P. NOBÉCOURT et P. DUHEM. *Presse méd.*, 5 mars 1924, p. 201 et 202.) — Revue générale du traitement

par les agents physiques de la poliomyélite aiguë de l'enfant. Ce traitement consiste en hydrothérapie chaude, électrothérapie et radiothérapie.

En ce qui concerne l'*électrothérapie*, les auteurs ont surtout recours à la diathermie qui doit être appliquée le plus tôt possible. Les applications seront surveillées de très près pour éviter les brûlures : électrodes nues aussi vastes que possible, contact parfait avec l'épiderme. Séances trois à quatre fois par semaine avec une intensité qui varie entre 500 et 1.500 milliampères.

Lorsque, sous l'influence de la diathermie, la circulation s'est rétablie, on pratique la galvanisation et la gymnastique musculaire électrique. On aura soin de prendre pour guides les données de l'électrodiagnostic.

Séquelles de poliomyélite traitées par la galvanisation. (HIRTZ. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1923, p. 253.) — L'auteur apporte trois observations de militaires traités par la galvanisation transversale. Intensité, 200 à 300 milliampères. Trois séances de quarante-cinq minutes par semaine. Ces trois cas ont été très améliorés.

Quelques résultats éloignés du traitement électrothérapique du goitre exophtalmique. (BONNEFOY. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1924, p. 25 et 26.) — Trois cas où la guérison complète, obtenue par l'électrothérapie seule, se maintient depuis de longues années.

Les deux premières malades ont été traitées par le lit condensateur, l'une en 1909, l'autre en 1912. La troisième malade a été soignée par soixante-quinze séances de courant galvanique. Toutes trois sont en excellente santé en 1923.

Diplégie faciale. (GIEN et PONS. *Gaz. des hôpit.*, 1924, nos 20 et 22.) — Revue générale dans laquelle les auteurs rappellent le rôle que jouent l'électrodiagnostic et l'électrothérapie dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de la diplégie faciale. Ce rôle est le même que dans la paralysie faciale unilatérale.

De la valeur comparative de l'électrothérapie et des autres procédés thérapeutiques utilisés dans le goitre exophtalmique. (Yves HÉLIE. *Th. de Paris*, 1924.) — Bien avant l'avènement de la radiothérapie, l'électrothérapie a donné des résultats remarquables dans le traitement du goitre et ne mérite pas le quasi-abandon dans lequel elle est tombée.

L'auteur rappelle les différentes modalités du traitement électrothérapique : *traitement général* par le lit condensateur, le bain statique, etc. ; *traitement local* par la faradisation ou méthode de Vigouroux, la galvanisation pure dont la technique générale est bien connue, enfin la galvano-faradisation préconisée par Delherm et Laquerrière.

On peut, du reste, associer la radiothérapie et l'électrothérapie comme le font avec raison différents auteurs.

Cette thèse contient trente observations détaillées.

Paralysie faciale ancienne non traitée électriquement et suivie de contracture. (DELHERM et GRUNSPAN DE BRANCAS. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1924, p. 49.) — Observation d'une femme venant consulter pour rigidité de la joue gauche et ayant été atteinte, dix mois auparavant, d'une paralysie faciale qui n'a jamais été électrisée. Réactions électriques normales; contracture marquée. On pratique l'ionisation KI, séances de dix minutes tous les deux jours avec 10 milliampères. Après vingt-neuf séances, guérison à peu près complète. Cette observation démontre l'efficacité et l'*innocuité* du traitement électrique, même à la période de contracture.

Discussion sur le traitement de la poliomyélite. (BOURGUIGNON. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1923, p. 259.) — L'auteur s'abstient de faire de la radiothérapie sur les moelles jeunes car son innocuité n'est pas démontrée.

Bourguignon applique le courant continu de la façon suivante : pôle négatif imbibé d'une solution de 1 p. 100 KI sur la lésion médullaire, pôle positif à l'extrémité, 4 à 5 milliampères, séance de vingt-cinq minutes. Ensuite galvanisation des membres.

Aucune excitation tant que les lésions sont en évolution. Electrodiagnostic complet tous les six mois. L'auteur repousse l'excitation en masse et s'en tient strictement à l'excitation localisée.

Dans la phase terminale il faut tous les six mois environ faire un mois d'excitations pour maintenir les muscles en bon état de fonctionnement et corriger les attitudes vicieuses qui ont tendance à se reproduire.

Quelques considérations sur les côtes cervicales. (André LÉRI *Presse méd.*, 1er nov. 1924, p. 857, avec fig.) — L'auteur distingue :

1° Des hypertrophies transversaires;
2° Des côtes cervicales « capitulaires »;
3° Des côtes cervicales « tuberculaires »;
4° Des côtes cervicales « mixtes ».

Au point de vue clinique, les côtes cervicales peuvent être rangées en deux groupes : les côtes longues et les côtes courtes.

Le plus souvent, les symptômes nerveux dus à une côte cervicale se rencontrent dans le territoire du plexus brachial inférieur. Ces signes consistent en phénomènes, soit sensitifs, soit moteurs, soit trophiques.

L'auteur cite des exemples et arrive à ces conclusions : « Ainsi les côtes courtes, au sens où nous les avons comprises, se manifestent par des troubles radiculaires inférieurs, les côtes longues par des troubles radiculaires supérieurs ou à la fois supérieurs et inférieurs. »

Du traitement des paralysies périphériques par la radiothérapie combinée à la galvanothérapie. (CONSTANTIN. *Soc. méd. de Toulouse*, 5 nov. 1924.) — L'auteur apporte trois observations où les résultats par ce traitement combiné ont été excellents : 1° polynévrite postdiphtérique avec paraplégie, R D complète, guérison en un mois; 2° deux cas de paralysie faciale avec R D partielle, guérison en deux mois.

Traitement électrique efficace dans un cas de névrite par côte surnuméraire. (A. LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1924, p. 206 à 211, avec fig.) — Jeune fille de vingt ans souffrant depuis longtemps du membre supérieur droit et présentant de l'atrophie de l'éminence thénar avec troubles des réactions électriques. La radiographie a montré l'existence d'une côte cervicale.

Traitement : courant galvanique, pôle positif sur l'éminence thénar, pôle négatif imbibé d'iodure de potassium sur la côte cervicale; durée trente minutes avec 15 à 25 milliampères ; dix-sept séances amènent la disparition des douleurs. Cinq mois après le résultat se maintient très bon.

Traitement de l'insomnie par la douche statique. (PASTEUR. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1924, p. 129.) — La douche statique n'a, d'après l'auteur, aucune contre-indication. Les premières séances peuvent causer un peu de fatigue. Chez vingt-cinq malades présentant, outre l'insomnie, divers troubles, elle a procuré une diminution de l'émotivité, de l'irritabilité, une sensation d'euphorie avec amélioration de l'état général. Un sommeil nocturne, calme et réparateur, reparaissait en même temps.

A propos du traitement de l'insomnie. (J. LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, oct. 1924, p. 212-213.) — Malade de trente-sept ans qui vient consulter parce qu'elle ne dort pas. En ménopause depuis six mois, à la suite d'un traitement radiothérapique pour fibrome, cette malade est atteinte également de Basedow fruste. Or, après cinq séances de franklinisation, le sommeil n'est pas reparu. On fait alors, en plus de la statique, une séance de galvanisation sur le corps thyroïde, durée douze minutes, 15 à 18 milliampères. Après deux séances la malade déclare avoir reposé deux nuits de suite sans prendre d'hypnotiques. En tout dix séances de galvanisation. Cette malade, revue trois mois après, continuait à être plus calme et à dormir. Cette observation montre que si la douche statique est un excellent traitement de l'insomnie, il se trouve des cas où, même chez les nerveux, cette thérapeutique ne suffit pas.

L'action de la galvano-faradisation jugée par le métabolisme basal. (DELHERM. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1924, p. 254.) — Quinze malades,

tous basedowiens typiques, quoiqu'à des degrés divers, sur lesquels le métabolisme basal a été pris avec beaucoup de soin, ont été traités par la galvano-faradisation : un pôle à la nuque, un pôle sur le goitre, séance de vingt minutes trois fois par semaine. Onze malades ont eu leur métabolisme très diminué, quatre n'ont pas bénéficié du traitement et leur métabolisme ne s'est pas modifié.

On peut donc, grâce au métabolisme, prévoir la tournure favorable ou non que prendra la maladie.

III. APPAREIL DIGESTIF

A propos du lavement électrique. (L. DELHERM, GRUNSPAN DE BRANCAS et MOREL-KAHN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1924, p. 152.) — Les auteurs confirment la valeur des signes favorables ou défavorables énumérés par les classiques, estiment que la seule contre-indication formelle est la présence d'une collection inflammatoire et insistent sur la nécessité de ne pas considérer systématiqu ment le lavement électrique comme devant donner des résultats instantanés.

Un cas de rétrécissement du rectum amélioré par les courants de haute fréquence. (J. LOUBIER. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1924, p. 171.) — Rétrécissement traumatique avec fistule traité d'abord par la dilatation, puis par des applications intrarectales de haute fréquence avec des bougies de Hégar (n° 14, puis plus grosses) et plus tard avec la grosse électrode Vignal.

Ce procédé, moins douloureux que la dilatation, a été efficace quand celle-ci ne l'était plus, a fait disparaître à peu près complètement la suppuration et a permis d'espacer tellement les séances que deux seulement furent pratiquées dans le premier semestre de 1924.

Deux cas de rétrécissement de l'œsophage traités par l'électrolyse. (DELOBEL et D'HALLUIN. *Journ. des sciences méd. de Lille*, 5 août 1924.) — Deux observations de rétrécissement de l'œsophage traités avec succès par l'électrolyse.

La technique était la suivante : le malade était assis sur une large électrode indifférente et la sonde était introduite au niveau du rétrécissement et reliée au pôle négatif. Intensité 5 à 10 mili-ampères. On ramène à zéro et on recommence l'opération avec une sonde d'un calibre supérieur. Durée totale de la séance d'électrolyse : quinze minutes. Quelques séances à huit jours d'intervalle, puis une par mois ensuite.

La diathermie. Son mode d'emploi et ses indications dans certaines affections de l'abdomen. (L. DELHERM et GRUNSPAN DE BRANCAS. *Journ. de thérap.*, juillet 1924.) — Revue générale dans laquelle les auteurs étudient le mode d'action de la diathermie, l'appareillage, la technique et les applications. Parmi les principales indications on note les gastralgies nerveuses, les dyspepsies par atonie, les épiploïtes, les brides péritonéales, etc. La diathermie a également des indications nettes en gynécologie, mais les lésions inflammatoires des annexes sont des contre-indications absolues.

Constipation et électrothérapie. (L. DELHERM et A. LAQUERRIÈRE. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juin 1924, p. 470-489.) — Les traitements électriques ont surtout pour but une réadaptation fonctionnelle, une rééducation de l'intestin.

On doit considérer les constipations dites *idiopathiques* et les constipations *symptomatiques* :

1° *Constipations idiopathiques.* — Il faut distinguer la constipation gauche et la constipation droite. Contre cette dernière les auteurs donnent la preférence au courant voltaïque constant auquel on peut ajouter la diathermie et le bain de lumière sur le ventre;

2° *Constipations symptomatiques..* — On traitera également la cause de la constipation : affections gynécologiques ou prostatiques. Chez les constipés présentant un état névropathique marqué on ajoutera au traitement local un traitement général par la statique ou la haute fréquence. Enfin, chez les fissuraires et les hémorroïdaires on appliquera la haute fréquence intrarectale.

IV. APPAREIL CIRCULATOIRE

Syndrome de Raynaud et diathermie. (VIGNAL. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, fév. 1924, p. 62.) — Observation d'une femme de vingt-huit ans atteinte depuis plusieurs années d'asphyxie symétrique des extrémités et présentant en même temps une apathie physique et intellectuelle, de la tendance aux lipothymies et une pression sanguine très diminuée. Le traitement a consisté en diathermie, un pôle aux deux mains, l'autre aux deux pieds, suivie de frictions hertziennes sur la colonne vertébrale. En 15 séances : relèvement de la pression sanguine, guérison de l'état local et disparition des phénomènes généraux. Revue dix mois après la cessation du traitement, la jeune femme est en excellente santé.

Applications médicales de la d'arsonvalisation. Thermopénétration. (NEMOURS-AUGUSTE. *Presse méd.*, 13 août 1924.) — Article de vulgarisation.

De la diathermie dans le traitement de la claudication intermittente d'origine artérielle. (Jean RŒSER. *Th. de Paris*, 1924, Editions médicales.) — Dans la claudication intermittente d'origine artérielle, les traitements médicaux et chirurgicaux n'ont pas donné de succès bien nets.

La diathermie qui, d'après l'auteur, n'a pas de contre-indications, a donné, dans cinq observations qu'il rapporte, des résultats très encourageants. Il est vraisemblable qu'elle agit par vaso-dilatation et réchauffement des territoires artériels ischémies. De fait sous l'influence de la thermo-pénétration, les douleurs disparaissent, la sensation de froid aux extrémités s'émousse et la chaleur normale revient peu à peu dans le membre malade.

La durée des séances est de trente minutes et il faut en général 20 séances pour obtenir un résultat durable.

Des bons effets de la diathermie dans la claudication intermittente. (Camille LIAN et Paul DESCOUST. *Presse méd.*, 22 oct. 1924, p. 833.) — Cinq observations avec trois succès et deux insuccès. Dans ces deux derniers il s'agissait d'oblitération artérielle, Il faut donc entreprendre le traitement par la diathermie avant que la circulation ne soit par trop précaire et lorsqu'il existe encore des oscillations appréciables.

V. DERMATOSES

Un cas de sclérodermie traité par l'ionisation à l'iodure de potassium. (JEAN. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1923, p. 267.) — Malade atteinte d'une plaque de sclérodermie à la face antérieure de la cuisse. L'opothérapie thyroïdienne n'ayant eu aucun effet sur cette plaque, l'auteur fit des séances d'ionisation d'iodure de potassium. Ce traitement améliora considérablement la sclérodermie.

La diathermie dans le lupus vulgaire. (MILNER., *Brit. med., journ.*, n° 3294, 16 fév. 1924, p. 279.) — La technique est la suivante : malade couché sur le lit condensateur, l'opérateur se sert d'une électrode ressemblant à une grosse aiguille mise à la terre. La lésion est d'abord entourée d'un cercle d'étincelles dans toute sa périphérie, puis cautérisée entièrement. On recouvre ensuite d'une pommade au zinc et au bismuth. Une séance suffit parfois, mais on est souvent obligé d'en pratiquer une deuxième ou une troisième.

Les résultats sont très favorables dans le lupus vulgaire, mais non dans les cas où il y a une affection tuberculeuse des muqueuses surajoutée.

Résultats éloignés du traitement de quelques épithéliomas de la face par l'électrolyse. (DELHERM et G. DE BRANCAS. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mars 1924, p. 71.) — L'électrolyse négative est le traitement de choix des petits épithéliomas de la peau bien limités. Elle fait disparaître la masse néoplasique et constitue autour et au-dessous d'elle une zone de barrage formée par du tissu cicatriciel souple sur lequel les cellules néoplasiques ne peuvent ni essaimer, ni vivre.

Les auteurs rappellent que la méthode ne nécessite qu'une


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
René Vincent

simple batterie galvanique et rapportent quatre cas guéris depuis trois ans.

Discussion. — M. Belot estime que l'électrolyse est un excellent procédé, il stimule le stroma et il faut le différencier nettement des pointes de feu, des caustiques et de la diathermie.

Traitement des cicatrices chéloïdiennes, vicieuses ou adhérentes et de leurs conséquences par l'ionisation d'iode. (G. Bourguignon. *Paris méd.*, 20 déc. 1924.) — Il y a différents points de technique qu'il faut connaître. L'électrode négative doit épouser la forme exacte de la lésion à traiter et être imbibée d'une solution d'iodure de 1 p. 100 dans l'eau distillée. Le courant doit être localisé au foyer cicatriciel; les deux électrodes doivent donc être placées aussi près possible l'une de l'autre. L'intensité oscillera entre 10-20 milliampères, la durée de la séance sera de trente minutes. Quinze séances mensuelles coupées par des intervalles de repos de deux à trois semaines.

Toutes les cicatrices vicieuses, quelles qu'elles soient sont améliorables par l'ionisation. Il n'y a pas de contre-indication, mais pour obtenir un résultat, il faut de la patience et pratiquer un traitement long. Il faut savoir aussi que les résultats sont toujours meilleurs lorsqu'on a affaire à des cicatrices vierges de tout traitement.

VI. ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Réflexions au sujet de deux cas d'amenorrhée traités par l'électricité. (A. Laquerrière. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juin 1924 p. 161 à 166.) — A propos de deux cas qu'il rapporte, l'auteur fait quelques réflexions. Le pôle négatif du courant continu et le bain statique sont des emménagogues ; quand il y a atrophie du système génital, les résultats sont aléatoires, mais il est indispensable de prolonger le traitement. Chez une des malades qui présentait de l'atrésie consécutive à une application caustique, les applications intra-utérines ont fait réapparaître les règles au bout de neuf ans et demi d'amenorrhée.

Pour l'utérus, il ne paraît pas y avoir intérêt à faire de la dilatation électrique et la simple galvanocaustie négative suffit à rétablir la perméabilité utérine.

Il faut se méfier d'une grossesse au début et ne traiter l'amenorrhée que chez une malade que l'on connaît.

MM. Delherm et Bourguignon, au cours de la discussion, déclarent que dans certains cas, ils ont vu le courant continu, en applications abdomino-lombaires, à haute intensité, vingt minutes, trois fois par semaine, rétablir le cours normal des règles.

La diathermie en urologie. (H. W. E. Walther et C.-L. Peacock. *Journ. of. Amer. méd. Assoc.*, 11 oct. 1924, p. 1142.) — Relation de 73 cas d'affections des voies urinaires traitées par la diathermie : tumeurs, affections gonococciques, etc.

Les limites de l'électro-coagulation vésicale. (Legueu. *Progrès méd.* 1924, 26 avril, p. 264.) L'auteur rappelle la technique de l'électro-coagulation, il conseille de faire une intensité de 300 milliampères et de faire des séances tous les vingt jours. Trois séances sont nécessaires pour détruire une tumeur du volume d'une noisette.

L'électro-coagulation reste en principe la méthode de choix de toutes les tumeurs bénignes.

Les tumeurs de gros volume seront cultivées chirurgicalement.

Un cas d'impuissance sexuelle traité par la Franklinisation. (Laquerrière. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1924 p. 182.) Il s'agissait dans ce cas, non d'impuissance véritable mais d'hyperexcitabilité nerveuse avec surmenage. C'est pourquoi, au lieu de la galvanisation ascendante du rachis, le traitement consiste en Franklinisation. Au bout de 7 séances, l'amélioration commença à se dessiner et au bout de 20 séances les troubles nerveux avaient disparu et le coït redevenu à peu près normal.

Du traitement des troubles douloureux des organes génitaux de la femme par l'ionisation salicylée. (Laquerrière. *Bull. off. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, déc. 1924 p. 262.) Observation d'une malade de trente trois ans atteinte de salpingite droite et à laquelle on avait conseillé l'opération. Des applications vaginales d'ionisation salicylée (2 p. 100), 50 milliampères, durée dix minutes, trois fois par semaine ont procuré une amélioration considérable et peut-être la guérison, des troubles douloureux et de la lésion anatomique chez cette malade qui était condamnée à une castration unilatérale.

Il faut se rappeler que les applications négatives du courant continu sont congestionnantes et doivent être évitées lorsqu'on craint les hémorragies.

Notions sommaires d'électrothérapie gynécologiques. Modes d'action. Technique. (A. Laquerrière. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, juillet 1924, p. 312-323.) — Dans ce travail très documenté, l'auteur qui a trente années de pratique gynécologique, fait l'exposé des procédés les plus simples, les plus commodes et qui ont le mieux fait leurs preuves.

Les applications générales sont : la statique, emménagogue (surtout avec des étincelles sur le segment inférieur du corps), la haute fréquence, emmenagogue, la méthode de Bergonié, emmenagogue (au moins chez les obèses).

Les applications locales sont : la foradisation monopolaire ou bipolaire et le courant continu.

La faradisation monopolaire à interruptions espacées en séance de trois minutes, est hémostatique; à interruptions rapides est analgésique en séances de cinq à dix minutes, est emmenagogue en séances de vingt à trente minutes.

L'application de courant continu est vaginale ou intra-utérine. En application monopolaire négative on a une action congestionnante (emmenagogue). En application monopolaire positive : action analgésique, hémostatique.

Après les indications, l'auteur passe en revne la technique des applications vaginales et intra-utérines.

Un cas de vomissement de la grossesse. (Laquerrière. *Bull. de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, janv. 1924, p. 29.) — Observation d'une femme qui a déjà eu deux grossesses accompagnées de vomissements depuis le deuxième mois jusqu'à la délivrance. Au deuxième mois d'une nouvelle grossesse, les vomissements se produisent après chaque repas. Cette femme est traitée suivant la méthode d'Apostoli : galvanisation des deux pneumogastriques au cou avec augmentation brusque et violente de l'intensité à chaque menace de vomissement, pendant l'alimentation. Guérison en quatre jours; la grossesse arrive à terme sans aucun vomissement. D'après l'auteur cette méthode, déjà ancienne, est trop oubliée. Au cours de la *discussion*, M. Cottenot dit avoir essayé ce traitement sans résultat, mais il s'agissait de tabès frustes. M. Delherm confirme les bons résultats obtenu par la galvanisation des pneumogastriques et cite des observations. M. Bouchacourt regrette que les accoucheurs semblent ignorer ce traitement électrique des vomissements incohercibles.

VII. NÉOPLASMES

La diathermie dans les cancers de la langue et du pharynx. (Norman Patterson. *Brit. méd. journ.*, n° 3263, p. 56.) — Depuis huit ans, l'auteur a employé la diathermo-coagulation dans le traitement des cancers bucco-pharyngés; le plus souvent les cas étaient dans un état avancé avec envahissement ganglionnaire.

Les tumeurs petites, superficielles, avec peu ou pas d'envahissement ganglionnaire donnent lieu à des résultats favorables et durables. L'auteur est actuellement partisan du traitement par la diathermie dès le début, dès que le diagnostic est posé, sans renoncer à l'évidement ganglionnaire qui est capital et sans lequel le résultat de la diathermo-coagulation ne serait que palliatif.

L'auteur rapporte 17 observations dont la majorité des cas étaient jugés inopérables.

Sur un cas de cancer du col utérin traité par la diathermie. (H. Bordier et G. Bouchet. *Arch. d'électricité méd. et de physioth. du cancer*, juillet 1924, p. 198.) — Malade de soixante ans, atteinte d'épithélioma du col utérin, traitée par la diathermo-coagulation et les rayons X (paramètre).

Technique de la diathermie : électrode à disque, à un pôle, deux électrodes, l'une lombo-fessière, l'autre abdominale réunies à l'autre pôle. Interrupteur à pédale. Intensité : 800 milli-

ampères. La durée du passage du courant est de vingt à trente secondes pour chaque partie ulcérée du col.

Résultats : huit mois après la première application, il n'existe plus d'ulcération ni de perte d'aucune sorte ; le col est recouvert d'un tissu cicatriciel, l'état général de la malade s'est relevé au point qu'elle a engraissé de 6 kilos.

VIII. DIVERS

L'ion des solutions électrolytiques d'après les théories modernes. (A. LAQUERRIÈRE. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, mars 1924, p. 107.)

Quelques remarques à propos des solutions électrolytiques et de l'introduction médicamenteuse. (LAQUERRIÈRE. *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, avril 1924, p. 104.) — L'auteur résume les théories modernes sur l'origine de la charge électrique de l'ion et sur la différence entre les corps non électrolytes de la chimie inorganique et les corps non électrolytes de la chimie organique.

Puis, rappelant, que d'après Perrin, les diamètres des divers atomes sont certainement inférieurs au cent millième, peut-être au millionième de millimètre, Laquerrière estime bien hasardé d'accepter comme un dogme que la pénétration dans l'organisme se fait uniquement par les orifices des glandes cutanées. Il est pour lui plus vraisemblable que la pénétration se fait par toute l'étendue de la peau avec maximum au niveau des glandes.

Entorse et électrothérapie. (LAQUERRIÈRE. *Bull. et Mém. de la Soc. de méd. de Paris*, avril 1924.) — Le traitement électrique de l'entorse, trop oublié, consiste en faradisation tétanisante d'un côté à l'autre de l'articulation. Ce procédé thérapeutique donne des résultats remarquables s'il est appliqué de bonne heure.

Une autre condition pour le succès de la méthode est l'intégrité du système osseux dont il faut se rendre compte par la radiographie.

L'auteur rapporte deux cas d'entorse qui, traités tous les deux le lendemain de l'accident, ont guéri en 4 et 6 séances.

Nouvelle note à propos de l'électrolyse médicamenteuse. (LAQUERRIÈRE, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, juillet 1924, p. 191.) — L'eau distillée est théoriquement un isolant parfait, mais il est difficile de trouver de l'eau distillée pure et il y a, en général, dans les solutions bien d'autres ions que ceux du médicament.

Les électrodes contiennent elles aussi des ions parasites.

Le bain électrode est à rejeter car le courant, comme en témoigne la méthode des ions colorés, passe exclusivement au voisinage de la surface du liquide et non comme on le croit communément, par la totalité des téguments immergés.

L'électro-radiologie et la physiothérapie en 1923. (A. ZIMMERN. *La médecine*, juin 1924, p. 661 à 671.) — Revue générale dans laquelle l'auteur signale les nouveaux progrès de l'appareillage en radiothérapie, progrès qui permettent d'espérer que dans un avenir prochain la lutte contre la marche envahissante du cancer sera plus efficace.

Il termine en rappelant les acquisitions récentes en électrologie.

Que reste-t-il de l'ancienne conception de la cataphorèse? (A. LAQUERRIÈRE, *Bull. officiel de la Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, mai 1924, p. 130.) — Les grains colloïdaux prennent des charges électriques par rapport au liquide qui les contient ; cette charge est souvent négative ; les grains sont attirés vers le pôle positif, ce qui constitue l'électrophorèse, que certains physiciens appellent encore à tort la cataphorèse.

Si ces grains sont arrêtés par une membrane de séparation, c'est l'eau qui allant vers eux se dirige vers le négatif. De même les membranes de séparation prenant des charges aux dépens des électrolytes jouent le rôle de grains colloïdaux et occasionnent le déplacement de l'eau vers le négatif, si elles ont pris une charge négative. Dans les deux cas, il y a électro-endosmose.

En somme, grains colloïdaux et membranes de séparation peuvent apporter des troubles au passage du courant.

Traitement des gangrènes diabétiques humides par la diathermie. (CLUZER, BADIN, CHEVALLIER. *Lyon méd.*, 16 mars 1924 et 26 oct. 1924 ; *Bull. de l'Acad. de méd.*, 7 oct. 1924.) — Les auteurs ont guéri par la diathermie six cas de gangrène humide. La guérison eut lieu en moyenne en 15 séances faites 3 fois, puis 2 fois par semaine, applications de trente minutes avec une intensité de 1.250 milli-ampères. Ces cas sont intéressants car ils montrent qu'on possède dans la diathermie un moyen thérapeutique d'une efficacité incontestable contre une affection où aucun autre procédé ne donnait de résultats appréciables.

Les applications médicales de haute fréquence en oto-rhino-laryngologie. (Robert LEROUX. *Ann. des mal. de l'oreille*, févr. 1924.) — Le domaine des applications de la haute fréquence est vaste en oto-rhino-laryngologie.

Certaines affections comme la laryngite chronique, la tuberculose laryngée, le catarrhe tubaire, les otites sèches, sont traitées par la diathermie ; d'autres comme les affections cutanées nasales bénéficieront de l'étincelage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 8 AVRIL 1925)

Etude expérimentale des injections intraveineuses d'huile chez le lapin. — MM. G. CAUSSADE, A. TARDIEU et A. GRIGAUT pensent que l'huile d'olive lavée, injectée par la voie veineuse est susceptible de déterminer la sclérose pulmonaire.

Les expériences des auteurs leur permettent de conclure que l'huile d'olive lavée soigneusement, véhicule justement apprécié de nos jours pour l'administration de nombreux médicaments (vaccins antiseptiques) est impuissante à elle seule à provoquer de la sclérose pulmonaire. Cette lésion est donc imputable non à l'huile mais au produit qui lui est ajouté.

L'erreur de l'opposition au citrate de soude dans la transfusion sanguine. — M. Georges ROSENTHAL.

Le traitement de la tétanie infantile par les médications acidosantes. — MM. Ch. O. GUILLAUMIN et R. A. TURPIN ont étudiée l'action du chlorure de calcium ou d'ammonium dans des cas de tétanie infantile : c'est en modifiant le taux de l'ion calcium par l'intermédiaire des variations de l'équilibre acides-bases du sang que le chlorure de calcium exerce son action immédiate sur les tétanies infantiles et parathyréoprive.

(SÉANCE DU 13 MAI 1925)

Calcul de probabilité des risques d'une transfusion sans examen préalable des sangs. — M. P. GALLOIS pose la question si en cas d'urgence on est autorisé à pratiquer une transfusion sans rechercher les groupes sanguins auxquels appartiennent le récepteur et le donneur, après avoir évalué le risque que l'on fait courir au malade en lui transposant un sang quelconque.

Il conclut : en faisant une transfusion sans examen préalable des sangs on a environ trois chances d'avoir un résultat favorable contre un d'avoir des accidents. C'est à l'opérateur de voir, dans un cas donné, si l'état du malade est assez grave pour lui faire courir ce risque.

Sécurité dans la transfusion d'urgence. — M. Georges ROSENTHAL devant la variabilité des groupes sanguins pose la nécessité dans les cas d'urgence, pour éviter des accidents graves ou mortels, de faire toujours l'épreuve sur lame du mélange des sangs du receveur et des donneurs proposés.

Contribution à l'étude de l'acidité urinaire. — M. L. LEMATTE.

Variations des réactions à la médications protéinique (galactothérapie). — M. L. PRON (d'Alger).

QUESTION D'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONNIENNE [1]

Diagnostic étiologique. — C'est de beaucoup le problème le plus important, il se pose tout différemment suivant qu'il s'agit d'un traumatisé ou d'une malade.

I. **Chez le traumatisé.** — Après un traumatisme cranien, le meilleur guide pour le diagnostic est la date d'apparition de la première crise convulsive.

Si elle survient immédiatement ou quelques instants après le trauma, elle traduit une irritation du cortex déterminée par un enfoncement de la voûte cranienne, une esquille ou le projectile.

Quelques heures après le traumatisme, le blessé ayant présenté un intervalle lucide, l'apparition d'une crise Bravais-jacksonnienne doit immédiatement faire songer à l'hématome extra dure-mérien collecté dans la zone de Gérard-Marchant. On en recherchera les autres signes : parésie succédant à la convulsion, troubles oculaires, ralentissement du pouls, obnubilation. L'intervention doit être pratiquée d'urgence.

Quelques jours après le traumatisme, la crise Bravais-jacksonnienne peut traduire le début d'une méningite suppurée de pronostic toujours très sombre.

Enfin, après quelques semaines ou quelques mois, l'apparition d'une crise jacksonnienne peut être déterminée par des cicatrices névrogliques avec ou sans adhérences cortico-méningées, un cal exubérant, un abcès cérébral. Toutefois avant de conclure à une lésion organique, et d'intervenir il faut pouvoir affirmer qu'il ne s'agit pas d'une crise pithiatique chez un ancien blessé du crâne. Cet hystéro-traumatisme, réveillé ou non par une intoxication éthylique s'accompagne d'ailleurs très souvent d'un petit appoint organique.

II. **Chez le malade.** — La crise Bravais-jacksonnienne peut apparaître dans deux conditions bien différentes :

A. Ou bien elle vient surcharger une symptomatologie déjà riche, ayant permis de classer l'affection dans un des cadres nosologiques courants : elle n'est qu'un épiphénomène dont l'interprétation est relativement simple et d'intérêt restreint.

B. Ou bien le syndrome jacksonien représente la donnée clinique essentielle autour de laquelle gravitent quelques symptômes associés, l'interprétation judicieuse de l'ensemble conduisant à la synthèse diagnostique.

A. Ainsi l'origine de la crise Bravais-jacksonnienne est presque évidente lorsqu'elle survient au cours des affections suivantes :

a. AFFECTIONS NERVEUSES : 1. *Paralysie générale* : La crise Bravais-jacksonnienne indique simplement la prédominance des lésions de méningo encéphalite diffuse sur tel ou tel point du cortex.

Notons, cependant, qu'elle peut reconnaître chez un paralytique général deux autres étiologies : la pachyméningite hémmoragique et le ramollissement cortical.

2. *Certaines formes d'hémorragie ou de ramollissement corticaux*;

3. *D'hémiplégie spasmodique infantile* ;

4. *Les méningites aiguës ou subaiguës, les hémorragies méningées ou cortico-méningées.*

b. INTOXICATIONS. — L'épilepsie Bravais-jacksonnienne peut s'observer, quoique rarement, au cours de l'intoxication urémique, acétonémique, absinthique.

c. Enfin, au cours *de la maladie de Stokes-Adams*, on peut observer des crises convulsives partielles, traduisant la souffrance d'un territoire de la corticalité pendant le ralentissement du pouls.

Le diagnostic étiologique apparaît donc facile dans tous ces cas, mais, en pratique, la difficulté peut être plus grande qu'il ne semble : certaines de ces affections qui peuvent présenter au cours de leur évolution des crises convulsives partielles, peuvent faire parfois leur début clinique par une crise Bravais-jacksonnienne : c'est ainsi que commencent certaines formes de paralysie générale, de méningite cérébro-spinale épidémique, d'hémorragie méningée et d'urémie nerveuse.

B Bien plus intéressant est le problème à résoudre, en présence *d'un syndrome Jacksonnien isolé.*

L'étiologie essentielle est LA NÉOPLASIE CÉRÉBRALE, le terme néoplasie étant pris dans son sens le plus général, de tissu de nouvelle formation. Il faut rechercher systématiquement les divers signes du syndrome d'hypertension intracranienne, la céphalée atroce persistante, les vomissement cérébraux, les vertiges, les troubles sensoriels auditifs ou visuels, le ralentissement du pouls, et surtout acquérir la certitude de l'existence du syndrome d'hypertension cranienne par l'examen du fond d'œil qui révélera *la stase papillaire* et par la ponction lombaire qui permettra avec le manomètre de Claude, *de mesurer la pression du liquide céphalo-rachidien.*

D'ailleurs toutes les néoplasies cérébrales ne s'accompagnent pas d'un syndrome hypertensif, et ce fait est particulièrement vrai pour les néoplasies syphilitiques : une lésion limitée de la zone rolandique ou prérolandique ne donnera pendant longtemps pour tout symptôme que des crises Bravais-jacksonniennes.

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 46, p. 758, et n° 48, p. 790.

LIVRES NOUVEAUX

L'Année médicale pratique [4e année] (1), publiée sous la direction de C. LIAN, agrégé, médecin des hôpitaux. — Préface du professeur E. SERGENT.

Les médecins qui ne connaissent pas encore l'*Année médicale pratique* auront la grande satisfaction, en lisant ce volume (4e année), de constater combien il est agréable de trouver toutes les données nouvelles et pratiques exposées en 300 articles courts, classés par ordre alphabétique, et rédigés par des spécialistes pour chacune des branches de l'activité médicale (médecine, chirurgie, obstétrique, ophtalmologie, etc.). Ils se réjouiront également de rencontrer dans ce petit livre les notions nouvelles en législation médicale (lois, procès), ainsi que la liste de tous les médicaments, appareils et livres nouveaux.

Quant aux fidèles lecteurs de l'*Année médicale pratique*, ils apprendront avec plaisir par cette note la récente publication du volume qu'ils attendent chaque année avec une légitime impatience, car ils se sont nettement rendu compte qu'il est impossible de bien connaître et d'appliquer facilement les nouveautés médicales, si l'on n'a pas tous les ans sur son bureau le dernier volume de l'*Année médicale pratique*.

Nul doute que le 4e volume ne soit rapidement épuisé en librairie comme l'ont été ceux des trois années précédentes.

Formulaire thérapeutique (2), par G. LYON et P. LOISEAU, avec la collaboration de L. DELHERM et P.-E. LEVY.

Cette 13e édition enregistre les nouveaux progrès de la thérapeutique : négligeant les médicaments d'efficacité contestable et de vogue éphémère les auteurs n'ont relevé que le *sulfate de quinidine*, le *benzoate de benzyle*, et les diverses préparations de *bismuth* devenues d'un usage courant pour le traitement de la syphilis.

Le chapitre de l'opothérapie a été remanié de façon à donner au nouvel extrait pancréatique l'*insuline*, la place qu'il a conquise.

Enfin, deux importants chapitres nouveaux ont pris place dans la présente édition : l'un consacré aux *médications par le sang* comprenant la *transfusion*, *l'autohémothérapie*, *l'hétéro-hémothérapie*, *l'auto-sérothérapie*, *l'hétéro-sérothérapie* : l'autre consacré aux *médications anti-anaphylactiques et désensibilisantes*, *aux médications par le choc* et contre le choc. L. G.

(1) Un vol. in-16, 527 p., 11 fig. — Prix : 20 fr. — Edit. R. Lépine, 3, rue Vézelay.

(2) Un vol. in-8. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 2 FRANCS *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 31 août, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve clinique.* — Séance du 22 juin. — MM. Oberlin, 17 ; Michon, 14 ; Charrier, 16.

Séance du 23 juin. — MM. Moulonguet, 19 ; Gatellier, 10 ; Bloch (René), 14.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, qui acceptent ; Pinard, Chiray, Chabrol, Ramadier, Bazy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Diplôme d'hygiène* — A la suite de l'examen spécial de l'Institut d'hygiène de la Faculté de médecine de Paris, ont obtenu le diplôme d'hygiène : MM. Vogelin, Sterianos, Bethoux, Thouvenin, Montel, Capelin, Patay, Poublan, Vasselopoulos, Almazan, Papadopoulos, Marères, Martin Saint-Laurent, Foucaud de Fourcroy, Denis, Markakis, Naggiar, Skaliotis.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promu ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(Marine.) — *Au grade d'officier.* — M. le médecin principal Rideau.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de 1re classe Bersot, Chatrieux, Moreau, Palud, Guichard, Bondet de la Bernardie et Lapierre.

GUERRE. — CONCOURS POUR LA NOMINATION DE PROFESSEURS A L'ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Le concours annuel prévu par le décret du 7 mai 1908 et l'instruction du 15 juin 1909, pour la nomination aux emplois de professeurs adjoints à l'école d'application du service de santé des troupes coloniales, aura lieu à cette école, le 21 octobre 1925, dans les conditions indiquées par ladite instruction. (*J. O.*, 24 juin 1925.)

— M. le médecin principal de 1re classe Rouvillois, professeur à l'Ecole d'application du service de santé, est nommé sous-directeur de l'Ecole et médecin-chef de l'hôpital du Val-de-Grâce.

M. le médecin principal Sandras est nommé médecin-chef de l'hôpital de Belvédère à Tunis.

OUVERTURE DE LA SEMAINE MÉDICALE AMÉRICAINE DE PARIS. — L'inauguration solennelle de la semaine médicale américaine de Paris a eu lieu mardi matin dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Près de 500 médecins et chirurgiens formant la délégation des « Post Graduate » assistaient à cette cérémonie. Un grand nombre de dames accompagnaient nos confrères américains.

La séance était présidée par M. Edouard Herriot, président de la Chambre des députés. A ses côtés avaient pris place deux illustres chirurgiens américains, M. Ch. Mayo (de Rochester) et M. Peck (de Chicago). Le gouvernement était représenté par M. de Monzie, ministre de l'Instruction publique et M. Durafour, ministre de l'Hygiène. Dans l'hémicycle on remarquait le représentant de l'Ambassadeur américain ; le président du Conseil municipal de Paris ; M. Hanotaux, de l'Académie française, ancien ministre des Affaires étrangères ; M. Jusserand, ancien Ambassadeur de France à Washington ; M. Coville, directeur de l'enseignement supérieur ; M. Appell, recteur de l'Université de Paris ; M. le

doyen Roger; M. Tuffier, président du Comité d'organisation; M. de Martel, secrétaire général et la plupart des professeurs de la Faculté ainsi qu'un grand nombre de médecins et de chirurgiens des hôpitaux.

Après l'exécution de la *Marseillaise* par une musique militaire, M. de Monzie prit le premier la parole pour saluer les médecins américains, au nom du gouvernement. M. Durafour exposa ensuite aux congressistes le fonctionnement des services d'hygiène en France,

M. Jusserand prononça ensuite, en anglais, un speech plein d'humour. Les acclamations qui l'accueillirent montrent quelle popularité notre éminent ambassadeur a su acquérir en Amérique.

M. Ch. Mayo, dans un discours fréquemment interrompu par les applaudissements, dit la joie des Américains de se trouver au milieu de leurs confrères de France.

Son discours fut suivi de l'exécution de l'hymne américain religieusement écouté par l'assistance.

A M. le doyen revenait la charge d'exposer le fonctionnement de l'enseignement médical en France. Il le fit avec clarté et fut une fois de plus le bon ambassadeur de notre pays.

Enfin M Tuffier, acclamé par l'assistance, salua en anglais les délégués.

M. Herriot en clôturant la séance remit à M. Ch. Mayo, « en attendant mieux », le diplôme d'officier de l'Instruction publique.

Nous devons une mention spéciale à notre excellent confrère, le docteur Gros, médecin de l'hôpital américain de Neuilly, qui après chaque discours prononcé en français fit une traduction « express » pour ses compatriotes et contribua grandement à la chaleur et à la cordialité de ce premier contact.

En quittant la Faculté nos hôtes se rendirent à l'Arc-de-Triomphe accomplir un pieux pèlerinage à la tombe du soldat inconnu.

Dans l'après-midi, avant de se rendre à l'Hôtel de Ville où les accueillait le Conseil municipal de Paris, les confrères américains ont commencé leurs visites dans les services hospitaliers où ils étaient attendus.

ASSOCIATION STOMATOLOGIQUE INTERNATIONALE. — La délégation de l'Association stomatologique américaine est arrivée à Paris et a été reçue à la faculté de médecine par les groupements stomatologiques français et l'Association française des chirurgiens dentistes, En un banquet à l'Hôtel Lutétia ainsi que dans les réunions particulières ont été étudiés les moyens d'action pour répandre les idées stomatologiques que cette délégation se propose de propager au cours d'un voyage dans les diverses nations européennes.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUES DES MALADIES DE L'ENFANCE. (Hôpital des Enfants-Malades, 149, rue de Sèvres, et Hospice des Enfants-Assistés, 74, rue Denfert-Rochereau.) — *Enseignement de vacances (été 1925)*. — Des cours de revision et de perfectionnement auront lieu pendant les mois de juillet. août et septembre 1925, dans l'ordre suivant :

Hygiène et clinique de la première enfance. — Le cours de revision et de perfectionnement d'hygiène et de clinique de la première enfance aura lieu, sous la direction de M. le professeur Marfan, du jeudi 2 juillet au jeudi 23 juillet 1925, avec le concours de MM. Blechmann, Hallez et Turquety, anciens chefs de clinique; Pierre Vallery-Radot, chef de clinique; Jacques Florand et Lestoquoy, chefs de clinique adjoints; Dorlencourt, chef de laboratoire, et Roudinesco, assistant.

Il comprendra des exposés didactiques, des présentations de malades, des exercices techniques de clinique et de laboratoire.

Il commencera à l'hospice des Enfants-Assistés, le jeudi 2 juillet, à 9 heures du matin; aura lieu également l'après-midi, de 3 h. 1/2 à 5 h. 1/2 et sera terminé le 23 juillet.

Clinique médicale des enfants. — Le cours de clinique et de médecine des enfants aura lieu sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé, avec le concours de MM. les docteurs Babonneix, Milhit, Stévenin, Léon Tixier, médecins des hôpitaux; Nadal, Paraf, Mathieu, Janet et Pichon, chefs ou anciens chefs de clinique; Duhem, radiologiste des Enfants-Malades; Bidot, chef de laboratoire.

Il comprendra 36 leçons et démonstrations de clinique, de laboratoire, de radiologie et d'électrologie.

Il commencera à l'hôpital des Enfants-Malades, le vendredi 24 juillet 1925, à 9 heures le matin, et l'après-midi, de 16 à 18 heures. Il sera terminé le vendredi 14 août 1925.

Clinique chirurgicale infantile. — Le cours de clinique chirurgicale infantile et orthopédie aura lieu sous la direction de M. le professeur Ombrédanne, avec le concours de MM. les docteurs Wilmoth et Huc, chefs de clinique, sur les affections chirurgicales et ostéo-articulaires de l'enfant.

Il comprendra 24 leçons et des examens de malades.

Il commencera le mardi 1er septembre 1925 et sera terminé le lundi 28 septembre 1925.

Admission aux cours de révision et de perfectionnement.

Sont admis aux cours de révision et de perfectionnement les étudiants et médecins français et étrangers, sur la présentation de la quittance du versement d'un droit de 150 francs pour chaque cours.

Les bulletins de versement du droit sont délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Mardi 30 juin. — Jury : MM. Menetrier, président; J. Faure, Carnot et Auvray. — M. CHAPAUT (G.). Les moyens de protection à utiliser en radiologie. — M. BRENNAN (P.). Traitement de l'hémophilie par injections intraveineuses. — M. GALLOIS (P.). Etude de l'endocardite maligne. — M. TROYAUX (M.). Artérite et gangrène syphilitique des membres. — M. SUAU. Variations du métabolisme basal au cours du pneumothorax thérapeutique. — M. CARASSO (M.). Augustin Belloste (1654-1730). — M. DANDINIAN, La cryothérapie dans les métrites.

Jury : MM. Marfan, président; Nicolas, Jeanselme et Guillain. — M. BAILLARGEAT (L.). Variations associées du rachis. — M. EVRAIN. Etude clinique des troubles angioneurotiques chez le nourrisson. — M. LEHMANS. Etude de la gangrène de la peau (première enfance). — M. BARTMAN (J.). Etude du lupus pernis. — M. LEMOINE (J.). Traitement de la syphilis par voie buccale (nouveau composé arsénical). — M. MINITCH. Etude de la tuberculose de la verge. — M. MATHIEU (P.). Etude clinique des syndromes anémiques de la moelle avec urémie.

Jury : MM. Gilbert, président; Achard, Bezançon et Claude. — M. VERNY, Etude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. — M. BONNAY (R.). Etude des cirrhoses alcooliques hypertrophiques. — Mlle RICHARD. Etude de la pleurésie à gonocoques. — Mlle CURTIL. Etude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire. — M. VUILLEMARD (P.). Les antécédents des pleurésies. — M. BIZETTE. Des contre-indications d'ordre rénal chez les cardiaques. — M. PAVLOVITCH (A.). Le somnifène en injection intraveineuse.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Lejars, président; Cunéo, Bourdelle, Barrier, Coquot et Nicolas. — M. MONTEL. De la cautérisation ignée. — M. PETIT. Recherches sur la myologie de la région jambière.

Mercredi 1er juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Couvelaire, président; Menetrier, Dechambre, Nicolas, Moussu et Robin. — M. BERCOFF. Etude sur la fièvre vitulaire. — M. DESCAMPEAUX. Du rôle des vétérinaires ruraux dans le progrès de la production animale.

XXIXe CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

Le XXIXe Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française s'est tenu à Paris, du 28 mai au 1er juin 1925, à la Faculté de Médecine de Paris. Le congrès était présidé par le docteur Anglade, médecin en chef de l'asile des aliénés de Château-Picon, à Bordeaux. Le vice-président était le docteur René Semelaigne (de Paris), le secrétaire général le docteur J. M. Dupain, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine.

La séance d'ouverture du Congrès s'est tenue au grand amphithéâtre de la Faculté, sous la présidence de M. Justin Godart, ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales.

L'intérêt des questions mises à l'étude, l'autorité des rapporteurs, le grand nombre des communications et des discussions suscitées par ces rapports ont assuré au Congrès, cette année, un succès exceptionnel.

PREMIER RAPPORT : Psychiatrie.

LA GUÉRISON TARDIVE DES MALADIES MENTALES.

Par le docteur Jean ROBERT, médecin-directeur de l'asile d'Auch.

Par guérison tardive, on entend généralement celle qui survient après trois ans de troubles mentaux ininterrompus (Morel). Pour rare qu'elle soit, et bien qu'elle ait été, à un moment donné, niée par certains psychiatres, elle est établie par de nombreuses observations, dont les premières remontent à Esquirol, à Morel, à Griesinger, à Guislain. Actuellement tous l'admettent sans conteste. Petren, en 1908, en classait déjà trente-trois cas publiés et indiscutables. On a vu la guérison même après des séjours de dix et quatorze ans à l'asile.

Or, cette notion présente une importance considérable. Tout d'abord elle impose au médecin la plus grande prudence dans ses pronostics : ne pas affirmer l'incurabilité tant qu'un ensemble irréfutable de signes concordants ne permet pas de reconnaître avec certitude la ruine complète de toutes les ressources mentales. D'autre part elle pose certains problèmes d'ordre moral et juridique. Au moment de la discussion de la loi Naquet sur le divorce, un amendement avait été déposé par le député Guillot, qui introduisait parmi les causes de divorce l'aliénation mentale confirmée depuis cinq ans. Une commission scientifique fut consultée avant la discussion de cet amendement, qui fut repoussé, et, dans cette commission, Blanche, Charcot et Magnan avaient fait valoir, contrairement à l'opinion de Legrand du Saulle et surtout de Luys, la possibilité des guérisons tardives et l'impossibilité de les prévoir (1883). Mais, dans nombre de pays étrangers, le divorce pour cause d'aliénation mentale est accepté par la loi, et la question a été déjà reprise en France en 1911, et le sera sans doute encore un jour ou l'autre. Il importe donc d'essayer de déterminer dans quelles conditions la possibilité d'une guérison tardive peut être envisagée, sinon escomptée.

Il ne faut pas confondre la guérison d'une maladie mentale avec l'installation tardive d'une démence tranquille, qui peut être une guérison du point de vue social, et permette, par exemple, la sortie de l'asile et la réadaptation à une certaine vie sociale, mais qui est, au point de vue médical. une fausse guérison, puisqu'elle s'accompagne de déficit. La guérison tardive suppose non seulement la disparition de la symptomatologie morbide, mais encore la reconnaissance par le malade du trouble mental qu'il a présenté, et la confirmation par la catamnèse d'une guérison consolidée (Bravetta). Il faut savoir cependant que certains sujets, même réellement guéris, ne reconnaissent pas volontiers qu'ils ont été malades, ou ne se rendent pas compte de la gravité des troubles mentaux qu'ils ont présentés, ou encore ne veulent pas les avouer.

Les guérisons tardives s'observent surtout dans la psychose maniaque-dépressive, plus spécialement dans la mélancolie, de préférence à un âge relativement avancé et dans les cas où l'influence des causes occasionnelles l'emporte sur les facteurs héréditaires. Les formes qui s'accompagnent de délire peuvent guérir comme les autres. Les mêmes particularités se retrouvent dans des cas plus rares de catatonie, et même de délire systématisé. Bien entendu, il ne peut être question de guérison des démences organiques.

Quels sont les éléments de pronostic relativement favorable qui pourraient faire espérer chez un aliéné, malgré les années qui passent, la chance d'une guérison tardive? Le rapporteur les étudie avec soin dans la maniaque dépressive : existence d'accès antérieurs qui ont guéri, début brusque en pleine santé, chez un sujet qui n'avait subi aucun affaiblissement psychique prodromique, persistance de l'activité des troubles mentaux et de leur retentissement sur les fonctions organiques végétatives, conservation des automatismes habituels ou professionnels, des inclinations et des tendances antérieures, participation plus ou moins discrète à la vie ambiante, alternatives d'excitation et de dépression portant l'empreinte d'une double forme, prédominance de l'anxiété, des préoccupations d'ordre hypochondriaque ou familial, syndrome de Cotard. Chez les catatoniques, on pourra trouver un indice favorable dans une participation plus ou moins effective à la vie de l'entourage, dans un sourire adéquat, dans la preuve d'une acquisition mentale faite pendant la période aiguë de l'affection, dans une manifestation de curiosité, de spontanéité, dans la forme logique donnée à quelques raisonnements simples, dans un désir légitime, dans les signes d'émotivité qui, pendant l'interrogatoire ou pendant l'examen, montrent que tout contact n'est pas perdu avec le monde extérieur, enfin dans les troubles somatiques associés (digestifs, menstruels, endocriniens), dont la constatation est plutôt favorable. Quant aux délires de persécution, ceux qui guérissent étaient en général nettement secondaires à des états mélancoliques; souvent ils étaient survenus à l'époque de la ménopause, et les hallucinations n'avaient pas la fixité qu'on leur connaît dans les grandes formes chroniques des délires systématisés.

Ces notions sont un peu réconfortantes pour l'aliéniste dans sa tâche ingrate, et elles lui permettent, selon l'expression du rapporteur, d' « admettre la possibilité d'une rééducation du psychime, d'un rétablissement de l'harmonie mentale sous l'influence d'une psychothérapie qui, loin d'être systématique, saurait judicieusement s'adapter à chaque sujet. » Il n'est pas rare, en particulier, chez certains aliénés « nostalgiques », que l'exeat, ou même le retour au foyer familial soient nécessaires pour parfaire la guérison.

Discussion. — M. TRÉNEL, s'appuyant sur les statistiques des sorties dans 40 asiles, montre la rareté des guérisons tardives : il n'y a guère que 3 à 8 p. 100 des sorties dont bénéficient des malades internés depuis trois ans et davantage. Encore la plus grande partie de ces malades ne sont-ils guéris que socialement, mais non médicalement.

M. VERMEYLEN, parmi les indices de pronostic relativement favorable, insiste, comme le rapporteur, sur la brusquerie du début. Lorsque le trouble mental ne fait qu'exagérer un état constitutionnel antérieur, il risque davantage d'être définitif.

M. HESNARD, rappelle le rôle des émotions, des traumatismes, des accès de fièvre dans certaines guérisons tardives. Il croit, dans certains cas, à l'efficacité du traitement moral individuel des aliénés par la psychanalyse.

M. SÉGLAS, rapporte six observations de mélancoliques qu'il a suivis avec M. Buvat, et chez lesquels il y eut guérison tardive. Il montre, sur ces exemples, comment le pronostic ne peut pas être établi sur une seule catégorie de symptômes, mais soupçonné d'après tout un ensemble symptomatique. Dans chacun des cas qu'il relate, il y avait, à côté des signes péjoratifs, des correctifs rassurants : tantôt des reprises intermittentes d'anxiété qui tranchaient sur une fond d'indifférence progressive, tantôt la persistance de sentiments familiaux normaux et une certaine activité du délire, qui contrastaient avec la monotonie d'un syndrome de Cotard, tantôt des témoignages de curiosité à l'égard de la vie extérieure, qui interrompaient la répétition stéréotypée d'un délire de damnation. Enfin M. Séglas rapporte deux autres cas de syn-

dromes catatoniques, qui semblaient imposer le diagnostic de démence précoce, et qui se sont terminés, au bout de cinq ans et de onze ans et demi respectivement, par la guérison : le pronostic, dans ces cas, devient bien difficile, et c'est vraiment une affaire d'impression plus que de raisonnement.

M. Dide attache moins de valeur aux signes psychologiques qu'aux signes biologiques pour le pronostic des maladies mentales. Il recherche, en particulier, les troubles vago-sympathiques, les modifications vaso-motrices, les érythèmes pellagroïdes, l'hypoglycémie et l'hypoglycorrachie.

M. Sollier montre l'intérêt du problème pathogénique posé par les faits de guérison tardive. Quel est l'agent qui est capable de troubler les fonctions psychiques pendant de longues années sans compromettre d'une manière définitive le fonds mental?

M. Leroi rapporte des observations de sujets qui s'annonçaient comme des déments précoces et qui guérirent.

M. Arnaud relate l'observation d'une mélancolique qui guérit au bout de sept ans.

M. Pince envisage la notion d'incurabilité dans l'aliénation mentale d'après l'article 1.569 du Code civil allemand.

M. Courbon attache une valeur pronostique plus particulière aux signes suivants : persistante de l'intérêt et du jugement, retour du sommeil, retour des réflexes vaso-moteurs, des poussées eczémateuses, de la frilosité, sensibilité aux épreuves pharmacologiques.

Deuxième rapport : **Neurologie.**

LES ENCÉPHALOPATHIES INFANTILES FAMILIALES

Par le docteur O. Crouzon, médecin de la Salpêtrière.

Le terme volontairement imprécis d' « encéphalopathie infantile familiale » s'applique, sans rien préjuger de leur nature ni de leurs manifestations cliniques, à toutes les affections de l'encéphale qui débutent dans l'enfance et qui ont un caractère familial, frappant habituellement de nombreux sujets d'une même famille, à la même génération ou dans les générations successives, environ au même âge, avec un ensemble symptomatique et une évolution très analogues, et en dehors de toute influence occasionnelle : affection acquise ou accident de la vie intra-utérine.

Le rapport de M. Crouzon constitue avant tout un répertoire et un essai de classification au milieu de faits touffus et disparates.

Il envisage tout d'abord des encéphalopathies familiales typiques qui sont toujours ou habituellement infantiles : psychoses familiales infantiles (Laïgnel-Lavastine et Boutet, Wimmer, Trénel) et idioties familiales (Bourneville et Séglas, Tucke et Bucknill); idiotie amaurotique familiale (type infantile de Tay-Sachs et type juvénile de Spielmeyer-Vogt); syndromes lenticulaires infantiles et familiaux, dont il groupe, avec Hall, les diverses formes : maladie de Wilson (dégénération lenticulaire progressive associée à la cirrhose du foie); pseudo-sclérose de Westphal-Strumpell dans laquelle les lésions encéphaliques sont plus diffuses, spasme de torsion de Ziehen, Thomalla, Wimmer, qui s'apparente aux précédentes par ses symptômes et par ses lésions, et dans lequel la cirrhose hépatique a également été retrouvée (Wimmer). On peut rapprocher de ce groupe l'athétose double (syndrome du corps strié de O. et C. Vogt) qui est congénitale et sans doute héréditaire, les paralysies agitantes juvéniles, qui seraient familiales dans la moitié des quarante-six cas de Williger, ainsi que l' « atrophie progressive du globus pallidus » décrite par R. Hunt. Mais l'autonomie de ces deux dernières affections n'est pas nettement établie.

Un autre groupe est constitué par les diplégies cérébrales infantiles familiales, dont les caractères anatomiques sont encore peu homogènes : cas familiaux de syndromes de Little (Freud), syndromes familiaux rappelant la sclérose en plaques (Pelizœus, Mlle Pesker, Cestan et Guillain, etc.), atrophie cérébelleuse familiale idiotique du type Bourneville-Crouzon. Cette dernière forme doit être soigneusement distinguée de l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie, qui est bien familiale elle aussi, mais ne débute qu'exceptionnellement dans l'enfance.

Crouzon mentionne ensuite un certain nombre de syndromes familiaux qui peuvent être éventuellement infantiles et dont le substratum anatomique, encore indéterminé, est peut-être encéphalique : paraplégie périodique familiale (Conso, Goldflam, Taylor), tremblement familial, mouvements associés familiaux, crampes et tics familiaux, myoclonie-épilepsie d'Unverricht.

Enfin, il reste trois classes d'affections à décrire à part :

1° Les affections familiales du système nerveux oculaire : ptosis congénital, ophtalmoplégies familiales (dont un cas observé par Crouzon, Trétiakoff et Béhague s'accompagnait de méningite chronique basilaire et d'état vermoulu du cerveau); nystagmus essentiel familial congénital; nystagmus-myoclonie de Lenoble et Aubineau; névrite rétro-bulbaire subaiguë de Leber et atrophie papillaire familiale (Raymond);

2° Les affections qui ne prennent qu'exceptionnellement le caractère infantile et familial : chorée de Sydenham, épilepsie, idiotie, anosmie et hypogustation héréditaires (d'Abundo), syndrome adiposo-génital et acromégalie.

3° Les formes atypiques d'encéphalopathies infantiles familiales : formes hybrides formant la transition entre les types connus, observations isolées, dont Crouzon donne une longue énumération, association de maladies familiales diverses dans une même famille.

Si l'on envisage les encéphalopathies infantiles familiales au point de vue des lois mendéliennes de l'hérédité, on éprouve le plus souvent les plus grandes difficultés pour déterminer si le type morbide se transmet à la manière d'un caractère dominant ou à la manière d'un caractère récessif. Il semble cependant que, en dehors de l'hérédité nerveuse en général (hérédité dissemblable), on puisse considérer comme des caractères dominants la psychose maniaque dépressive, l'hérédo-ataxie cérébelleuse, la myoclonie-épilepsie, peut-être aussi l'idiotie amaurotique familiale, le nystagmus familial, le tremblement familial. Ces affections à hérédité continue, « maladies parentales », sont d'un pronostic plus grave pour l'hérédité que les maladies à hérédité discontinue, récessive, fraternelle.

Crouzon termine son rapport en insistant sur tous les points obscurs qui sont à élucider dans l'histoire des maladies familiales : d'une manière générale, le rôle des divers facteurs étiologiques (syphilis, alcoolisme, consanguinité, conditions ethniques) et la nature des lésions (vices de développement, méningites chroniques, scléroses cérébrales atrophiques), et plus particulièrement les questions qui concernent l'idiotie amaurotique familiale, la maladie de Wilson, la myoclonie-épilepsie et surtout la classification des maladies familiales atypiques : caput mortuum d'où doit se dégager peu à peu la description des types nouveaux.

Discussion. — M. Froment montre une belle série de films qui illustrent une observation de **dysbasia lordotica ou spasme de torsion**, et il en discute le mécanisme pathogénique. Pour lui, c'est l'hypotonie des muscles abdominaux et des fessiers qui joue le rôle principal plutôt qu'un état d'hypertonie : il s'agit plutôt d'une dysharmonie que d'une dystonie.

M. Marinesco fait une communication sur l'**idiotie amaurotique familiale**.

Troisième rapport : **Médecine légale.**

LA MÉDECINE LÉGALE CIVILE DES ÉTATS D'AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL D'ORIGINE ORGANIQUE

Par MM. Marcel Briant, médecin en chef honoraire des asiles de la Seine, et Maurice Brissot, médecin directeur de l'asile de Rouffach (Haut-Rhin).

Les problèmes de médecine légale qui peuvent se poser, dans les états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, sont, pour la plupart, des questions de capacité : capacité politique, capacité civile. La capacité civile, de beaucoup la plus importante, est relative aux droits qui régissent les rapports des particuliers entre eux et qu'on appelle droits civils. L'incapable peut être limité dans ses droits civils par un conseil judiciaire, ou bien il peut les perdre d'une façon complète par son interdiction, et alors un tiers devient son tuteur et se substitue à lui pour leur accomplissement. Ces dispositions légales permettent de réduire ou de supprimer les droits civils d'un aliéné qui est hors d'état de les exercer,

Mais il est des aliénés qui ne sont pas interdits bien qu'internés sous le régime de la loi de 1838. Juridiquement, leurs actes civils ne sont pas nuls de plein droit, mais l'article 39 de la loi du 30 juin 1838 spécifie qu'ils pourront être attaqués pour cause de démence, conformément à l'article 1.304 du Code civil. Ce régime de l'annulabilité permettrait de reconnaître comme valable un acte fait par un aliéné interné au cours d'un « intervalle lucide », mais il est évident que, en général, le fait de l'internement constitue une forte présomption de « démence ». Enfin, beaucoup d'aliénés — et en particulier parmi ceux qui sont atteints d'affaiblissement intellectuel d'origine organique — ne sont ni internés, ni interdits. Pour attaquer leurs actes civils, il faut alors faire la preuve de leur état de « démence », c'est-à-dire de leur absence de consentement ou de volonté libres. Après leur mort, leurs actes ne pourront être attaqués pour cause de démence qu'autant que l'interdiction aura été prononcée ou provoquée avant le décès ; à moins que la preuve de la démence ne résulte de l'acte même qui a été attaqué (art. 504 du Code civil). Mais cette prohibition n'a pas d'effet lorsqu'il s'agit d'une donation ou d'un testament (art. 901).

Les rapporteurs étudient, pour les différentes catégories de malades mentaux, la capacité de passer des conventions, de contracter mariage, de souscrire une assurance, de témoigner en justice, et surtout de tester. Ils laissent de côté la paralysie générale, dont la médecine légale civile a été récemment étudiée par R. Charpentier (Centenaire de la thèse de Bayle, mai 1922). Ils envisagent surtout les diverses variétés de démence sénile, de démence organique (artériosclérose, syphilis, tumeurs, corps étrangers, blessures de guerre ou accidents du travail), accessoirement les démences qu'on peut observer dans la sclérose en plaques, dans la maladie de Parkinson, chez les encéphalitiques, dans la chorée chronique. Mais ils s'attachent tout particulièrement à ce qui concerne la capacité civile des aphasiques.

Chez les déments séniles, Briand et Brissot insistent sur les dangers de la phase d'involution présénile, au cours de laquelle le vernis mondain gardé par les malades et les oscillations de leur état mental peuvent donner le change et amener à méconnaître un déficit déjà profond, sur la fréquence des captations réalisées par l'entourage, qui dicte au dément donations ou testaments, et, dans certains cas même, les fait antidater pour éviter l'attaque en nullité. Bien souvent, le testament ne sera connu et attaqué qu'après la mort du testateur, et l'expertise médico-légale sera alors d'une extrême difficulté, car elle ne pourra se fonder que sur les troubles de l'écriture, sur les indices d'idée délirante ou démentielle qu'on pourrait retrouver dans l'acte lui-même.

La variété de démence sénile à laquelle on donne le nom de presbyophrénie est faite surtout d'amnésie de fixation, de désorientation, de fausses reconnaissances, de fabulation. Le jugement, l'auto-critique sont peu altérés ; le sens moral, les sentiments affectifs, indemnes. Il serait excessif de prendre à l'égard de ces presbyophréniques des mesures trop restrictives de leur capacité.

A la suite des états apoplectiques (hémorragies ou ramollissements cérébraux), les problèmes médico-légaux sont particulièrement ardus lorsqu'il y a aphasie. Si, en effet, les rapporteurs admettent, avec Pierre Marie, que tout aphasique est amoindri intellectuellement, il ne s'ensuit pas que tout aphasique soit un dément : le déficit intellectuel est partiel et en quelque sorte dissocié. Cependant, à l'opposé de certaines aphasies motrices pures, qui sont compatibles avec une intégrité intellectuelle à peu près complète (Dejerine), il est bien des aphasiques du type Broca et surtout des aphasiques sensoriels (les paraphasiques en particulier) qui ont perdu le langage intérieur et chez lesquels, par conséquent, la pensée est très réduite. Beaucoup sont envoyés, — d'ailleurs indûment, — dans des asiles d'aliénés. En tout cas, tout aphasique, en général, est suggestible, même si son intelligence paraît bien conservée, et c'est là une particularité dont il importe de tenir compte au point de vue médico-légal.

La conduite à tenir en présence des aphasiques sera donc une question d'espèce. Certains auront droit à toute leur capacité civile, et si les troubles de la parole, de la lecture ou de l'écriture les gênent pour tester dans l'une des formes habituelles, on ne voit pas bien pourquoi la loi ne leur permettrait pas, comme aux sourds-muets, de se servir de signaux ou d'un langage conventionnel pour exprimer, devant témoins, leur volonté. Mais, d'autre part, il est des aphasiques qu'il faudra protéger : tantôt il sera indiqué de nommer un conseil judiciaire, quand il s'agit par exemple, d'éviter une donation qui pourrait être obtenue par dol ; tantôt on devra procéder à l'interdiction, lorsqu'on soupçonne le malade de vouloir faire un testament absurde qui serait contesté judiciairement après sa mort ; parfois enfin l'internement sera la seule mesure de protection efficace, lorsqu'il est réalisable, pour soustraire un aphasique suggestible à la cupidité de son entourage.

Le rapport de MM. Briand et Brissot indique les particularités du Code civil allemand, qui est encore appliqué en Alsace-Lorraine. Il est illustré de nombreux exemples, qui mettent bien en valeur toute la complexité et la diversité des questions médico-légales posés par les états d'affaiblissement intellectuel d'origine organique, et l'importance sociale du rôle assumé par le médecin qui est appelé à le résoudre.

Discussion. — M. Porot (d'Alger) envisage la capacité de tester des pseudo-bulbaires. Il rapporte un cas dans lequel des raisons morales l'ont amené à conclure à la validité d'un testament.

M. H. Claude pense que la capacité réelle ne doit être reconnue qu'avec la plus grande prudence aux presbyophréniques : étant fabulants, ils sont plus sujets à caution que les simples affaiblis de la mémoire. D'autre part, il faut tenir compte de l'âge chez les aphasiques : les aphasiques jeunes reconstituent mieux leurs fonctions intellectuelles.

M. Dide estime que, chez les aphasiques, seuls les tests psychologiques peuvent permettre de juger la valeur du psychisme.

M. Antheaume signale une mesure légale de protection à laquelle on peut recourir pour l'aliéné interné : c'est l'administration temporaire des biens du séquestré par un tiers, autorisée par simple ordonnance du tribunal.

M. Anglade discute les conclusions de M. Porot (d'Alger). Pour lui, les conditions morales de la cause ne doivent pas compter aux yeux du médecin, mais seulement les éléments médicaux.

COMMUNICATIONS DIVERSES

I. **Psychiatrie, — Sur le traitement actuel de la paralysie générale. Méthodes et résultats.** — MM. H. Claude et Targowla apportent les résultats des tentatives thérapeutiques qu'ils ont entreprises contre la paralysie générale à l'asile clinique Sainte-Anne. Les traitements ont été de deux sortes.

Tout d'abord des traitements spécifiques (mercure, arsenic et bismuth) énergiques et extrêmement prolongés. Ces traitements ont amené, dans 8 cas, une amélioration suffisante pour permettre la reprise de la vie sociale ; dans un des cas, la rémission se prolonge depuis sept ans ; cependant les réactions du liquide céphalo-rachidien ne se modifient guère ; seule la lymphocytose diminue parfois.

D'autres essais ont été poursuivis à l'aide d'agents pyrétogènes : à la tuberculine et aux nucléinates, les auteurs ont préféré les inoculations de spirilles de la fièvre récurrente ou d'hématozoaires du paludisme. 3 cas ont été traités par la fièvre récurrente : il y eut une amélioration nette, une amélioration légère et un décès. Le traitement par l'hématozoaire est plus facile à appliquer ; il a été utilisé chez 30 malades dont 15 n'ont pas eu d'autre traitement, et 15 ont subi, en outre, un traitement spécifique. L'impression générale est nettement favorable à cette thérapeutique, 3 malades sont déjà sortis de l'asile, et paraissent socialement guéris, plusieurs autres vont pouvoir également sortir. On peut compter environ 20 à 25 p. 100 d'améliorations des troubles mentaux, quelquefois même de la dysarthrie et du tremblement. Les réactions humorales sont parfois même influencées : il peut y avoir diminution de la réaction de Bordet-Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. Mais il n'est pas sûr que la survie soit prolongée : plusieurs malades ainsi traités sont morts subitement en pleine rémission. L'intérêt du traitement est surtout de permettre à certains paralytiques généraux de reprendre une vie socialement utile ; mais, bien entendu, on ne saurait leur confier de grosses responsabilités, et une ré-

mission ainsi obtenue ne suffirait pas pour faire donner l'exeat à un chauffeur d'automobile ou à un banquier.

MM. A. MARIE (7 cas), MARINESCO, ARNAUD (de Bruxelles), rapportent des résultats de même ordre. MM. WIMMER, ANGLADE, d'accord avec M. Claude, insistent sur ce fait que les paralytiques ainsi amenés à une rémission par le traitement restent des irresponsables, et qu'il n'y aurait pas lieu, par exemple, de suspendre leur tutelle.

Syphilis et débilité mentale. — M. VERMEYLEN a recherché la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang d'un grand nombre d'idiots, d'imbéciles et de débiles. Il a trouvé des pourcentages de réactions positives qui oscillent entre 60 p. 100 chez les idiots et 22 p. 100 chez les débiles, et qui, sur l'ensemble de la statistique, atteignent 32 p. 100. Dans le liquide céphalo-rachidien, les réactions n'ont pu être que rarement pratiquées, et elles se sont montrées négatives, ce qui confirme les constatations de M. Roubinovitch. L'auteur conclut que la syphilis est un facteur prédisposant de la débilité mentale à ses divers degrés, sans en être habituellement la cause directe.

Psychogénèse des idées délirantes d'accusations étrangères. — M. HESNARD fait l'étude psycho-analytique d'un cas dans lequel un sentiment d'infériorité provoqué par des impressions sexuelles datant de l'enfance a abouti successivement à des idées d'auto-accusation, puis à des idées d'accusation d'origine étrangère qui doivent être soigneusement distinguées des idées de persécution habituelles.

La démence précoce chez les syphilitiques. — M. MARCHAND.

Les psychoses de désadaptation sociale et les psychoses de dépaysement. — MM. MIGNARD et DURAND.

Psychopathologie comparée des séquelles postencéphalitiques et des perversions constitutionnelles chez les enfants. — M. ROUBINOVITCH et Mlle ABRAMSON.

Utilité de l'étude de la psychologie des indigènes pour les médecins, officiers et administrateurs coloniaux. Nécessité d'une collaboration étroite en ce qui concerne les actes administratifs et militaires et le dépistage des anomalies mentales. — MM. JUDE et AUGAGNEUR.

Les préoccupations sexuelles dans les états dépressifs. — M. PERRENS.

La devination de la pensée. — MM. HEUYER et LAMACHE.

Hypermnésie étrange chez un dément précoce. — M. PAILHAS.

La statistique du service de la recherche psychologique. — M. BERSOT (de Neufchâtel).

Le métissage, facteur de la dégénérescence mentale. — M. BÉRILLON.

Le réflexe verbo-auriculo-ducteur, son utilisation en psychothérapie. — M. BÉRILLON.

Courbe de fréquence des temps de réaction dans les cas de troubles neuro-psychiatriques et chez les anormaux. — M. LABRY et Mlle WEINBERG.

II. **Neurologie. — Recherches anatomiques et expérimentales sur la constitution du pédoncule cérébral et ses contingents sous-thalamiques.** — MM. D'HOLLANDER et RUBBENS.

Les connexions centrales du nerf vestibulaire. — M. VAN GEHUCHTEN.

L'étude des voies de conduction par la dégénérescence axile précoce. — M. VAN GEHUCHTEN.

Troubles sensitivo-moteurs et mouvements athétosiques chez un chat opéré. — M. MINKOWSKI, enlevant l'écorce motrice du cerveau chez trois chats, a observé des mouvements involontaires qui rappelaient les mouvements athétosiques. Les noyaux gris centraux étaient cependant intacts.

Lésions du névraxe dans les traumatismes expérimentaux. — MM. DONAGGIO et TESTA (de Modène) ont constaté que, chez l'animal, le froid ou la commotion cérébrale isolés ne peuvent réaliser de lésions cérébrales ; mais, en associant ces deux facteurs, on réussit à réaliser des lésions.

Les mouvements réactionnels de Barany et les lésions correspondantes du cervelet. — M. KIPCHIDZÉ.

Un cas d'épilepsie psychique vraisemblablement dû à une cause organique focale. — M. MIRA.

Sur le mongolisme. — M. VAN DER SCHEER conclut, de l'étude de 345 cas, que la syphilis et l'hérédité ne jouent aucun rôle dans la pathogénie de cette affection. Il insiste sur l'hypoplasie de la région paramédiane du crâne : défaut de développement de la base du crâne, des gyri recti, du plancher du IIIe ventricule, absence fréquente des os propres du nez. Il pense que la pathogénie de l'affection devrait être rapportée à une compression de la tête fœtale dans un amnios trop étroit.

Sur un traitement alimentaire de l'épilepsie. — M. WLADYCZKO (de Vilno).

Excursion à l'établissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais (Loiret) [31 mai]. — Les membres du Congrès ont visité, sous la conduite du docteur RAYNEAU, directeur, cet établissement modèle, où la protection des aliénés, sous le régime de la loi de 1838, est assurée dans les conditions matérielles et morales les plus favorables, et où M. Rayneau s'est efforcé d'introduire le placement volontaire pour les indigents aussi bien que pour les malades payants.

Visite de l'asile clinique Sainte-Anne (1er juin). — Les membres du Congrès ont visité les services de la clinique du professeur CLAUDE et le service de prophylaxie mentale du docteur TOULOUSE. Le fonctionnement de ce dernier service a été exposé dans les communications de MM. TOULOUSE, DUPARY, MIGNOT, ROUBINOVITCH, CAPGRAS, MIGNARD, TARGOWLA, ABÉLY, LAUGIER, PORCHER.

Le rapport général du Congrès a été lu par M. R. CHARPENTIER, secrétaire permanent du Congrès.

De brillantes réceptions ont été organisées pour les membres du Congrès par la Ville de Paris le 28 mai et par la « Bienvenue française » le 30 mai. Les travaux ont été clos, le 1er juin, au Palais d'Orsay, par une soirée qui a eu le plus grand succès.

— La XXXe session du Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française se tiendra à Genève et à Lausanne, en août 1926, sous la présidence de MM. SEMELAIGNE (de Paris) et LONG (de Genève). Elle coïncidera avec les fêtes du Centenaire de Pinel. Les questions traitées seront les suivantes :

PSYCHIATRIE : *La schizophrénie*. Rapporteurs : MM. BLEULER (de Zurich) et H. CLAUDE (de Paris).

NEUROLOGIE : *Le signe de Babinski ; caractères, mécanisme, signification*. Rapporteur : M. TOURNAY, préparateur au Collège de France.

MÉDECINE LÉGALE : *La thérapeutique des maladies mentales par le travail*. Rapporteur : M. DAMAYE.

J. MOUZON.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire pratique des régimes, par le docteur Henri DAUSSET, chef du laboratoire central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu. In-8, 1925. — Prix : 14 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Études de psychiatrie sociologique, par Henri DAMAYE, directeur des asiles d'aliénés, expert près les tribunaux et administrations. Edition 1925. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

Un grand médecin du XVIe siècle : Jean Fernel, par le docteur CAPITAINE. Thèse, 100 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Le François.

VIe RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE[1]

Séances du 27 mai 1925.

LA MIGRAINE

La VIe Réunion neurologique annuelle internationale avait mis à son ordre du jour, cette année, une seconde question, et elle avait choisi la migraine. Cette question venait à son heure, elle aussi, à l'occasion du centenaire de Charcot, puisque Charcot, qui avait souffert de cette petite infirmité si pénible, en a laissé une description qui est restée célèbre.

Or, si tout n'est pas éclairci dans l'histoire de la migraine, il est certain que les nombreux efforts, réalisés depuis quelque temps pour éclairer la pathologie du sympathique, ont ouvert des aperçus tout nouveaux sur cette affection longtemps mystérieuse.

Rapport clinique. — M. VIGGO CHRISTIANSEN (de Copenhague). Ce rapport, émaillé d'observations personnelles, précise, en les discutant, les données classiques sur l'étiologie, la symptomatologie et la thérapeutique de la migraine.

Il sépare d'abord nettement la migraine de toutes les céphalées, dont elle se distingue avant tout par son apparition sous forme d'accès d'une certaine durée, séparés par des périodes interparoxysmales indemnes. Le type le mieux individualisé en est la migraine ophtalmique.

Si l'on envisage cette dernière, on peut lui reconnaître certains facteurs étiologiques bien caractérisés : c'est une affection avant tout féminine, débutant en général dans le jeune âge et très souvent héréditaire. D'après un des élèves de Christiansen, Jens Chr. Smith, elle se transmettrait comme une maladie héréditaire dominante au sens mendélien. Christiansen admet que, souvent, les migraineux présentent en même temps une certaine instabilité psychique. Les maladies infectieuses, en particulier la grippe, l'encéphalite, semblent favoriser son apparition. Il en est de même du traumatisme; mais, dans ce dernier cas, il s'agit presque toujours de migraines graves, accompagnées de phénomènes d'allure épileptiforme, avec tendance à la progression, période interparoxysmale plus ou moins troublée; ce serait le seul cas où l'association de la migraine avec l'épilepsie s'observerait avec une certaine fréquence.

La forme typique, la migraine ophtalmique, survient à la suite des causes occasionnelles les plus variées, parmi lesquelles les influences psychiques occupent la première place. Elle est souvent précédée de prodromes : asthénie, sensation d'abattement, ou au contraire d'excitation et d'irritabilité, sensibilité aux bruits, aux odeurs, troubles digestifs, vasomoteurs ou sécrétoires. Ces prodromes sont en général toujours les mêmes pour chaque malade et permettent à chacun de prévoir sa crise.

Puis apparaissent les phénomènes visuels : hémianopsie, quadrants hémianopsiques, scotomes scintillants.

C'est seulement un certain temps après (quelques minutes à une demi-heure) que s'installe le mal de tête, généralement unilatéral et souvent juxtaorbitaire au début, puis s'étendant à tout le crâne, débordant même, dans certains cas, vers le cou et vers le bras.

Cette douleur s'accentue dans un crescendo qui arrache parfois des cris au malade, qui l'oblige à fuir toute lumière, tout bruit, tout ébranlement, et qui peut s'accompagner de vomissements. L'état nauséeux persistant, le vertige, l'asthénie et l'indifférence profondes rappellent le mal de mer. Enfin, la douleur s'atténue peu à peu, et la crise se termine souvent par une sensation de bien-être et de délivrance et par un sommeil critique. Le lendemain de la journée de migraine, le sujet est généralement frais et dispos; quelquefois seulement il garde un peu de lourdeur de tête et de lassitude.

A ces symptômes peut s'associer toute une série de troubles d'ordre sympathique et en particulier vaso-moteur : pâleur ou rougeur de la face (migraine blanche ou migraine rouge de du Bois-Reymond), œdème palpébral, œdèmes circonscrits, coryza, hémorragies sous-conjonctivales ou épistaxis, herpès zoster). Quant à la sensibilité douloureuse des ganglions cervicaux supérieurs du sympathique décrite par Oppenheim, Christiansen discute son interprétation et l'attribue à de la cellulite cervicale associée.

La forme typique de la migraine peut se trouver atténuée (migraine simple) ou au contraire se corser d'autres symptômes : sensations paresthésiques de la face, de la langue, du bras, et, dans les migraines droites, aphasie transitoire. C'est alors la « migraine ophtalmique associée » de Charcot. Ce dernier qualifiait ces phénomènes paresthésiques d' « épilepsie sensitive », mais la lenteur de leur installation, leur disparition constante entre les crises, l'absence de tout phénomène moteur associé les distingue très nettement des phénomènes sensitifs jacksonniens.

Enfin, il existe des formes atypiques de migraine, dans lesquelles le diagnostic peut présenter les difficultés les plus inattendues, et dont le rapporteur donne une série d'exemples instructifs : migraines associées sans hémicrânie, migraines à forme nauséeuse, ou asthénique, ou vertigineuse (« hemicrania cerebellaris » d'Oppenheim), ou purement hémianopsique, état de mal migraineux (« hemicrania permanens ») qui dure plusieurs jours.

En règle générale, tous les symptômes de la migraine disparaissent avec la migraine elle-même. Les cas dans lesquels la douleur est suivie de phénomènes aphasiques, d'apraxie, de ptosis, sont exceptionnels, et on peut suspecter leur légitimité. A plus forte raison, la migraine ophtalmique ne peut rentrer dans le cadre de la migraine légitime : affection paroxystique à son origine, mais progressive dans son évolution et aboutissant à une paralysie permanente, elle témoigne toujours d'une lésion organique grossière : méningite ou tumeur.

Les accès migraineux revêtent généralement, chez chaque sujet, un type particulier qui reste toujours le même. Les migraines des enfants disparaissent souvent à la puberté. Celles des adolescentes, au contraire, ont souvent débuté à la puberté; elles s'atténuent avec l'âge et elles cessent à la ménopause.

Après avoir rappelé les éléments du diagnostic entre la migraine et l'épilepsie jacksonnienne sensitive d'une part, les céphalées anémiques, neurasthéniques, rhumatismales d'autre part, le rapporteur envisage le traitement. A cet égard, il insiste sur le caractère individuel des réactions de chaque malade à telle ou telle thérapeutique. Chez l'un, c'est le régime lacto-végétarien qui fera disparaître les migraines; chez l'autre, ce sera le calme de l'émotivité, ou bien la régularité dans l'horaire du travail, ou bien encore une hydrothérapie appropriée. Parmi les médicaments, Christiansen vante, selon les cas, la médication bromurée préconisée par Charcot, l'arsenic, la phényléthylmalonylurée, surtout la nitroglycérine (III à IV gouttes de solution alcoolique à 1 p. 100 trois à quatre fois par jour). Les dérivés de l'acide salicylique, la belladone, l'ergotine, l'aconit, le chanvre indien ne peuvent servir qu'à calmer la crise elle-même; mais ils ne protègent nullement contre les crises ultérieures, et ils exposent à des abus. Enfin, le rapporteur se montre sévère pour les traitements endocriniens et pour les méthodes anti-anaphylactiques qui ne lui ont donné que des déboires.

Rapport pathogénique. — M. PASTEUR-VALLERY-RADOT. Etayé par une documentation considérable, le rapport de M. Pasteur-Vallery-Radot expose avec une clarté des plus convaincantes les conclusions très fermes d'un médecin qui, depuis plusieurs années, s'est attaché au problème du mécanisme de la migraine et de son traitement.

Pour M. Pasteur-Vallery-Radot, la migraine, qui doit être soigneusement séparée de toutes les céphalées d'origine oculaire ou sinusale, doit être considérée comme un angiospasme encéphalique lié à une crise d'irritation sympathique. « L'angiospasme du territoire vasculaire du trijumeau ophtalmique et dure-mérien explique la migraine simple, l'angiospasme de la région cortico-calcarine, la migraine ophtalmique, l'angiospasme de la région rolandique, la migraine accompagnée » (Sicard, Claude, Henry Meige). Cette opinion, déjà soutenue

---

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 45, p. 733.

dès 1860 par Dubois-Reymond, qui avait pu étudier sur lui-même les caractères de la migraine, résulte :

1° De la discussion minutieuse de toutes les théories qui ont été émises sur la pathogénie de la migraine : théories corticales, mésocéphaliques, hypophysaires, méningées, trigéminales, myositiques et cellulitiques. Aucune de ces théories ne possède en réalité de fait précis à son actif.

2° De l'ensemble des signes d'irritation sympathique qui accompagnent la crise de migraine. Dubois-Reymond avait déjà constaté sur lui-même que la crise s'accompagnait de pâleur de la face du côté de la migraine, de refroidissement du conduit auditif externe, de dilatation pupillaire, de durcissement de l'artère temporale. A la fin de la crise, des phénomènes de vaso-dilatation paralytique se produisaient. Les phénomènes d'irritation sympathique peuvent d'ailleurs se généraliser davantage : sudation, érythèmes, diarrhée. Enfin, la vaso-constriction explique parfaitement les troubles visuels de la migraine, ainsi que les phénomènes transitoires de parésie, d'aphasie, d'engourdissement des mains et de la face qui caractérisent les migraines accompagnées. Elle cadre bien avec l'association de syndrome de Raynaud (Krispin), de phénomènes angineux (Curschmann), de spasme des artères rétiniennes (Pemberton Peake, Curschmann, Mme Weissmann). Bien plus, chez certains migraineux, il suffit, pour provoquer une crise, de déterminer une vaso-constriction, soit par immersion des mains dans l'eau froide, soit par application de glace sur le front. Inversement, MM. Pasteur-Vallery-Radot et Blamoutier ont vu, chez sept malades, que, au cours de la crise, la compression de la carotide (et, par suite, du plexus péricarotidien) ou l'inhalation de nitrite d'amyle suffisent pour suspendre l'accès. Si les vaso-constricteurs (caféine, adrénaline), injectés localement au voisinage de l'artère temporale (Sicard), peuvent aboutir aux mêmes résultats, c'est sans doute à cause de leur action vaso-dilatatrice secondaire. Enfin, les opérations de sympathicectomie cervicale, qui ont été tentées jusqu'à présent (Debrez [de Liége], Hellwig, Witzel, Sicard et J. Lermoyez) ont généralement déterminé des améliorations au moins temporaires. S'il existe des céphalées qui sont liées à la vaso-dilatation des vaisseaux céphaliques, comme le rapporteur en a vu un cas avec M. Blamoutier, il s'agit là de phénomènes permanents, bien différents des crises de migraine.

Quelles sont les causes qui mettent en jeu le sympathique pour provoquer la crise de migraine? Ces causes peuvent être d'ordres très divers et elles n'agissent que si certaines circonstances favorisantes se trouvent réalisées.

1° Le rapporteur envisage d'abord les *migraines d'origine anaphylactique* qu'il a étudiées avec MM. Pagniez et Nast depuis 1919 : migraines associées à l'urticaire, à l'œdème de Quincke, à l'asthme, au rhume des foins, à l'eczéma, à la tachycardie paroxystique, aux vomissements cycliques de l'enfance, migraines liées à l'ingestion d'un aliment déterminé (chocolat, œufs, lait, viande, haricots) ou à l'inhalation d'une odeur. MM. Pagniez et Nast, puis Lubbers ont constaté qu'une crise colloïdoclasique pouvait précéder de semblables migraines. L'éosinophilie, contrairement aux assertions de Gaensslen, n'a pas paru fréquente chez les migraineux étudiés par le rapporteur ; mais ce fait ne saurait infirmer la nature anaphylactique de certaines de ces migraines. Van Leeuwen et Zeydner (1922) ont trouvé dans le sang des migraineux une substance qui, chez le chat, agit comme la pilocarpine en provoquant la contraction des muscles lisses de l'intestin, et cette substance se retrouverait dans le sang des urticariens, des asthmatiques, des épileptiques.

De nombreuses tentatives ont été faites pour rechercher, par cutiréaction, chez les migraineux, l'agent sensibilisant. Les résultats positifs sont assez peu nombreux : 3 de Ramirez, 2 de Harkavy. Le rapporteur a étudié 14 migraineux à cet égard. Il n'a observé qu'une fois une cutiréaction positive pour la farine de blé et pour la farine de seigle ; mais la suppression de ces aliments n'empêcha pas les récidives.

L'existence de migraines d'ordre anaphylactique a conduit MM. Pogniez et Pasteur Vallery-Radot à instituer un traitement tachyphylactique de la migraine par l'ingestion de 0g50 de peptone une heure avant le repas. Ce traitement est efficace chez certains migraineux (Gautier, de Lausanne, Widal et Abrami, Joltrain, Lubbers, Mme Weissmann) ; il agit même, à la longue, non plus seulement comme traitement skeptophylactique, mais même comme traitement désensibilisateur.

Mais toutes les migraines ne doivent pas être considérées comme anaphylactiques. Ne doivent être considérées comme telles que les migraines déclenchées par un aliment ou par un produit inhalé spécifique, qui s'accompagnent d'une crise hémoclasique précédant la crise clinique, et qui disparaissent par la suppression de l'aliment nocif.

2° Les *migraines d'origine endocrinienne* constituent un deuxième groupe assez bien individualisé. Il existe des migraines menstruelles proprement dites, qui apparaissent chez la femme au moment de la puberté, qui se renouvellent uniquement aux époques menstruelles, qui disparaissent au cours de la grossesse et quelquefois de l'allaitement, s'atténuent avec l'âge et cessent après la ménopause. Ces migraines s'expliquent-elles par un « choc cataménial » (Sicard), dont relèveraient également la fièvre (Bezançon. M. P. Weil et de Gennes), l'urticaire (Dalché), l'herpès (Pasteur Vallery-Radot) ? Ou bien sont-elles dues à une modification humorale (Widal, Abrami et de Gennes) ou au déséquilibre endocrino-sympathique (H. Claude?) Peut-être ces divers mécanismes se combinent-ils.

A côté de ces migraines menstruelles, il est d'autres formes qui paraissent liées, au contraire, à l'insuffisance de la menstruation, à la castration. Il en est aussi qui s'associent à des signes d'hypothyroïdie, et qui cèdent à l'opothérapie thyroïdienne. Léopold Lévi a attiré l'attention sur ces faits, qui ne sont pas contestables. Mais cet auteur a signalé, en outre, des migraines par hyperthyroïdie, chez des basedowiennes ; cette forme est certainement plus rare, et le rapporteur ne l'a jamais rencontrée. Quant aux « migraines hypophysaires », le rapporteur estime, malgré les altérations de la lame quadrilatère signalées récemment par D E. Paulian (de Bucarest) chez certains grands migraineux, que leur existence est des plus discutables.

3° Parmi les *migraines d'origine digestive*, il en est qui dépendent sans doute d'un choc colloïdoclasique, et qui sont favorisées soit par une insuffisance protéopexique du foie, soit par une anaphylaxie à l'égard de tel ou tel aliment, de tel ou tel médicament. C'est le cas pour les migraines liées à l'ingestion d'albumines animales, de graisse, de chocolat, ou encore pour les migraines des tachyphages. Par contre, le rapporteur estime que la constipation, si elle peut provoquer des céphalées, n'est pas une cause de migraine.

4° Aux *migraines d'origine réflexe*, appartiennent certaines autres formes d'origine digestive : migraines par ptose gastrique (Leven), migraines par sténose duodénale (Pierre Duval et Jean-Charles Roux), migraines par stase vésiculaire, que soulage l'épreuve de Meltzer-Lyon (Chiray et F. Triboulet), migraines d'origine appendiculaire.

C'est également par voie réflexe qu'agissent parfois les lésions utéro-annexielles, les lésions oculaires, les troubles de réfraction, les lésions nasales, les sinusites, peut-être même les lésions du sphénoïde (névralgie du ganglion sphéno-palatin de Goldschmidt-Osmund). A vrai dire, ces mécanismes réflexes créent une prédisposition, mais n'expliquent pas le caractère passager et paroxystique de la crise.

5° Le froid, la chaleur, les variations climatériques, les émotions, la fatigue peuvent déclencher des migraines : l'action vaso-motrice et sympathique de ces divers facteurs est vraisemblablement à l'origine de cette particularité. Cependant la composition de l'air expiré agit peut-être par sensibilisation d'origine respiratoire (Mme Weissmann).

Ainsi la crise de migraine suppose :

1° Une excitation du symphatique : cette excitation peut être déterminée par une crise colloïdoclasique : chez beaucoup de migraineux, l'exposition au froid ou au chaud suffit pour provoquer des oscillations considérables du chiffre des leucocytes, qui traduisent une « instabilité colloïdoplasmatique » particulière (Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier). Mais l'excitation du sympathique peut aussi être réalisée directement par un facteur exogène ou endogène.

2° Une excitabilité particulière du sympathique. Il s'agit là d'une fragilité neuro-végétative qui est souvent transmise héréditairement, mais qui peut être également entretenue par un déséquilibre endocrinien ou par une épine irritative extra-

cérébrale. Le rapporteur, avec Jacques Durand et Dollfus, a pu la mettre en évidence, grâce à une épreuve proposée par Muck en 1924. Si l'on fait, chez un sujet normal, un trait de sonde à l'extrémité antérieure du cornet inférieur après application d'une solution d'adrénaline à 1 p. 1000 sur la muqueuse, il se produit, en une minute, un trait rosé léger. Au contraire, chez un migraineux, c'est un trait d'un blanc intense qui se produit dans ces conditions, du moins du côté de l'hémicranie. Quant aux tests pharmacodynamiques et au réflexe oculo-cardiaque, le rapporteur, avec Haguenau et Dollfus, n'en a obtenu que des réponses contradictoires.

Mais pourquoi les crises de migraine sont-elles discontinues ? Pourquoi, en particulier, obéissent-elles souvent à une sorte de rythme, se reproduisant par exemple tous les sept jours comme dans une des observations du rapporteur ? Faut-il incriminer l'accumulation d'un produit toxique dans le sang, comme l'ont pensé Rémond et Rouzaud ? Les dosages faits par le rapporteur avec Laudat ne paraissent pas plaider en faveur de cette opinion. La seule constatation nette à laquelle ils soient arrivés est l'existence habituelle, chez les migraineux, d'un taux élevé de cholestérinémie : il semble bien que migraine et lithiase évoluent sur le même terrain. L'étude du pH des migraineux décèle généralement une augmentation assez marquée de la réserve alcaline dans les jours ou dans les heures qui précèdent la crise (Weissmann-Netter et Mme Weissmann).

M. Pasteur Vallery-Radot admet la conception des auteurs (Buchanan, Brams, Curschmann, Gordon, Debré), qui décrivent, du moins chez l'enfant, des formes abdominales de la migraine : les douleurs abdominales, associées ou non à la douleur de tête, témoignent alors de la participation du sympathique abdominal. Quant à l'épilepsie, elle présente assurément quelques relations de parenté (associations personnelles ou familiales) et d'analogie (rôle du spasme vasculaire, influence des facteurs endocriniens, auras, troubles humoraux et en particulier alcalose prémonitoires.

Les notions nouvelles sur le rôle du choc colloïdoclasique dans la migraine comportent des applications thérapeutiques intéressantes, puisqu'elles ont amené à l'emploi de médications antichoc, qui, toutes, ont donné des succès : injections sous-cutanées de peptone en solution à 5 p. 100 tous les deux jours (Pasteur Vallery-Radot), autohémothérapie (Gaston Durand, Lippmann, Guttmann), autosérothérapie (Flandin), injections sous-cutanées de lait (Marin Amat, injections en série de petites doses de sérum de cheval ou de venin de crotale (Bouché et Hustin), injections intraveineuses de carbonate de soude (Sicard, Paraf et Forestier) ou de chlorure de calcium (Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier).

Discussion sur la migraine.

Migraine et épilepsie. — M. G. E. SCHRODER (de Copenhague) compare, au point de vue des processus humoraux, la migraine et l'épilepsie, entre lesquelles il maintient une distinction très nette.

Migraines par tumeur suprasellaire. — M. POUSSEPP (de Dorpat) présente des radiographies de selles turciques qui lui montrent, dans des cas de migraines graves, des altérations analogues à celles que produisent les tumeurs suprasellaires.

Migraine vestibulaire. — M. HEVEROCH (de Prague) insiste sur la fréquence des troubles labyrinthiques chez les migraineux. A ce propos, M. ANGLADE fait remarquer que le système cochléaire peut être également le point de départ de migraines, comme cela peut se voir dans l'otosclérose. Le vertige de Ménière, comme le note M. PASTEUR VALLERY-RADOT, peut être considéré, selon Lermoyez, comme un phénomène de spasme vasculaire analogue à la migraine : le spasme de l'artère auditive interne.

Migraine et spasme facial. — M. Henri MEIGE a noté la fréquence des antécédents de migraines chez les malades atteints de spasme facial, et en particulier de la variété à laquelle il avait donné le nom de « spasme facial médian » (« paraspasme » de Sicard), variété bilatérale qui survient surtout chez des gens âgés. Ce type de spasme facial s'accompagne d'ailleurs, en général de troubles vaso-moteurs (rougeur de la face en particulier).

Migraine et système neuro-végétatif. — M. J. DE MASSARY a vu, chez un migraineux, l'accès s'annoncer par une abolition du réflexe oculo-cardiaque qui semble témoigner d'une hypo-vagotonie prodromique.

Migraine ophtalmoplégique et insuffisance thyroïdienne. — M. MUSSIO-FOURNIER (de Montevideo). L'ophtalmoplégie, survenue chez un myxœdémateux migraineux, s'expliquerait peut-être par un œdème localisé.

Migraines thyroïdiennes. — M. LÉOPOLD-LÉVI rappelle les bons résultats qu'il a obtenus, tant dans la migraine infantile que dans la migraine ophtalmique de l'adulte, par l'usage de l'opothérapie thyroïdienne. Migraine menstruelle et migraine anaphylactique ressortiraient également à ce traitement.

Migraines et troubles oculaires. — M. DE LAPERSONNE passe en revue les troubles visuels subjectifs qui accompagnent la crise de migraine. Il les attribue à un angiospasme de l'artère centrale de la rétine. Il estime que les troubles de réfraction et surtout l'astigmatisme sont une cause fréquente, non seulement des céphalées, mais de véritables migraines.

Migraines et ostéo-périostiques syphilitiques craniennes. — M. A. LÉRI pense que bien des migraines sont symptomatiques, et que, bien souvent, on ne pense pas assez aux lésions osseuses craniennes syphilitiques, qui peuvent provoquer des céphalées analogues à la migraine, et dont il montre les lésions sur des crânes du musée Dupuytren.

Migraines et troubles psychiques. — M. P. MAGUNDA.

Traitement de la migraine. — MM. SICARD et HAGUENAU. La peptothérapie de la migraine est souvent efficace. En cas d'échec du cachet de peptone, on peut s'adresser aux injections intramusculaires ou sous-cutanées de lait : 2 injections par semaine, 10 injections par cure, 3 cures par an environ.

A côté de ce traitement préventif modificateur de la diathèse migraineuse, on peut encore, au cours même de la crise de migraine, injecter localement, au voisinage de l'artère temporale, une dose minime d'adrénaline (un quart milligramme) ou d'alcool dilué, afin d'agir sur le sympathique périvasculaire. Ce procédé, d'un emploi facile et sans danger, donne un résultat appréciable là où toute autre médication a échoué. L'efficacité paradoxale de l'adrénaline est peut-être due à son action vaso-dilatatrice secondaire.

Migraines et cellulite cervicale. — M. ALQUIER est d'accord avec M. Pasteur Vallery-Radot pour distinguer nettement de la migraine les douleurs de la cellulite cervicale. La cellulite crée seulement un facteur prédisposant.

Migraine et choc vaso-trophique. — M. BOUCHÉ (de Bruxelles) rappelle les phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires qui accompagnent la migraine : sensation de froid et sécheresse de la bouche avant la crise, — sudation, chaleur de la face, salivation, polyurie après la crise (phase parasympathique). Il insiste sur la nécessité de continuer très longtemps (plus d'un an) les traitements de désensibilisation par le lait, le sérum de cheval ou les venins de crotale si l'on veut obtenir une guérison durable. Ces traitements, pour l'auteur, sont inoffensifs, ne donnant lieu qu'à de petites poussées d'urticaire. Ils ne sont contre-indiqués que chez les malades qui ont un foie déficient, ou chez ceux qui ne manifestent aucune réaction à l'égard de ce traitement. Au cours de la crise, l'injection de pilocarpine serait parfois efficace.

La pression du liquide céphalo-rachidien pendant l'accès de migraine. — M. BOSCHI (de Ferrare) a constaté que la pression du liquide céphalo-rachidien s'abaisse de 4 à 5 centimètres pendant la crise de migraine. Il attribue ce fait à la vaso-constriction encéphalique.

DERNIÈRES CÉRÉMONIES DU CENTENAIRE DE CHARCOT

Le mercredi matin, M. MARKUS (de Stockholm) avait déposé, au nom du gouvernement suédois, une magnifique couronne devant la statue de Charcot à la Salpêtrière.

Puis les membres de la Réunion neurologique avaient visité les services de la clinique Charcot, sous la direction du titulaire actuel de la chaire, le professeur Guillain. M. Guillain

retraça, à cette occasion, en phrases très heureuses, l'histoire de la clinique.

Le mercredi soir, 27 mai, un banquet présidé par M. André Hesse, ministre des Colonies, réunit au Palais d'Orsay les adhérents aux fêtes du Centenaire. La *Gazette des hôpitaux* en a rendu compte (voir n° 43, p. 693).

J. MOUZON.

A PROPOS D'UN CAS DE DÉLIRE AIGU D'ORIGINE TYPHIQUE [1]

PAR MM.

COURTOIS-SUFFIT et GEORGES GARNIER

Médecin de la Maison Dubois. Interne des hôpitaux de Paris.

Le 20 mai 1925, M. An..., étudiant en droit, âgé de vingt-deux ans, est amené à la Maison Dubois.

C'est un sujet robuste, bien constitué, n'ayant jamais eu la moindre affection. Ce jeune homme vivait seul à Paris et travaillait jusqu'à quatorze heures par jour pour préparer son doctorat en droit.

Bien qu'il soit assez difficile d'obtenir de grandes précisions sur son état de santé les jours précédents, nous apprenons qu'il est malade depuis une huitaine de jours pendant lesquels il s'est senti fatigué : malaise général ayant débuté assez brusquement, s'accompagnant de céphalée intense, de quelques douleurs musculaires et de rachialgie. Il n'y a pas eu d'épistaxis. L'insomnie est apparue rapidement. La température n'a pas été prise régulièrement; le malade avait 39°5 la veille de son entrée à l'hôpital. Il est à noter que tous ces symptômes avaient subi une rémission assez nette vers le quatrième jour pour reparaître ensuite.

A son entrée le 20 mai au matin la température est à 40°5.

Le malade est un peu abattu.

Il accuse une céphalée intense s'accompagnant de rachialgie.

La langue est saburrale, le ventre souple; il n'existe pas de diarrhée, mais au contraire de la constipation. On constate l'absence de taches rosées lenticulaires et de splénomégalie. Par contre, on est frappé par la rapidité extrême du pouls qui est petit, presque incomptable. En s'aidant de l'auscultation, on compte 248 pulsations à la minute et l'on constate un rythme embryocardique sans altération manifeste des bruits du cœur. La tension artérielle est basse : 6-9 au Vaquez.

Le reste de l'examen somatique est à peu près négatif : l'examen de l'appareil respiratoire en révèle l'intégrité; il n'existe d'ailleurs aucun symptôme de cet ordre : ni dyspnée, ni toux, ni expectoration.

Malgré la rachialgie, il n'existe pas de Kernig, pas de raideur de la nuque. Les réflexes rotuliens et achilléens sont normaux. Les pupilles sont égales et réagissent correctement à la lumière et à l'accommodation. Enfin, les urines sont diminuées, foncées, nettement albumineuses.

Le sujet répond à peu près correctement aux questions, cependant on note une tendance à l'amnésie pour les jours précédents et un certain degré de réticence dans ses réponses. Il reconnaît les personnes qui l'entourent. Mais il est préoccupé par la gravité de son état disant qu'il ne veut pas mourir.

(1) Communication à la *Société médicale des hôpitaux*, séance du 19 juin 1925.

Devant un tel tableau clinique le diagnostic reste en suspens. On prescrit des bains tièdes toutes les trois heures, et toute la gamme des toni-cardiaques.

Le 20 mai au soir, la situation est à peu près la même : la température est à 40°5; le pouls rapide bat autour de 240.

On pratique une hémoculture sur bouillon.

On constate, d'autre part, que le sujet présente un délire marqué : délire onirique avec hallucinations visuelles et auditives : « Il y a des hommes cachés derrière la porte », avec idées d'auto-accusation : « Il n'est pas digne de ses amis », « on croit qu'il a tué sa mère, mais il n'y est pour rien », et d'autres propos sans suite.

Ce délire s'accompagne d'agitation intense : il veut se lever, s'en aller, déclare qu'il va se tuer. On est obligé de le faire surveiller constamment.

Le lendemain matin le 21 mai la température est à 40°2, le pouls toujours rapide bat à 240, la langue est sèche.

L'examen des divers appareils reste par ailleurs entièrement négatif : aucun signe pulmonaire ou abdominal : pas de splénomégalie, pas de taches rosées, pas de Kernig, ni de raideur; la céphalée semble persister, mais il est difficile d'en être certain; en effet contrairement à la veille le sujet garde un *mutisme absolu*, refusant de répondre à n'importe quelle question. Ses mâchoires sont serrées, et il est presque impossible de le faire boire; si l'on arrive à faire pénétrer un peu de liquide, il le rejette immédiatement. L'agitation persiste très vive : un infirmier est auprès de lui en permanence pour l'empêcher de se lever, et l'on est obligé de l'attacher dans son lit.

On continue le même traitement sans avoir pu préciser le diagnostic.

Le soir l'état s'est aggravé : la température est montée à 41°5, le pouls très rapide est petit, incomptable. Le délire et l'agitation sont intenses; le malade est en effet sorti de son mutisme et prononce des mots sans suite et il meurt à deux heures du matin, moins de quarante heures après son entrée à la Maison Dubois; et sans qu'on ait pu faire le diagnostic de l'affection qui l'emportait si brutalement.

Il nous fut impossible de pratiquer l'autopsie, mais la solution nous fut donnée par l'*hémoculture*.

Le lendemain en effet nous constations que le bouillon était trouble et nous y décelions un bacille mobile à gram négatif. L'isolement du germe en cause et sa culture sur les différents milieux usuels nous montrèrent qu'il s'agissait du *bacille d'Eberth*.

En résumé apparition chez un adulte de vingt-deux ans, antérieurement sain, d'un délire aigu s'accompagnant d'hyperthermie et de tachycardie extrême, qui emporta le malade en trente-six heures.

Nous avions envisagé plusieurs diagnostics, sans être satisfaits par aucun, et nous croyons qu'il était bien difficile d'arriver cliniquement à une conclusion quelconque.

DIAGNOSTIC. — Nous avions écarté le diagnostic d'*endocardite infectieuse* qui peut revêtir une forme typhoïde s'accompagnant de délire plus ou moins intense, mais qui possède alors les signes d'une dothiénentérie typique avec prostration, diarrhée, splénomégalie et surtout éruptions érythémateuses diverses, tableau bien différent de celui que présentait notre malade.

La *méningite tuberculeuse* primitive peut chez l'adulte revêtir une forme délirante, presque monosymptomatique avec délire aigu, mais la température y est moins élevée, plus oscillante, le pouls n'est pas aussi régulièrement accéléré; d'autre part nous n'avions pas pu mettre en évidence, chez notre malade, le moindre signe méningé.

L'hypothèse du *rhumatisme cérébral* ne nous arrêta pas longtemps. C'est là un accident fort rare, même à la maison Dubois, dont Vigla disait « qu'elle était la terre classique du rhumatisme cérébral ».

Là aussi céphalée, délire, hyperthermie marquée et extrême accélération du pouls, mais fait important, même dans les cas suraigus, comme celui de la célèbre observation de Trousseau, il s'agit de malades qui présentent depuis plus ou moins longtemps une atteinte articulaire manifeste.

Restait l'hypothèse qui nous avait paru la plus vraisemblable, celle d'un DÉLIRE AIGU. Diagnostic bien incomplet du point de vue étiologique, mais qui était le seul qui cadrât avec le tableau clinique observé.

Le délire aigu survient en effet le plus souvent après une période prodromique où l'on note de la céphalée, de l'insomnie, de la constipation et de l'amaigrissement. Les auteurs classiques insistent sur le rôle des excès de travail intellectuel comme cause prédisposante, et que nous retrouvions chez notre malade.

Puis apparaît le délire proprement dit, délire onirique avec agitation extrême.

Deux symptômes importants sont signalés : l'un constant l'hyperthermie toujours très marquée; l'autre habituel la SITIOPHOBIE qui était particulièrement nette chez notre malade, le lendemain de son arrivée.

Le pouls est rapide à 120, 140 dans le délire aigu mais nous n'avons pas retrouvé des chiffres approchant les 240 pulsations de notre malade.

Enfin, les auteurs classiques signalent que l'évolution peut être très rapide, la mort survenant en quelques jours après une phase de dépression.

C'était donc le diagnostic de délire aigu qui nous paraissait le plus vraisemblable, bien qu'il ne fût pas entièrement satisfaisant. En effet on peut se demander avec de nombreux auteurs si le délire aigu est une entité morbide définie, ou s'il ne constitue pas plutôt, un syndrome pouvant relever de causes diverses.

Depuis déjà longtemps certains auteurs ont cherché à cultiver le sang des délirants aigus et depuis les premières recherches de Bianchi et Piccinino en Italie (1899) des résultats contradictoires ont été publiés. C'est pourquoi il nous a paru intéressant de publier cette observation qui plaide fortement en faveur de l'existence d'un syndrome délire aigu qui doit être le plus souvent d'origine infectieuse. Nous pensons que chez notre jeune étudiant le surmenage a joué le rôle de cause prédisposante et qu'une infection massive à bacilles d'Eberth survenant chez un sujet non vacciné, et à une époque où la fièvre typhoïde subit une recrudescence manifeste, et revêt des formes particulièrement graves, a provoqué l'apparition d'une dothiénentérie qui s'est extériorisée sous l'aspect d'un délire aigu, rapidement mortel.

Un seul symptôme étonnait par son intensité c'était la tachycardie extrême : nous pensons qu'elle était due à une myocardite typhique précoce, comme en témoignait encore le rythme embryocardique et l'hypotension. Nous avons cherché dans la littérature médicale si le délire aigu était signalé comme symptome initial de la typhoïde : la plupart des traités classiques ne signalent pas le fait.

Trousseau dans ses *Cliniques* rapporte une observation qui se rapproche un peu de celle de notre malade, c'est celle d'une jeune fille qui fut emportée en moins de quatorze jours par une typhoïde de forme « cérébrale » avec hyperthermie et délire furieux, et chez laquelle l'autopsie montra des lésions intestinales typiques.

Louis dans son traité sur la typhoïde dit que le délire a débuté bien rarement le premier jour de l'affection.

Seul Murchinson dans son travail sur la fièvre typhoïde (1878) dit qu'il a noté l'existence du délire pendant la première semaine dans 9 pour 100 des cas; et il ajoute « depuis lors j'ai vu un nombre considérable de cas dans lesquels, le DÉLIRE AIGU était le premier symptôme observé. Dans trois de ces cas le malade avait été regardé comme une manie aiguë, et dans deux de ces cas, le malade avait été transporté dans un asile aliénés.

Malgré l'affirmation de Murchinson nous pensons que le délire aigu initial est très rare dans la fièvre typhoïde, à plus forte raison comme seule manifestation de la dothiénentérie.

D'ailleurs, alors que l'un de nous, depuis vingt-cinq ans qu'il est médecin de la maison Dubois, a pu observer près de 4.000 typhoïdes, il n'avait jamais vu cette affection se révéler par un délire aigu initial.

C'est pourquoi nous avons cru intéressant de rapporter cette observation qui concerne une forme clinique très rare de la typhoïde, et qui contribue en même temps à affirmer la nature infectieuse du syndrome délire aigu.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUIN 1925)

A propos de l'invention du cinématographe. — M. Louis LUMIÈRE fait un historique de la cinématographie. Après avoir rendu un juste hommage à Marey, créateur de la synthèse du mouvement, il apporte un certain nombre de citations de Marey qui paraissent nettement attribuer l'*invention* du cinématographe à M. Lumière.

— En apportant ces documents à ses collègues, M. Lumière laisse à l'Académie le soin d'en tirer les conclusions qui leur paraîtront conformes à la logique et à l'équité.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 23 JUIN 1925)

M. MAUCLAIRE lit une note nécrologique sur Depage, membre correspondant étranger.

Présentation d'ouvrage. — M. DESGREZ présente un mémoire du professeur René CRUCHET sur Jean Hameau. L'intérêt de ce travail est de montrer que ce praticien, qui exerça à La Teste (Gironde) de 1807 à 1850 fut, suivant l'expression de Grancher, « un précurseur de Pasteur ». Avec un sens profond d'observation, Hameau a vu que la morve est transmissible du cheval à l'homme, a découvert la pellagre et en a décrit les symptômes, en incriminant les lésions du cerveau et de la moelle : le premier il a donné la méthode de traitement du paludisme par le quinquina à haute dose associé à

l'opium : il a décrit la pustule maligne, défini la fièvre muqueuse, traité la dysentérie par l'ipéca et la diète, etc...

On lui doit la conception prépastorienne de la transmission des virus comme cause de la morve, de la pustule maligne, de la rage et d'autres maladies infectieuses. Apôtre de l'hygiène il a écrit : « Si la moitié des dépenses qui ne sont faites que pour des plaisirs frivoles était consacrée à l'assainissement des lieux habités et du sol, on verrait bientôt un grand nombre de ces maladies cesser de tendre à anéantir l'espèce humaine ». Pierre Teissier a donc eu raison de dire : « L'œuvre de Hameau est assurément celle qui fut la plus presciente des doctrines de Pasteur ».

L'endococcine. — M. Pierre Bazy communique deux cas d'accidents intestino-péritonéaux aigus où l'intervention de l'endococcine de MM. Vallée et Louis Bazy en injection sous-cutanée a déterminé une guérison rapide et définitive.

Etude d'un scopulariopsis dans un cas d'onychomycsoe. — MM. A. et R. Sartory.

Mal de mer et stabilité des navires. — M. Loir.

Election de deux associés nationaux. — Etaient présentés en première ligne, M. Emile Forgue (de Montpellier) et M. Denigès (de Bordeaux).

En deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Arnozan (de Bordeaux), Arthus (de Lausanne) et Laguesse (de Lille).

Pour la première place M. Forgue, l'éminent professeur de clinique chirurgicale de Montpellier, est élu au premier tour par 47 voix sur 55 votants.

La deuxième élection donne lieu à deux tours de scrutin : au premier tour M. Denigès obtient 25 voix et M. Arnozan 22, sur 50 votants. La majorité absolue n'ayant pas été atteinte il est procédé à un deuxième tour. M. X. Arnozan, professeur honoraire de clinique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, est alors élu par 32 voix sur 54 votants.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 19 JUIN 1925)

Rachitisme et lumière. — M. Variot (à propos du procès-verbal) rappelle que le rachitisme est surtout en rapport avec des troubles de l'alimentation, que chez les enfants nourris au sein, le rachitisme est rare, que la carence solaire joue un rôle tout à fait secondaire.

MM. Comby, Léri, et Lesné, partagent la même opinion.

M. Apert pense qu'à côté des troubles de l'alimentation, l'absence de lumière et de soleil peut favoriser le rachitisme.

L'évolution hématologique des ictères hémolytiques congénitaux traités par la splénectomie. — M. Chauffard. Chez les malades atteints d'ictère hémolytique congénital deux processus bien distincts s'associent; l'érythrolyse et la fragilité globulaire. Mais dès que : la rate est enlevée l'érythrolyse disparaît et, avec elle, la pléiochromie pigmentaire, cause de l'ictère; la guérison définitive de l'ictère est obtenue en quelques jours.

Par contre, on a vu la fragilité globulaire survivre à l'ictère et dans un cas opéré il y a vingt-trois mois, elle n'a pas encore disparu bien que la courbe hémolytique tende de plus en plus à se rapprocher de la normale. C'est que la destruction globulaire est un processus splénique tandis que la fragilité est d'ordre médullaire. Il semble que la moelle osseuse, imprégnée depuis la naissance par la splénotoxine n'arrive que peu à peu et lentement à produire des hématies de résistance normale. Mais cette fragilité, du moment où l'action destructrice du parenchyme splénique est supprimée, n'est plus que virtuelle et reste sans histoire clinique.

A propos d'un cas de délire aigu d'origine syphilitique. — MM. Courtois-Suffit et Georges Garnier. (Voir plus haut, p. 836.)

Hémophilie acquise guérie par le traitement spécifique. Hématome sus-hyoïdien. — MM. G. Paisseau, Cayla et Hamburger, rapportent l'observation d'un homme de soixante-trois ans, hypertendu avec aortite chronique, chez lequel survint un syndrome hémophilique complet et pur, caractérisé, cliniquement, par des hématomes sous-cutanés, un vaste hématome du plancher de la bouche et des hémorragies viscérales (hématuries et hémoptysies).

L'examen hématologique montrait les caractères essentiels de l'hémophilie.

Les auteurs relèvent dans cette observation l'hématome sus-hyoïdien et l'action du traitement spécifique.

Cyanose et asystolie à prédominance ventriculaire droite. — MM. Paisseau, Oury, et Hamburger, rapportent l'observation de deux malades asystoliques dont une cyanose extrêmement intense fut la particularité dominante. Ils étudient les rapports de l'insuffisance ventriculaire droite et de la cyanose dont Laubry et ses élèves ont montré la signification considérable dans la dilatation du ventricule droit. Ils considèrent l'une de leurs observations comme un exemple rarement rencontré d'insuffisance ventriculaire primitive par myocardite ou par myocardie à prédominance ventriculaire droite et attirent l'attention sur l'absence complète de tout signe d'auscultation de l'insuffisance tricuspidienne dont l'un de ces malades était atteint.

M. Laubry insiste sur la valeur de la cyanose dans l'insuffisance ventriculaire droite des myocardies. Il nie l'existence du souffle tricuspidien en pareil cas; ce qu'on entend n'est qu'un souffle mitral fonctionnel le plus souvent.

M. N. Fiessinger au cours de la cyanose n'a jamais constaté de communication interventriculaire.

M. Menetrier a observé un cas de communication interventriculaire sans cyanose,

La rétention chlorurée sèche dans les néphrites aiguës. — MM. Léon Blum et Van Caulaert. La rétention chlorurée sèche n'est pas l'apanage des néphrites interstitielles chroniques. On la trouve avec les altérations du sang caractéristiques dans la néphrite aiguë curable.

Dans l'observation rapportée il s'agissait d'une malade avec urémie à forme éclamptique. La constatation de la coexistence des symptômes cliniques et des modifications humorales pose le problème du rapport qui existe entre la rétention chlorurée sèche et les accidents urémiques de la néphrite aiguë.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1925)

L'Ostéosynthèse dans le traitement des fractures récentes. — M. Dupuy de Frenelle.

Calcul des risques de la transfusion du sang sans examen préalable du sang. — M. P. Gallois, envisageant le cas d'un malade en danger de mort et pouvant être sauvé par une transfusion, sans qu'on ait le temps de s'assurer si le sang du donneur éventuel peut lui convenir, a cherché à mesurer le risque que l'on ferait courir au malade en lui injectant un sang sans savoir s'il lui est incompatible. Tenant compte de la répartition des sujets entre les quatre groupes sanguins classiques, il montre que le nombre des combinaisons possibles s'élève à 10.000. D'après ses calculs, sur ce nombre, 6.581 combinaisons seraient favorables contre 3. 149 défavorables. Il en conclut en chiffres ronds qu'en injectant à un malade quelconque du sang d'un donneur quelconque sans examen préalable de leurs sangs, on a deux chances d'avoir un résultat favorable contre une d'avoir des accidents. Cette donnée permettra à l'opérateur de décider dans un cas donné si l'état du malade justifie le risque qu'on lui fait courir.

Les résultats morphologiques de la culture physique de développement (avec présentations). — M. Ruffier.

Radiumthérapie du cancer de l'œsophage, quelques résultats éloignés. — M. Jean Guisez.

Le carnet individuel des aliénés. Pyromanie chez un aliéné remis en liberté. — M. Dabout.

Syphilis conceptionnelle et réaction de Bordet-Wassermann. — M. Louis Bory.

PETIT VOCABULAIRE MÉDICAL FRANCO-ARMÉNIEN

Par le professeur HENRY REYNÈS (de Marseille),
Chirurgien des hôpitaux civils,

Avec l'obligeance de M. TIGRAN MIRZAYANTZ,
Représentant à Marseille de la Délégation de la République arménienne.

[*Les travailleurs étrangers sont en si grand nombre en France que bien souvent les praticiens sont embarrassés pour interroger des malades qui ne savent pas un mot de français.*

Les Arméniens forment, notamment dans le Midi de la France, de véritables colonies. Notre ami, le professeur Reynès (de Marseille), a eu l'heureuse idée d'écrire pour la Gazette *un petit vocabulaire médical franco-arménien. Nous sommes heureux de le publier ci-dessous, persuadés qu'il rendra les plus grands services à un certain nombre de confrères. Les auteurs nous prient d'ajouter qu'ils sont disposés à compléter ce vocabulaire si cela paraît utile aux confrères s'occupant de spécialités.— N. D. L. R.*]

Bonjour Monsieur.	Pari louisse baron.
Bonjour Madame.	Pari louisse diguin.
Bonjour Mademoiselle.	Pari louisse oriort.

Jour..... Or. Mois..... Amis. An..... Dari. Oui..... Ayo. Non..... Votch.
Fils..... Deghra. Fille..... Artschik.

Un........	meg.	Six......	vetz.	Dix...	dasse.	Vingt.....	kesssan.
Deux......	yergou.	Sept.....	yot.	Onze..	dasse meg.	Vingt et un.	kessanmmeg.
Trois......	yerek.	Huit.....	out.	Douze.	dasse yergou.	Vingt-deux.	kessan yergou.
Quatre....	tchors.	Neuf.....	ine.		Etc.		Etc.
Cinq.......	hink.						

Je suis le médecin chef.	Yess Pejechgabeden yem.
Je suis le chirurgien chef.	Yess Virapoujabeden yem.
Quel âge avez-vous?	Kani daregan yess?
Quel métier?	Intch arhest ouniss?
Où avez-vous mal?	Vor Deghed gue tzavi?
Depuis quand?	Vorkane adene i ver?
Avez-vous vu déjà un médecin?	Ourich Pejinck dessar?
Avez-vous bien dormi?	Lav Kenatzar?
Vous mangez bien?	Lav Goudess?
Montrez la langue.	Lézoud Desnem.
Allez-vous du corps?	Pored guella?
Urinez-vous bien?	Lav gue Mizess?
Etes-vous mariée?	Amousnatzadz Yess?
Combien d'enfants?	Kani Zavag ouniss?
Quand avez-vous eu le dernier?	Vertchine zavagued yerp ounetzar?
Etes-vous bien réglée?	Amsaganed ganonavor e?
Quand la dernière fois?	Vertchine amsaganed yerp ounetzar?
Souffrez-vous du ventre?	Pored gue tzavi?
Avez-vous des pertes?	Arunahossoutune ouniss?
» blanches?	» » Djarmak?
» rouges?	» » Garmir?
Etes-vous mieux?	Hima aveli lav yess?
Il faudra une opération.	Kordzoghoutune me bedk e.
On vous endormira.	Kez bidi kenatzenenk.
Vous ne sentirez rien.	Pan me tchi bidi ezkass.
Ce ne sera rien.	Medz Pan me tche.
Vous guérirez	Bidi Arochtchanasse.
Toussez-vous?	Gue Hazass?
Crachez-vous?	Gue Teckness?
Avez-vous craché du sang?	Arune Teketzir?

Le « gh » arménien se prononce « rr » très roulé et très guttural.

Session climatologique à DAVOS
du 17 au 22 Août 1925

ORGANISÉE

par l'INSTITUT SCIENTIFIQUE POUR LA PHYSIOLOGIE D'ALTITUDE et les RECHERCHES SUR LA TUBERCULOSE

Avec la participation d'une cinquantaine de conférenciers, personnalités les plus éminentes des différents pays d'Europe, dans les questions de sciences physiques et naturelles ainsi que de médecine.

Pour tous renseignements relatifs au programme, voyage, logements, prière de s'adresser directement à l'INSTITUT

NOTES DE PRATIQUE

ŒDÈME AIGU DU POUMON

Médication d'urgence : large saignée générale de 300 à 400 g. avec des saignées locales par ventouses scarifiées sur la paroi thoracique, la région du foie et des reins.

Cela fait, trois grandes indications se posent :

1° Combattre le collapsus cardiaque par des injections de caféine ou d'huile camphrée.

2° Combattre les troubles d'innervation cardio-pulmonaire par des injections de strychnine ou l'électrisation du nerf vague.

3° Combattre l'élément toxique par la prescription du régime lacté et de la Théosalvose phosphatée ou caféinée (4 cachets de 0g50 pro die). Cette dose sera ensuite abaissée à 2 cachets, à prendre pendant plusieurs semaines, de façon à prévenir le retour de l'œdème pulmonaire.

CONGRÈS

ASSOCIATION DES MÉDECINS DE LANGUE FRANÇAISE. — XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE (Nancy, 16-19 juillet 1925). — Président : M. le professeur Simon; vice-présidents : M. le professeur Hanshalter et M. le docteur Giry; secrétaire général : M. le professeur Etienne; secrétaire général adjoint : M. le professeur agrégé Cornil; trésorier : M. le docteur Winstel, 5, place Saint-Jean, Nancy.

PROGRAMME GÉNÉRAL DU CONGRÈS. — *Jeudi 16 juillet.* — 9 h., séance d'ouverture du Congrès (salle Victor Poiret près de la gare).

10 h. 1/2, visite des hôpitaux.

14 h., grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois : *Les angines de poitrine*. Rapporteurs : MM. Gallavardin (de Lyon) et Richon (de Nancy). — Discussion et communications.

17 h., réception à l'Hôtel de Ville (place Stanislas).

18 h., visite de Nancy-Thermal.

Vendredi 17 juillet. — 9 h., grand amphithéâtre de l'Institut anatomique, rue Lionnois : *De l'acidose*. Rapporteurs : MM. Labbé et Nepveux (de Paris), Petren (de Lund, Suède) et Dautrebande (de la Fondation Reine-Elisabeth, à Bruxelles). — Discussion et communications.

2 h., suite de la discussion des rapports sur l'angine de poitrine et sur l'acidose et communications diverses.

17 h., excursions en groupes : sanatorium de Lay-Saint-Christophe, préventorium de Flavigny, mines de sels de Varangéville, Grand-Couronné. — MM. les congressistes sont priés de s'inscrire dès que possible pour l'une ou l'autre de ces excursions pour permettre d'organiser les moyens de transport. Prix variable suivant la distance, 7 à 12 francs par place.

20 h. 45, représentation de gala au Grand Théâtre (place Stanislas).

Samedi 18 juillet. — 9 h., grand amphithéâtre de l'Institut anatomique : *Formes cliniques et traitement des gangrènes pulmonaires*. Rapporteurs : MM. Bezançon et I. de Jong (de Paris) et J. Parisot et Caussade (de Nancy). — Discussion des rapports.

14 h., communications diverses (amphithéâtre de l'Institut anatomique). — Communications de dermatologie et syphiligraphie (hôpital Fournier). — Communications relatives à la tuberculose (hôpital Villemin).

18 h., assemblée générale de l'Association des médecins de langue française.

19 h. 1/2, banquet des congressistes au restaurant Walter, place Stanislas.

Dimanche 19 juillet. — Excursions finales.

Avis important. — Il est rappelé que les membres de l'Association des médecins de langue française adhérents au Congrès ou qui, sans assister effectivement au Congrès, désirent néanmoins en recevoir les publications (rapports et communications), doivent verser 40 francs au trésorier du Congrès de Nancy, somme représentant cumulativement leur cotisation de membre adhérent au Congrès et leur cotisation de membre de l'Association des médecins de langue française (A. M. L. F.).

Au cas où un membre de l'A. M. L. F. n'adhérerait pas au Congrès, il est tenu néanmoins, aux termes du règlement, de verser sa cotisation annuelle régulière (20 francs) de membre de l'Association au trésorier du Congrès de Nancy.

Les membres du Congrès qui désirent faire des communications sont priés d'en informer le secrétaire général au plus tôt, en indiquant le titre choisi.

Hôtels. — Les congressistes qui désireraient retenir leur chambre à l'avance peuvent s'adresser au docteur J. Benech, Hôtel de Ville, Nancy.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de réflexothérapie (1), par A. LEPRINCE.

Les études récentes sur le sympathique ont mis en lumière le rôle des réflexes dans la thérapeutique. Ce traité vient donc à son heure : il résume et coordonne les diverses méthodes qui ont pour but de provoquer des réflexes thérapeutiques. L'auteur étudie successivement non pas seulement au point de vue théorique, mais principalement au point de vue pratique, les réflexes oculaire pituitaire, vertébraux cutanés, etc., en indiquant pour chaque affection les résultats obtenus par les différentes méthodes et d'après les auteurs qui ont utilisé ces procédés depuis les Chinois jusqu'à nos jours. On trouvera dans ce livre une mise au point complète de la spondylothérapie d'Abrams, de l'ostéopathie, de la centrothérapie de Bonnier. En ce qui concerne la cautérisation nasale, le docteur Leprince conclut nettement, à l'encontre de Bonnier, à une action directe sur le sympathique, ce qui lui permet de préciser les indications de la méthode, et de porter un pronostic sur la guérison possible par les méthodes réflexes.

Des schémas nombreux illustrent ce volume et permettront aux praticiens de tenter chez leurs malades ces procédés peu connus.

Ce petit livre, qui est le premier et le seul traité de réflexothérapie publié jusqu'à ce jour, est appelé, nous en sommes persuadés, au plus grand succès auprès du public médical.

Les eaux minérales, leurs modes d'action, leur emploi (2), par MM. Maurice PERRIN et Paul MATHIEU.

Voici un traité pratique d'hydrologie médicale d'une très grande clarté et d'une lecture facile dont nous ne saurions trop recommander la lecture. Dans une première partie les auteurs étudient la formation des eaux, leur captage, leur exploration, et la législation qui les régit. L'étude physique, clinique et physiologique des eaux minérales est faite de la façon la plus complète.

Dans une deuxième partie les auteurs décrivent les cures hydrominérales, leurs indications et leur technique.

Une revue alphabétique des principales stations hydrominérales complète heureusement ce livre qui sera souvent consulté avec fruit.

Surdité et rééducation auditive (3), par M. A. MAURICE.

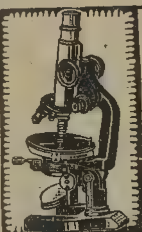
Les sourds aussi bien que les médecins auristes trouveront à glaner dans ce travail qui représente le résultat d'une longue expérience. Nous y trouvons les différentes méthodes de traitement de la surdité chronique et nous voyons qu'une lueur d'espoir est laissée aux infirmes de l'ouïe, qui par la rééducation auditive bien conduite, obtiennent souvent des résultats inespérés.

L. G.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Maloine.
(2) Un vol. in-8, avec 27 figures et 16 planches hors texte. — Prix : 9 fr. — Paris, Ernest Flammarion.
(3) 140 pages, 16 figures. — Paris, A. Maloine et fils.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



N° 52. — MARDI 30 JUIN 1925. 98e ANNÉE. MARDI 30 JUIN 1925. — N° 52.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 2 FRANCS *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 31 août, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Consultation écrite.* — Séance du 25 juin. — MM. Gatellier, 18; Moulonguet, 19; Richard, 16; Wilmoth, 19.

— Dans la séance du 23 juin la note 10 avait été attribuée à M. Gatellier. Son diagnostic ayant été reconnu exact à la suite d'une opération, le jury vient de rectifier sa note et lui attribue 17 points.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, qui acceptent; Pinard, Chiray, Chabrol, Ramadier, Bazy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours pour onze places d'internes titulaires s'ouvrira le 20 octobre 1925.

Les internes nommés à la suite de ce concours entreront en fonctions le 1er janvier.

Le concours de l'externat pour l'année 1925-1926 s'ouvrira le 19 octobre 1925.

Les externes nommés à la suite de ce concours entreront en fonctions le 1er janvier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — DERNIÈRE LEÇON DE M. LE PROFESSEUR CHARLES RICHET. — Après quarante-sept ans d'enseignement ininterrompu, M. Charles Richet vient de faire sa dernière leçon en présence du doyen et d'un grand nombre de professeurs et d'élèves.

M. Richet a rappelé avec simplicité les principaux travaux qu'il a pu mener à bien dans son laboratoire, pendant ce demi-siècle de labeur. La simple énumération de ses découvertes sur la chaleur animale, la sérothérapie (deux ans avant Behring), la zomothérapie, l'hérédité des caractères acquis, l'anaphylaxie montre la grandeur de son œuvre.

A l'issue de la leçon le docteur Lassablière remit au maître un médaillon, hommage de ses élèves, et il dit toute son admiration et son affection pour le grand savant dont les travanx et le caractère sont l'honneur de la science française.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le *Journal officiel* du 28 juin publie un décret fixant le mode de recrutement des secrétaires des facultés de l'Université de Paris.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres de la commission chargée d'exprimer son avis sur l'attribution du produit du prélèvement de 40 p. 100 opéré sur les fonds de la taxe des cercles pour la création l'agrandissement ou l'aménagement des œuvres antituberculeuses, anticancéreuses et antivénériennes :

MM. Strauss, Pinard, Léon Bernard, Jules Renault, E. Roux, Calmette, Evrot, Sicard de Plauzolles, Quénu et Regaud.

GUERRE. — (Armée coloniale. Active.) Sont promus :

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Marurie et Teste.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Duga, Renaud, Benoist-Gouin et Basset.

— (Active.) Sont promus :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. Oui et Maire.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. Marland, Couturier, Ponsot et Velten.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. Buffe, Barthes, Millet, Jandot dit Danjou, Théobalt, de Person, Lubet, Laurent, Bergeret, Médan, Bénazet, Legendre, Mouchard, Renoux, Lacaze, Lescuyer, Bonjean et Torresse.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. Henry,

Layet, Stefanini, Dechezelle, Manhès, Souplet, Janson, Remontet, Glenisson, Vauchez, Moynier, Demonfaucon, Pouget, Vialleton, Boide, Bidault, Texier, Dumalle, Hourdille, Weiss, Bastouil, Gautrot et Betirac.

MÉDAILLES DES ÉPIDÉMIES (Algérie). — *Médailles de vermeil.* — M. Aboulker, interne à l'hôpital de Mustapha; M. le docteur Layet (de Djanet).

Médaille d'argent. — M. le docteur Castelli (d'Alger).

Médailles de bronze. — MM. Colonieu, Goinard et Marill, internes à l'hôpital de Mustapha; Lartigue, interne à El Kettar; Le Genissel et Rouquet, externes à l'hôpital de Mustapha.

Mention honorable. — M. Assouli Haïm, stagiaire à l'hôpital de Mustapha.

L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS (section de médecine) rappelle que le docteur Debat, des laboratoires Inotyol, a créé six bourses de 500 francs chacune pour être attribuées à des étudiants en médecine français, munis d'au moins quatre inscriptions. Ces bourses seront décernées le 1er juillet, trois étant réservées aux membres de l'Association et trois aux membres de la Corporative.

HOPITAL DE LA SANTA CRUZ DE BARCELONE. — Un cours de pathologie digestive organisé par M. le professeur Gallart y Monès, avec la collaboration de MM. les docteurs A. Aguilar, J. Bartrina, A. Brossa, F. Coma, M. Corachàn, E. Fernandez Pellicer, J. Foncuberta, T. Hernando, J. Lentini, P. Martinez Garcia, A. Pinos, J. Puig Sureda, A. Pujol y Brull, A. Tarruella, A. Trias Pujol, J. Villardell, aura lieu du 5 octobre 1925 à la Noël.

Ce cours entièrement pratique sera accompagné de présentations de photographies, de projections, de pièces pathologiques et de préparations histologiques. Des exercices pratiques de radioscopie, œsophagoscopie, rectoscopie, des examens coprologiques et des démonstrations opératoires alterneront avec les cours.

Prix de l'inscription : 100 pesetas. — S'inscrire à l'hôpital de la Santa Cruz à Barcelone.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Comte, chirurgien honoraire des hôpitaux de Grenoble; J. Gaube (du Gers), décédé à Viroflay à l'âge de 80 ans; Letoux (de Vannes), Ernest Péan (de Paris), Peuret, décédé accidentellement aux environs de Dreux, et E.-N. Thomas (de Lyon).

Antoine DEPAGE

Notice nécrologite lue par M. Mauclaire
à l'Académie de médecine.

Nous venons d'apprendre la mort du professeur Depage, un des chirurgiens les plus réputés de la Belgique, associé étranger de notre Académie.

Il fut l'élève de Thiriar dont il prit la succession à la Faculté de médecine de Bruxelles et aussi comme chirurgien de la Cour de Belgique; comme lui, il siégea au Parlement et fut sénateur.

Ses travaux scientifiques furent nombreux, ce sont les suivants : *Etude de la tuberculose osseuse; Les injections salées en chirurgie; Le rôle de la cavité péritonéale dans la statique abdominale; Valeur de l'examen du sang en chirurgie; Technique des greffes et des autoplasties; La position ventrale pour l'amputation du rectum; Le boulonnage des os en cas de fracture; Le traitement du cancer du sein; Le traitement moderne des plaies de guerre*, etc., etc.

Cette énumération incomplète de ses travaux montre son ardeur au travail et son amour pour la chirurgie. Pour se perfectionner et s'instruire, il visita beaucoup les hôpitaux étrangers, européens et américains.

Depage était membre de bien des Sociétés savantes. En France, il était correspondant étranger de l'Académie des sciences (1916), de l'Académie de médecine (1923), de la société nationale de chirurgie (1907), du Congrès français de chirurgie.

Depage fut un des fondateurs du Congrès international de chirurgie dont il resta pendant dix années le secrétaire général. Dans les premières réunions qui eurent lieu à Bruxelles, il recevait chez lui avec beaucoup d'amitié ses collègues français.

Avec sa femme et avec miss Cavell, il avait fondé à Bruxelles une Ecole-modèle d'infirmières.

Très énergique et doué d'une activité débordante, ayant le goût de l'organisation et du commandement, il part, en 1912, à la tête d'une ambulance belge pour la guerre des Balkans et, Président du Congrès international de chirurgie en avril 1914, à New-York, dans son discours d'ouverture, il parle de la balle « humanitaire » sur les champs de bataille.

Quelques mois après, éclate l'horrible guerre et la balle humanitaire n'est plus qu'un rêve. La fréquence relative des plaies par balle et des plaies par éclat d'obus est renversée, il y a maintenant huit plaies par éclat d'obus pour une plaie par balle, malgré la multiplicité des mitrailleuses. Et ces plaies par éclats d'obus sont d'une septicité très grande, étant donnée la vie souterraine des combattants.

Bientôt, il est démontré que l'empaquetage et le transfert au loin des blessés est une erreur; il faut débrider les plaies, exciser le plus tôt possible tous les tissus confus et infectés et opérer très près du front grâce aux auto-chir que Mareil inventa.

Ce furent là des notions nouvelles que Depage, entouré de ses élèves, appliqua dans un hôpital modèle, l'hôpital de l'Océan installé à la Panne, dans le dernier lambeau de la mère-patrie, derrière l'Yser qu'il avait fallu faire déborder et à 8 kilomètres des tranchées boueuses et marécageuses.

L'ambulance de l'Océan était un hôpital complet avec des antennes pour les opérations immédiates, avec des installations autonomes multiples pour les appareillages et les soins orthopédiques consécutifs si importants.

Ai-je besoin de rappeler que la Reine des Belges en était l'infirmière en chef? A l'hôpital de l'Océan, comme à celui de Cabourg, installé dans le voisinage et dirigé par le docteur Derache, bien des soldats français ont été soignés avec un dévouement sans bornes.

C'est pendant son séjour à la Panne que Depage eut la douleur de perdre sa femme dans le torpillage de la *Lusitania*, Elle était allée en Amérique solliciter des secours pour son hôpital. Elle fut la victime de son dévouement aux blessés et avec miss Cavell une des innombrables victimes de la barbarie germanique pour laquelle la guerre justifie tous les crimes.

Depage, pour essayer d'oublier, continua à travailler avec plus d'ardeur et bientôt ce fut la rentrée victorieuse à Bruxelles et de nombreuses publications dans les Sociétés savantes.

En 1919, il fut président du Congrès français de chirurgie, et dans son discours inaugural il montra quelles modifications profondes, dans les installatious chirurgicales, nécessitaient les nouvelles méthodes de guerre.

Puis vint le déclin sombre et précoce. En ne le voyant pas venir assister au dernier Congrès de chirurgie, nous avons eu le pressentiment de quelque chose de grave dans son état de santé. Nos craintes étaient réelles. Depage subit plusieurs opérations et il vient de succomber à une nouvelle tentative opératoire.

Il avait soixante-trois ans. Sa vie avait été bien remplie; sa carrière scientifique et sa carrière professionnelle furent bien belles! Il avait parmi nous beaucoup d'amis. Aussi, nous adressons à sa famille et à nos confrères belges nos sincères condoléances.

CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE DE L'HOTEL-DIEU

IRITIS ET GLAUCOME

Par M. le Professeur F. TERRIEN.

Je voudrais étudier aujourd'hui dans cette leçon les rapports existant entre l'irido-cyclite et le glaucome. C'est une question tout à fait importante car il est très fréquent de rencontrer des malades qui ont en même temps des phénomènes d'irido-cyclite et des phénomènes d'hypertonie et chez lesquels il est difficile de savoir si l'on doit faire un traitement par l'atropine ou au contraire par l'ésérine.

Il est non seulement difficile de préciser la thérapeutique, mais il est malaisé d'établir un diagnostic et de dire s'il s'agit d'iritis ou de glaucome. Ce sont donc des faits sur lesquels il est bon d'insister et d'autant plus que certains travaux ont récemment montré que l'iritis est très souvent le point de départ du glaucome, tout au moins certaines formes d'iritis.

Nous venons précisément de suivre trois malades entrés dans le service, les deux premiers pour une attaque de glaucome chez lesquels nous avons fait une iridectomie suivie d'une détente manifeste, qui nous a permis ensuite de constater à la face antérieure de l'iris de petits précipités et des dépôts pigmentaires qui montraient qu'il s'agissait chez ces malades d'iritis avec hypertonie.

Je n'insiste pas sur le détail de l'observation, mais les deux éléments, hypertonie et iritis (irido-cyclite) étaient très nets chez eux. Ceci nous permet d'étudier un peu en détail l'iritis glaucomateuse ou en d'autres termes les rapports du glaucome et de l'iritis.

On peut avoir affaire à des types frustes suivant l'intensité de l'hypertonie et suivant l'intensité des phénomènes inflammatoires et de l'iritis qui constituent l'iritis glaucomateuse.

Nous considérerons trois types principaux :

1° Le *glaucome secondaire à l'iritis*. Il s'agit de malades qui ont eu une iritis antérieure, qui ont une occlusion totale de la pupille et secondairement des phénomènes d'hypertension. Le grand danger des complications de l'iritis, c'est l'hypertension secondaire ; elle est due dans ce cas à l'obstruction de la pupille et à la rétention des liquides en arrière de l'iris et du diaphragme irido-capsulaire.

Dans ces formes d'irido-cyclite et glaucome secondaire, ce qui prédomine ce sont les phénomènes de glaucome, l'iritis c'est en quelque sorte de l'histoire ancienne ; elle est très facilement reconnaissable par la présence d'altérations de l'iris, par l'occlusion de la pupille, par la déformation même de l'iris saillant en avant, la membrane pupillaire paraissant gonflée. L'iritis ne nous intéresse donc plus ; ce qui domine, ce sont les phénomènes d'hypertonie, ce sont les phénomènes de glaucome, c'est un glaucome secondaire à une iritis, mais où l'on a toutes les lésions du glaucome. C'est d'abord la tension de l'œil, une chambre antérieure effacée ; quand on peut voir le fond de l'œil, et le plus souvent c'est impossible, on constate une excavation de la papille très accusée. Et comme la plupart du temps on est obligé de recourir à l'énucléation on peut retrouver cette excavation au microscope ; elle est profonde, de deux à trois millimètres.

On constate également dans ces yeux presque toujours l'existence de la symphyse de la racine de l'iris à la face postérieure de la cornée ; l'iris est déformé, refoulé en avant, c'est l'iris en tomate.

Telle est la forme classique du glaucome secondaire à une iritis ou à une irido-cyclite. Les phénomènes d'iritis ont passé au second plan, l'iris est plus ou moins atrophié, soudé à la face postérieure de la cornée et à la suite de cette adhérence se développent secondairement des phénomènes d'hypertension, c'est le glaucome qui occupe le premier plan avec tous les symptômes habituellement décrits.

2° A côté de cette forme, il y a la véritable *iritis glaucomateuse*. On a ici une iritis et même une irido-cyclite avec tous ses symptômes : rougeur de l'œil, pupille contractée, iris épaissi, infiltré, souvent de la douleur à la pression du corps ciliaire, et en même temps des phénomènes de glaucome, c'est-à-dire des phénomènes d'hypertension. C'est l'iritis glaucomateuse, deux mots qui jurent un peu d'être ainsi accouplés car vous savez que l'iritis est précisément le contraire du glaucome, qui lui, n'est jamais inflammatoire.

On décrit en effet diverses formes de glaucome : le glaucome inflammatoire, dans lequel en outre de l'hypertension les yeux sont rouges et injectés, et le glaucome chronique non inflammatoire. Or, ce terme « inflammatoire » est mauvais, parce qu'en principe on peut admettre que le glaucome n'est jamais inflammatoire. En effet, dans les formes habituelles, même dans l'attaque où il y a des phénomènes congestifs, où l'œil est très rouge, il n'y a pas à proprement parler de phénomènes inflammatoires. Cela est si vrai que dans le glaucome, la pupille est dilatée, les vaisseaux sont contractés, et l'iris est généralement aminci, tandis que dans l'iritis, la pupille est contractée, les vaisseaux turgescents et l'iris est épaissi. Bien plus, quand on hésite entre une iritis et un glaucome il suffit de bien examiner l'iris à jour frisant pour se rendre compte que dans l'iritis la membrane est épaissie, donnant l'impression d'être augmentée de volume, alors que dans le glaucome l'iris est plutôt aminci, en état d'atrophie.

Donc, ces deux termes iritis glaucomateuse ne vont pas ensemble, parce que dans la première affection ce sont les phénomènes inflammatoires qui dominent avec tendance à l'hypotonie, tandis que dans le glaucome proprement dit il n'y a pas de phénomènes inflammatoires et la pupille est dilatée avec tendance à l'hypertonie.

Cependant, l'iritis s'accompagne très souvent de poussées d'hypertension et de phénomènes hypertoniques et ceux-ci peuvent parfois être tellement intenses et accentués qu'ils prennent le premier plan au point de constituer l'iritis glaucomateuse, c'est-à-dire la deuxième forme de l'affection que nous étudions aujourd'hui.

3° A côté de cette deuxième variété, il en est une troisième dans laquelle ce sont *les symptômes de glaucome* qui prédominent et les symptômes d'iritis sont à peine marqués. Il faut les rechercher et si on n'y songe pas on fait le diagnostic de glaucome ordinaire subaigu ou même torpide.

Si on examine de près ces malades on voit en même temps que les phénomènes d'hypertension et quelquefois de la douleur, on constate des phénomènes d'iritis torpide caractérisés par de petits dépôts à la face postérieure de la cornée, sur le bord

de la pupille et à la racine de l'iris. C'est la troisième variété ; les phénomènes d'hypertension deviennent prédominants et vont pour ainsi dire cacher presque complètement les phénomènes inflammatoires de l'iritis.

La lampe à fente permet de retrouver ces lésions et c'est là un examen que nous ne devons jamais manquer de faire, maintenant que nous possédons un instrument aussi parfait.

Aspect clinique. — PREMIER TYPE : *Iritis et glaucome secondaire.* — Ici, nous l'avons vu, ce sont les phénomènes d'hypertension qui dominent ; les douleurs sont très accusées et si on examine l'iris on constate des phénomènes d'iritis ancienne et une occlusion de la pupille caractérisée par la petitesse de celle-ci qui est contractée, adhérente ; il existe des synéchies. En même temps l'iris est saillant ; c'est l'iris en tomate ; la membrane irienne est refoulée en avant et forme une voussure antérieure.

DEUXIÈME TYPE : *Iritis glaucomateuse.* — Ici tous les symptômes de l'iritis sont très nets : rougeur de l'œil, pupille petite, iris épaissi, vaisseaux dilatés, souvent douleur sur le corps ciliaire et hypertonie accusée, d'autant plus que les phénomènes inflammatoires sont plus intenses.

Mais en même temps on trouve des symptômes d'hypertension, à côté des symptômes d'iritis qui ne se retrouvent pas dans le glaucome ordinaire, telle l'infiltration du tissu irien dont je vous parlais tout à l'heure.

L'iritis glaucomateuse se présente sous différentes formes. On décrit d'habitude l'iritis avec synéchies ; iritis plastique, qui détermine très vite des synéchies très nombreuses, et l'iritis séreuse c'est-à-dire l'iritis qui s'accompagne moins facilement de synéchies que l'iritis plastique ; en même temps elle est beaucoup plus insidieuse.

Quand on examine avec attention ces yeux atteints d'iritis séreuse on constate souvent de petits dépôts fibrinoïdes, soit à la face postérieure de la cornée soit à la racine de l'iris ou même sur le bord de la pupille. A la face postérieure de la cornée, on les désignait autrefois sous le nom de descemétite. Ces petits dépôts affectent dans leur ensemble une disposition triangulaire ; ce sont des précipités dus à une prolifération endothéliale de la membrane de Descemet. On les décrivait autrefois comme une inflammation de cette membrane.

Il y a une différence à faire entre la forme plastique et la forme soi-disant séreuse caractérisée par ces précipités.

Dans la forme plastique l'hypertonie peut également se produire, mais elle est alors plus tardive ; ce n'est qu'à la longue, lorsqu'il s'est formé des synéchies nombreuses, que la pupille est plus ou moins obstruée que secondairement l'hypertonie se déclare pour arriver finalement à la forme de glaucome secondaire.

Au contraire, quand il y a des précipités, dans ces formes d'irido-choroïdite séreuse, l'hypertonie se produit plus tôt, et ce sont surtout ces formes qui donnent lieu à l'irido-choroïdite séreuse avec hypertonie.

TROISIÈME TYPE : *Glaucome avec iritis latente.* — Bien souvent l'iritis ici passe inaperçue si on ne la recherche avec soin et ce sont les phénomènes glaucomateux qui dominent : la cornée est trouble, le tonus élevé, le fond de l'œil est difficile à éclairer. Mais un examen très attentif révèle la présence de petits dépôts pigmentaires à la face postérieure de la cornée ou à la racine de l'iris.

Cette forme de glaucome avec iritis légère est peut-être plus fréquente qu'on ne le dit en général ; en effet si on se reporte au travail de Malling (Acta Ophtatmologica de 1923) on trouve des observations où le diagnostic était un peu douteux.

Sur 105 cas il constate :

77 cas de glaucome primitif type normal ;
28 cas d'irido-choroïdite torpide avec hypertonie.

(Les malades avaient été examinés simplement à l'éclairage oblique), suivant la technique classique.)

Les 77 cas de glaucome primitif ayant alors été examinés tous très soigneusement à la lampe à fente, Malling trouve :

62 cas d'irido-cyclite avec hypertension ;
9 cas seulement de glaucome primitif.

La proportion est donc renversée d'une manière considérable puisque sur ces 77 cas de glaucome primitif 62 étaient des irido-cyclites avec hypertension, et on trouvait seulement 9 cas de glaucome primitif sans iritis.

Aussi Malling conclut-il que presque tous les glaucomes, ou tout au moins un nombre considérable de glaucomes congestifs, ne seraient en réalité que des irido-cyclites plus ou moins latentes, se traduisant simplement par des phénomènes d'hypertonie.

Sans doute cette conception est-elle exagérée ; il est vraisemblable que les phénomènes congestifs pouvaient en imposer dans ces cas pour une irido-cyclite. Mais ceci explique certains phénomèues qu'on observe à la suite d'apparition de glaucomes qui sont dus précisément à des iritis avec hypertension ou tout au moins à des glaucomes avec poussée légère de réaction irienne.

Entre autres exemples, j'ai opéré dernièrement une malade qui avait fait une poussée très nette de glaucome de l'œil gauche ne paraissant nullement en rapport avec une iritis. Je l'avais opérée trois ans auparavant d'une iridectomie anti-glaucomateuse de l'œil droit avec de bons résultats. Les choses en étaient restées là quand il y a à peu près trois mois elle fit une attaque de glaucome à gauche, attaque qui avait été précédée d'accès prodromiques et s'accompagnait de douleurs vives, de nausées, de vomissements, si bien que je dus faire ici l'iridectomie en pleine attaque et sous anesthésie générale. Le lendemain, la chambre antérieure n'était pas reformée, ce qui est en général d'un assez mauvais pronostic ; la malade ne voyait rien, pas même la lumière, alors que trois jours auparavant cet œil avait une acuité visuelle normale et que même au moment de l'opération la malade pouvait voir encore les mouvements de la main à une vingtaine de centimètres.

Le surlendemain, l'état était à peu près identique mais le troisième jour la malade se plaint d'avoir été réveillée la nuit par des douleurs extrêmement vives et le lendemain, outre l'absence de vision, il y avait une hypotonie considérable et douleurs très accusées à la pression sur le corps ciliaire. Il s'agissait donc d'une poussée d'irido-cyclite sur un œil très nettement glaucomateux.

Sous l'influence de l'atropine les douleurs disparurent, la tension remonta peu à peu, le sang se résorba, l'acuité visuelle remonte à 2/3, et tout rentra dans l'ordre.

Cette poussée d'irido-cyclite, survenant à la suite d'une iridectomie régulière, avait été favorisée probablement par un état spécial qui peut, dans une certaine mesure, expliquer peut-être ces phénomènes inflammatoires observés très souvent sinon après la sclérectomie de Lagrange, du moins après la trépanation d'Elliot. Souvent après cette opération, on constate des précipités, des exsudats qui peuvent provoquer l'occlusion de la pupille. Aussi est-il prudent d'instiller de l'atropine aussitôt après la trépanation afin d'éviter les synéchies et les exsudats qui se forment sur la face antérieure du cristallin.

Ces exsudats ne se produisent pas après toutes les trépanations. Peut-être n'apparaissent-ils que sur des yeux qui précisément étaient des yeux glaucomateux, c'est entendu, mais sur lesquels le glaucome avait été favorisé par un état plus ou moins inflammatoire de l'iris.

Ce sont donc des faits qu'il importe de retenir. Peut-être Malling a-t-il été un peu loin et a-t-il eu une série un peu spéciale, mais il est évident qu'il y a des cas où le glaucome est favorisé par cet état inflammatoire antérieur dû à l'iritis avec exsudats fibrinoïdes, qu'on ne recherche par toujours avec assez de soin. C'est là un point extrêmement important et pour le diagnostic, et aussi pour le traitement.

Traitement. — Là encore nous devons envisager le glaucome secondaire, l'iritis glautomateuse, et enfin le glaucome proprement dit avec dépôts et précipités sur la face postérieure de la cornée et sur l'iris.

1° Glaucome secondaire. — Dans ce cas, nous l'avons dit, les phénomènes glaucomateux prédominent et très souvent les malades souffrent ; l'œil est dur, l'iris est plus ou moins atrophié, il est en tomate, saillant, la pupille est adhérente sur tout le pourtour du cristallin, la racine antérieure de l'iris soudée à la face postérieure de la cornée, il y a là une véritable symphyse ; on ne peut donc plus parler d'iritis, mais bien de glaucome secondaire.

La première opération qui vient à l'esprit est l'*iridectomie*, mais elle ne donne cependant pas toujours des résultats et ce pour plusieurs raisons. Ceux-ci, on le sait, sont d'autant plus favorables qu'on intervient plus tôt. Quand l'œil est altéré, s'il y a une soudure de la racine de l'iris, l'iridectomie laisse en place toute la racine de l'iris et l'obstruction de l'angle irien persiste. L'opération demeure donc inefficace, et souvent dangereuse. On attendra que toute trace d'inflammation ait disparue depuis longtemps, par crainte que l'iridectomie ne réveille une nouvelle poussée.

Cependant on ne peut la retarder indéfiniment, car le malade souffre, et bien souvent on est amené à intervenir plus tôt qu'on ne le voudrait.

Bien souvent aussi, l'iridectomie ne donne aucun résultat parce qu'à côté de la symphyse de la racine de l'iris, celui-ci est aminci, son stroma, atrophié, est réduit à une simple couche pigmentaire.

Après la paracentèse, d'action éphémère, une troisième opération à envisager est la sclérectomie.

L'opération de Lagrange est difficile, précisément parce qu'il y a toujours cette soudure de la racine de l'iris qui ne permet pas de rétablir facilement les voies d'excrétion et parce que la sclérectomie peut réveiller les phénomènes inflammatoires.

Enfin, à côté de ces opérations, on a en dernier ressort l'ablation du segment antérieur, la résection optica-ciliaire, ou malheureusement enfin l'énucléation qui est souvent la terminaison ultime de ces glaucomes secondaires avec vision tout à fait perdue, où ce qu'on cherche est simplement la sédation des douleurs.

Cependant, avant de recourir à l'énucléation, en présence de la faillite relative de l'iridectomie et de la sclérectomie, il est une opération très simple qu'on ne fait pas assez facilement, c'est la transfixion de l'iris, remise en honneur par Fuchs, en 1896.

En présence d'un iris qui bombe, et dont le bord pupillaire adhère à la face antérieure du cristallin, avec un couteau de Graefe assez étroit on traverse l'iris de part en part, en dehors et en dedans. Dans les cas favorables et suivant le degré de voussure de l'iris, on peut faire ainsi quatre ponctions ou contreponctions dans la membrane irienne. Deux ponctions peuvent suffire à rétablir la perméabilité entre les deux chambres et à déterminer une modification du tonus qui le plus souvent, après cette opération très simple, redevient normal.

Le professeur Duverger, en 1921, dans les *Archives d'ophtalmologie*, a rapporté trois observations de glaucome secondaire traité par la simple transfixion ; celle-ci, dans l'espace de trois ou quatre jours, amena une détente qui persista et provoqua un retour du tonus voisin de la normale en même temps que la disparition des douleurs.

C'est donc une opération tout à fait inoffensive et à laquelle il faut recourir avant d'en venir à des opérations plus complexes. Cette intervention ne présente qu'un danger, c'est de blesser le cristallin, mais comme dans ces cas la chambre antérieure est généralement effacée, on peut pénétrer directement en arrière de l'iris : étant donnée sa voussure en avant, il demeure assez éloigné de l'équateur du cristallin et il n'y a pas de crainte de blesser celui-ci.

2° Iritis glaucomateuse. — Ici ce sont les phénomènes iriens qui dominent, et il y a deux formes différentes à considérer : dans l'une, les phénomènes d'iritis prédominent et l'hypertension est modérée ; dans l'autre, ce sont les phénomènes d'hypertension et l'iritis est légère.

Que pouvons-nous faire en pareil cas ?

Le traitement médical, comme le traitement chirurgical, demeurent difficiles en raison des altérations un peu spéciales auxquelles on a affaire dans les deux cas.

L'iritis en effet, au point de vue médical, commande l'emploi de l'atropine et l'hypertension celui des myotiques.

Devons-nous ici continuer l'usage de l'atropine ou la remplacer par les myotiques ? Il est classique, aussitôt l'apparition de l'hypertonie, de supprimer l'usage de l'atropine ou de la remplacer par le bromydrate de scopolamine, mais peut-être a-t-on exagéré. Les observations à ce point de vue de Malling sont intéressantes. Il est évident qu'en général si, dans un œil atteint d'hypertension, la pilocarpine ne réussit pas à diminuer celle-ci, nous n'en supprimons pas l'usage, mais nous prescrivons des doses plus fortes, ou même de l'ésérine, pour tâcher de combattre cette hypertension.

Ici, au contraire, si l'iritis se complique d'hypertension, nous supprimons immédiatement le médi-

cament fondamental de l'iritis, l'atropine, pour la remplacer par la pilocarpine. C'est peut-être une thérapeutique un peu simpliste. Quand il y a des phénomènes inflammatoires, la pilocarpine ou l'ésérine ne donnent pas les résultats habituels obtenus dans les formes chroniques de glaucome. D'une manière générale, il n'y a dans le glaucome ni inflammation, ni dilatation des vaisseaux, mais au contraire, contraction de ces derniers. Il n'y a donc alors aucun inconvénient à donner en pareil cas de l'ésérine ou de la pilocarpine qui diminuent la tension et en même temps dilatent les vaisseaux, tandis que la pupille se contracte.

Dans les iritis, au contraire, l'atropine, en dilatant la pupille et en contractant les vaisseaux, chasse le sang de l'iris et du corps ciliaire.

Mais s'il s'agit d'une iritis glaucomateuse, la pilocarpine ou l'ésérine déterminent des phénomènes congestifs, une vaso-dilatation considérable, une turgescence des vaisseaux très accentuée, et bien souvent des douleurs violentes et des phénomènes inflammatoires. Il y a donc dans l'iritis glaucomateuse, des précautions à prendre et des éléments dont il faut tenir compte.

Est-ce à dire qu'il faille continuer l'atropine ? Je n'ose pas vous enseigner une thérapeutique aussi contraire à toutes les règles reçues jusqu'ici : Et cependant, si on s'en rapporte au travail de Malling et à celui de Larsen, de Copenhague, que vous trouverez dans les *Archives für Ophtalmologie* de 1924, on est presque autorisé à conseiller l'atropine.

Voici les résultats indiqués par Larsen sur 60 malades atteints d'iritis glaucomateuse et traités de 1910 à 1922. Sans doute ne s'agissait-il pas toujours d'affections entièrement comparables, mais les faits rapportés sont néanmoins intéressants.

78 yeux (l'affection était souvent bilatérale) furent traités par les myotiques à hautes doses suivant la formule classique.

Sur ces 78 yeux :

27 sont revenus à un tonus normal assez rapidement.

51 ne revinrent pas à la normalisation en dépit des myotiques.

38 yeux au contraire furent traités par les mydriatiques et l'auteur obtint 21 succès et 17 mauvais résultats.

Il est évidemment difficile de tirer des conclusions précises de simples statistiques, mais il faut néanmoins tenir compte de ce fait que, d'une manière générale, l'auteur a obtenu des résultats favorables avec le traitement par les mydriatiques plutôt que par les myotiques. Le plus souvent l'atropine n'a pas augmenté la tension et souvent aussi elle a amené une diminution du tonus plus vite que ne l'auraient fait les myotiques. Le degré de tension n'a pas semblé influencé par l'atropine, et alors même que la tension demeurait très élevée, l'atropine sembla donner un résultat favorable.

Je ne sais pas si j'oserais donner de l'atropine à un malade qui a de l'hypertonie, mais il y a là, on le voit, un modus vivendi à rechercher, et on peut en diminuant les doses du mydriatique, tâcher néanmoins de diminuer le tonus. Dans tous les cas, Larsen a obtenu des résultats qui méritent d'être retenus. Chez un malade dont la tension atteignait 43 millimètres, il a pu avec une solution d'atropine à 1/2 p. 100 ramener celle-ci à 22 millimètres. Le tonus étant remonté à 36 millimètres, des instillations d'une solution plus forte ramenèrent immédiatement cette tension à 22 millimètres.

Et l'auteur admet, dans l'iritis glaucomateuse, une conclusion un peu audacieuse, que le traitement par les myotiques serait plus incertain et plus dangereux que le traitement par l'atropine qui n'a jamais déterminé ni provoqué d'inflammation, de synéchies ou d'hypertension.

Dans tous les cas, ces faits nous montrent qu'on pourra quelquefois, dans certaines formes d'iritis hypertensives, employer l'atropine avec beaucoup de prudence alterne au besoin avec la pilocarpine.

A côté de l'atropine, un moyen nouveau est l'injection rétro-bulbaire de novocaïne. Fromaget a rapporté à la Société d'ophtalmologie, en 1923 (avril), des résultats heureux obtenus par l'injection rétro-oculaire de novocaïne à 2 ou 4 p. 100 additionnée d'adrénaline. Il a constaté en effet une hypotonie assez marquée et assez prolongée de l'œil à la suite de ces injections, dans certaines formes de glaucome. Aussi dans certaines formes franches, en présence d'une attaque de glaucome, on pourra se trouver bien d'injecter dans l'orbite 1 ou 2 centimètres cubes de novocaïne additionnée d'une ou deux gouttes d'adrénaline.

Ces injections amènent souvent une détente assez prolongée durant plusieurs jours et peuvent même enrayer l'attaque.

Je n'ai jamais observé pour ma part de résultats aussi complets, mais nous avons utilisé quelquefois ce procédé à l'hôpital Beaujon et nous avons pu constater souvent une détente passagère. Ces injections permettront de pratiquer ensuite une iridectomie dans des conditions beaucoup plus favorables sur un œil détendu, et souvent aussi elles auront cet avantage de permettre l'emploi de l'atropine.

Concluons que dans certaines formes de glaucome avec phénomènes inflammatoires, précipités à la face postérieure de la cornée, etc., on peut être autorisé quelquefois à employer plus souvent que nous le faisons habituellement, l'atropine de préférence aux myotiques. Les travaux récents sur ce sujet et les résultats obtenus avec la lampe à fente montrent que bien souvent il y a peut-être davantage de réactions iriennes que nous ne le supposons dans certaines formes de glaucome ; et s'il ne faut pas employer aveuglément l'atropine, il faut se montrer cependant prudent dans l'usage des myotiques ; ils agissent mal, nous le savons, provoquent même quelquefois des douleurs et cela sans doute parce qu'ils déterminent des phénomènes congestifs.

Ici, comme ailleurs, il convient d'être éclectique et quand on n'a pas de résultat avec une médication, il ne faut pas s'entêter ; au lieu de continuer les myotiques, on peut recourir aux injections rétrobulbaires de novocaïne et d'adrénaline, pour essayer de diminuer la tension et tenter d'amener une détente momentanée de l'œil ; ceci permettra d'employer ensuite l'atropine et au besoin d'intervenir.

Mais il faut se rappeler que les interventions sont toujours moins favorables sur ces yeux enflammés, congestionnés, et s'il existe une iritis plus ou moins latente.

On ne saurait donc agir avec trop de prudence. Dans tous ces cas où il a des phénomènes d'iritis et si une intervention est jugée nécessaire, on préfèrera l'iridectomie à la sclérectomie, en tâchant d'intervenir tardivement, sur des yeux peu injectés, en

ayant soin de les détendre d'abord par tous les moyens dont on dispose, en particulier, par les injections rétro-bulbaires de novocaïne-adrénaline proposées par Fromaget et qui permettent d'opérer dans des conditions beaucoup plus favorables.

ACTUALITÉS

L'ASPIRINE

INDICATIONS ET ACCIDENTS

Lorsqu'on voulut atténuer l'action sensible sur la muqueuse gastrique de l'acide salicylique d'abord employé en nature comme spécifique du rhumatisme deux voies s'offrirent. En saturant par une base la fonction acide on obtint des sels, salicylate de soude en particulier, dont l'efficacité égale à celle de l'acide s'accompagnait encore d'une certaine nocivité vis-à-vis de l'estomac. On l'atténue dans une mesure très notable en donnant simultanément des alcalins qui ralentissent le déplacement de l'acide salicylique par les acides du milieu gastrique.

Si, au contraire, on sature par un acide, même faible, la fonction phénol de l'acide salicylique on obtient des acides-éthers parmi lesquels l'éther acétique ou aspirine (acide salicylacétique) a d'emblée occupé dans l'arsenal thérapeutique du médecin — et aussi du malade — une place de premier plan. La dissociation de ce composé ne s'opère en effet avec quelque rapidité qu'en milieu alcalin, donc dans l'intestin et théoriquement tout au moins l'irritation de la muqueuse gastrique se trouve fort réduite. Elle l'est incontestablement en pratique et cela a contribué sans doute à faire de l'aspirine le médicament à toutes fins employé à tout propos et hors de propos, sans la crainte salutaire d'aucun accident.

Les accidents existent cependant et l'abus du médicament a pu les rendre assez fréquents pour qu'en certains pays on ait récemment envisagé la réglementation de son commerce en rangeant l'aspirine parmi les toxiques.

Les INDICATIONS de l'aspirine se superposent en partie à celles du salicylate de soude; d'une manière générale cependant son action est plus rapide et moins durable.

L'action *spécifique* contre le *rhumatisme articulaire aigu* est aussi marquée; son action *analgésiante* s'exerce avec le même succès contre la *goutte*, les douleurs des parturientes (Rezza, Gœth), les *névralgies* diverses, les douleurs du glaucome et de l'iritis (Wolffberg, Neusteetter).

On lui reconnaît aussi une action *antithermique* au cours de la bacillose pulmonaire et de la grippe, marquée quoique transitoire; une action *antispasmodique* dans la coqueluche (Rudolph), la chorée (Bezançon) et à petite dose une action *hypnotique* appréciable même en dehors des insomnies douloureuses. Sous son influence, enfin, von Noorden a constaté une atténuation de la glycosurie au cours du diabète.

Quelle que soit l'indication et si habituelle que soit la tolérance des malades, on ne devra jamais administrer l'aspirine que *par doses fractionnées* et après avoir reconnu la *susceptibilité* du malade. Ce n'est pas toujours, en effet, avec des doses excessives que les effets nocifs ont été observés. Un certain nombre de précautions dans l'administration du médicament permettront d'éviter bien des incidents.

TROUBLES DUS A L'ACTION SECONDAIRE. — On peut observer un certain nombre de troubles qui sont plutôt le fait d'une action secondaire du médicament que le résultat d'une intoxication vraie. Si impressionnants qu'ils soient, leur gravité est minime en général et on y pare aisément au moyen de correctifs choisis à bon escient. Sueurs abondantes qu'on pourra éviter en donnant l'aspirine avec une infusion antisudorifique (sauge), légère action dépressive sur la circulation que l'on combattra par l'association d'un toni-cardiaque (caféine), lipothymies avec sueurs froides et état de dépression neuro-circulatoire. Tous ces accidents seront d'autant plus aisément prévenus qu'on aura lors du début du traitement maintenu le malade au repos; on ne devra, de plus, jamais dépasser comme dose initiale 0g30 à 0g50 en une fois.

ACCIDENTS TOXIQUES. — D'autres accidents plus sérieux relèvent d'une intolérance vraie au médicament.

Les uns peuvent se produire aussi avec les autres salicylates et peut-être plus souvent qu'avec l'aspirine et nous y insisterons peu. Les accidents nerveux, en général bénins ne se rencontrent guère avec quelque fréquence que chez des sujets déjà tarés au point de vue nerveux. On peut toutefois chez des sujets dont le cœur est déjà touché observer une dépression cardiovasculaire intense.

Enfin bien que le rein élimine habituellement sans difficulté l'aspirine, nous avons connaissance d'un cas où après absorption d'une quantité d'aspirine dépassant de beaucoup les plus fortes doses usitées, un sujet jeune et sans tare rénale fut pendant plus de vingt-quatre heures en état de quasi-anurie. Aucune séquelle ne subsista quand la sécrétion se fut rétablie.

D'autres accidents sont plus particuliers à l'aspirine. Tantôt ce sont des troubles légers, malaise général, exagération de la céphalée qui avait motivé l'absorption du médicament. Tantôt ce sont des *douleurs gastriques*, plus ou moins durables associées à des bourdonnements d'oreilles et à des vertiges et aboutissant parfois à des *vomissements* de liquide rosé avec ou sans débris alimentaires. Ceux-ci soulagent fréquemment le malade et peuvent marquer le début de la convalescence.

Tantôt accompagnant les vomissements, tantôt isolément surviennent les *troubles intestinaux*. Le plus souvent ils sont bénins; ce sont des coliques et une diarrhée banale avec des selles plus ou moins fréquentes. D'autres fois, cependant l'entérite est plus intense; on l'attribue avec quelque apparence de raison à la décomposition rapide d'une quantité notable d'aspirine dans la portion initiale du grêle. Lewis a publié une observation avec autopsie qui montre l'intensité de l'action sur l'intestin. La mort survint trois jours après l'absorption de plus de 10 grammes d'aspirine en six heures; après plus de vingt-quatre heures d'un état d'anémie aiguë la mort survint en quelques heures après l'émission d'une *selle hémorragique* abondante. Le grêle était uniformément congestionné; en de nombreux points la muqueuse avait disparu favorisant l'ulcération des vaisseaux.

D'autres accidents plus graves sont caractérisés par l'apparition soudaine d'*une éruption* et d'*œdèmes* régionaux dont certains sont de par leur siège immédiatement inquiétants. Ces accidents d'allure très particulière dénotent une susceptibilité au mé-

dicament que rien souvent ne permettait de prévoir et peuvent survenir même après l'absorption d'une dose unique minime et en dehors de toute affection en évolution. Tyrrel a même publié un cas d'accidents chez un sujet sain ayant par curiosité ingéré une dose unique de 0g60 d'aspirine.

Les accidents débutent brusquement une heure en moyenne après l'ingestion, parfois mais non toujours précédés à court intervalle des signes banaux d'intolérance.

Le premier symptôme est souvent *au niveau du visage et de la nuque* une sensation de *démangeaison cuisante* qui persiste habituellement pendant toute l'évolution des accidents. D'autres fois l'éruption est précédée par de la gêne respiratoire avec cyanose.

Le plus souvent l'*œdème* et l'*éruption* sont les premiers symptômes. Apparus brusquement ils s'étendent et se développent avec une rapidité extrême modifiant d'un instant à l'autre la physionomie du malade. Dans quelques cas l'œdème commence au niveau des mains mais presque toujours c'est la face qui est la première atteinte; les yeux s'obstruent par gonflement des paupières; la lèvre inférieure pendante gêne la parole.

Cet œdème dur envahit rapidement la face et le cou où il se cantonne le plus souvent, mais il peut atteindre les membres supérieurs et même le tronc tout entier.

En même temps apparaît l'éruption; le plus souvent c'est un *érythème* foncé atteignant la face et les membres supérieurs; d'autres fois il couvre tout le corps avec une extrême rapidité, en placards irréguliers de la taille d'une pièce de 5 francs, d'un aspect scarlatinoïde et peut s'étendre jusque sur les membres inférieurs. L'épiderme est gonflé, sec et dur.

D'autres éléments peuvent s'y joindre : souvent des vésicules d'urticaire; plus rarement des pustules jaunâtres atteignant les dimensions d'une pièce de 1 franc et remplies d'un liquide séreux.

Les œdèmes atteignent également les muqueuses de la bouche et des voies respiratoires supérieures. La langue augmentée de volume remplit la bouche rendant la parole inintelligible. Du fait de l'*œdème laryngé* la respiration s'embarrasse devenant stertoreuse et à tel point difficile qu'on a pu envisager la nécessité d'une trachéotomie.

Dans la bouche, le pharynx et les fosses nasales s'accumule rapidement un mucus fluide abondant. Lorsqu'on peut examiner la muqueuse buccale, on voit souvent à la face interne des joues, sur le voile et sur la luette de petites taches blanchâtres et dures.

Le malade absorbé, somnolent, accuse quelques vertiges; la température est normale, le pouls en général faible et rapide, les urines peu abondantes souvent troubles et avec un peu d'albumine; parfois quelques nausées et vomissements.

L'évolution des accidents est en général bénigne; en quelques heures souvent, en deux jours au plus, tout est rentré dans l'ordre; des vomissements spontanés ou provoqués précèdent souvent de peu la détente. La guérison est habituellement totale et sans séquelles; exceptionnellement on observe une légère desquamation localisée; dans un cas, Thomson a observé une alopécie transitoire.

D'autres accidents sont rares; Seifert a cependant mentionné des hémoptysies chez les bacillaires.

CONDUITE A TENIR. — 1° Employer une aspirine de bonne qualité et contenant peu d'acide salicylique libre; on peut également utiliser le sel de calcium de l'acide acétylsalicylique qui est soluble (Bouvet);

2° Donner l'aspirine à petites doses fractionnées et tâter au début la susceptibilité du malade;

3° Accompagner le médicament d'une quantité notable de liquide, infusion alcoolisée ou solution neutre ou *acidulée. Ne jamais donner d'alcalins* avec l'aspirine; imprudence que l'on retrouve à l'origine de nombreux accidents;

4° Etre particulièrement prudent chez les entéritiques ou les sujets à cœur ou à rein antérieurement touchés;

5° Associer l'aspirine à des tonicardiaques ou à des toniques généraux.

Si des accidents se sont produits :

Maintenir le malade au lit. Administrer des boissons chaudes abondantes; des toniques généraux: alcool, strychnine à l'occasion. Vomitifs.

Contre la dyspnée laryngée des applications chaudes au devant de la gorge suffisent en général à rétablir une respiration suffisante.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 3 JUIN 1925)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de Charles-Edouard Schwartz, ancien président, et, en signe de deuil, lève la séance pour quelques instants.

Volvulus de l'intestin grêle. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur deux observations, l'une de M. Bonnecaze, l'autre de MM. Gouraud et Gourioux. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente et un ans, présentant de vives douleurs abdominales avec signes d'occlusion sur le grêle. Laparotomie; volumineuse ascite sanguinolente, volvulus iléo-cæcal, bride sur la partie inférieure, section de cette bride, on en trouve une seconde qui est également sectionnée et la détorsion est complète. Guérison. Dans le second cas, jeune homme de vingt ans, accidents brusques d'occlusion intestinale, opération d'urgence, ascite, volvulus de la terminaison du grêle. Bride d'origine appendiculaire, section, guérison. On voit d'après ces faits qu'il n'est pas toujours nécessaire de trouver des adhérences étendues et que de simples brides peuvent suffire pour amener des accidents.

Luxation et fracture de l'épaule. — M. ROUVILLOIS analyse une observation de M. Veulande. Homme de quarante-cinq ans, traumatisme ancien de l'épaule, troubles trophiques dans la main, douleurs vives. La radiographie montre une luxation de la tête humérale, avec fracture au niveau du col anatomique et du col chirurgical.

L'examen électrique montrait une réaction de dégénérescence dans le département du médian et du cubital.

M. Veulande intervient par la voie transpectorale. Il trouve les nerfs intacts mais soulevés par un nodule fibreux cicatriciel, au niveau de l'artère axillaire qui a dû être rompue au moment du traumatisme. Ligature de l'artère au-dessus et au-dessous du nodule, résection de ce dernier, ablation d'un fragment osseux mobile, la tête est remise en place. Réunion par première intention. Guérison complète qui se maintient cinq ans après. Les mouvements sont à peu près normaux, sauf la pronation et la supination qui restent insuffisantes.

M. MAUCLAIRE a observé deux cas analogues. Dans le premier, il a pu réduire la luxation. Dans le second cas, il a dû intervenir et fixer le fragment par une tige d'ivoire.

M. LECÈNE a observé chez un homme de quarante-deux ans une fracture bilatérale de la tête humérale, avec luxation

d'un côté. Double intervention à dix jours d'intervalle. Cerclage d'un côté, résection de la tête humérale de l'autre. Meilleur résultat fonctionnel du côté du cerclage que du côté de la résection.

M. TUFFIER croit préférable à la résection, dans ces cas, de conserver le cartilage et de l'adapter à l'extrémité diaphysaire.

M. OKINCZYC a été moins heureux que M. Lecène. Dans un cas analogue, il obtint une réduction parfaite par la méthode sanglante, mais la consolidation ne se maintint pas et il dut secondairement réséquer le fragment nécrosé.

M. DUJARIER, dans un cas de fracture de la tête humérale et du col fémoral n'ayant pu intervenir à cause d'une phlébite grave, a pu constater combien les résultats d'une consolidation naturelle étaient déplorables au point de vue fonctionnel.

Accès sur le médiastin antérieur sans ouverture de la plèvre. — M. GRÉGOIRE, à propos d'un kyste dermoïde spontanément infecté dans le médiastin qu'il vient d'opérer sans ouverture pleurale, fait observer que dans la grande majorité des cas d'intervention sur le médiastin, il n'y a pas lieu de craindre l'ouverture large de la plèvre, ce qui donne un très grand jour. Mais dans certains cas de kystes dermoïdes, par exemple, il peut arriver et il arrive souvent que ceux-ci sont spontanément infectés. Il y a donc tout avantage, dans ces cas, à éviter autant que possible l'ouverture de la plèvre. Voici donc le procédé auquel eut recours M. Grégoire : incision présternale se terminant en T au niveau de la deuxième côte, résection de cette côte, section et ligature des vaisseaux pariétaux, refoulement par glissement de la plèvre de chaque côté. On peut ainsi récliner la plèvre assez loin sans l'ouvrir et obtenir un jour très suffisant. La tumeur enlevée ainsi par M. Grégoire était un goitre aberrant.

M. LECÈNE pense que pour ces sortes de tumeurs il suffit de désinsérer les muscles sus-claviculaires, ce qui donne un jour très suffisant à l'orifice supérieur du thorax. Toutefois, M. Lecène approuve le procédé employé par M. Grégoire qui lui semble bien moins dangereux que les lambeaux en U qui peuvent se sphacéler et devenir le point de départ d'infection médiastinale. M. Lecène a ainsi perdu un malade qu'il avait opéré d'un ostéome du sternum.

M. TUFFIER s'est toujours bien trouvé de recourir aux petites brèches costales qu'il agrandit suivant les besoins. Il insiste sur ce fait que les difficultés, dans ces cas, dépendent surtout de la présence et de l'étendue des adhérences.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 13 JUIN 1925)

Essai d'immunisation contre la typhose des souris à l'aide du bactériophage. — M. M. LÉVY rapporte des expériences où des injections de bactériophage ne purent immuniser des souris contre la septicémie produite par le bacille typhis murium.

Les animaux reçurent des doses différentes de bactériophage et furent éprouvés, à des temps variables, après cette injection. Tous ces animaux sont morts dans les mêmes délais que les témoins.

Dans ces conditions expérimentales, le bactériophage ne protégea pas les animaux contre la maladie.

Le taux du soufre neutre dans le sérum des mélanodermiques. — MM. M. LOEPER, OLLIVIER et TONNET étudient le rapport sulfatémique. Ce rapport est en général de même sens que le rapport sulfaturique, quoique le taux du soufre oxydé y soit toujours un peu moins élevé. Dans les cirrhoses la proportion de soufre total s'accroît, l'oxydation du soufre s'abaisse et le taux du soufre neutre s'élève notablement. Le phénomène est surtout marqué dans les cirrhoses pigmentaires. Il l'est aussi dans les mélanodermies addisoniennes.

Il est d'autant plus intéressant que la mélanine contient une proportion importante de soufre.

Dans ces deux mélanodermies, histochimiquement identiques mais cliniquement différentes, les mêmes variations s'observent du soufre total et du soufre neutre.

La teneur en potassium des greffes épithéliales chez la souris castrée. — MM. LOEPER et TURPIN ont signalé les variations d'évolution des greffes d'épithélioma mammaire chez les souris castrées. Ils ont pensé intéressant d'étudier la teneur en potassium des tissus des castrés et de leur tumeur, et apportent les conclusions suivantes :

1° La castration atténue chez la souris la richesse en potassium du milieu animal;

2° Après la castration les greffes de tumeur épithéliale se développent de façon anormale et régressent fréquemment;

3° La teneur en potassium est moindre dans les greffes des castrés que dans les greffes des témoins.

Action de l'antipyrine chez les diabétiques. — MM. R. RATHERY et KOURILSKY, ayant repris l'étude de l'action de l'antipyrine chez les diabétiques, constatent après administration du médicament une baisse glycosurique modérée et inconstante en même temps qu'une diminution de la glycémie. Le sucre protéidique augmente, mais d'une façon légère. Ces modifications ont été toujours transitoires; il ne semble pas que cette action de l'antipyrine puisse s'expliquer par un bloquage du rein ou par une exagération de la glycolyse.

Le rôle du bactériophage dans la fièvre typhoïde. — M. Paul HAUDUROY. Un certain nombre d'auteurs (Ciuca, Manoliu, Lisbonne et Boulet, Gjorup) ont obtenu des résultats différents de ceux de d'Hérelle et d'Hauduroy : le bactériophage ne jouerait aucun rôle dans la guérison naturelle de la fièvre typhoïde.

L'auteur apporte de nouvelles observations à l'appui des faits qu'il a soutenus. Il a vu, dans certains cas de fièvre typhoïde à défervescence brusque, des hémocultures, faites avant la chute de température, de positives devenir négatives, et il a pu en isoler un bactériophage très actif. Ces faits sont pour lui une preuve absolue que le principe découvert par d'Hérelle joue un rôle important dans la guérison de la dothiénentérie.

Les lésions du chondriome hépatique sous l'effet de l'autolyse traumatique de la rate. — MM. André RAIMA et JOVIN, après Chauffard et Castaigne, Le Play et Ameuille, ont repris l'étude expérimentale des hépatites d'origine splénique. Ils ont constaté que chez le cobaye et le lapin l'écrasement partiel de la rate entraîne en une à deux semaines d'importantes altérations de la cellule hépatique, malgré l'absence de lésions macroscopiques. Ces altérations consistent essentiellement dans la disparition par places des mitochondries, dans leur raréfaction et leur augmentation inégale de volume en d'autres points. Cette chondriolyse s'accompagne de vacuolisation claire. Les lésions sont à leur maximum au niveau de la zone fragile centro-lobulaire.

De telles constatations éclairent l'histoire de certaines hépatites dégénératives ou scléreuses au cours des splénomégalies chroniques inflammatoires et conduisent à la conséquence clinique de la splénectomie dans de pareils syndromes.

L'acidose et le coma diabétique chez le chien dépancréaté. — M. E. HÉDON. Les symptômes de l'acidose ne se montrent généralement pas chez le chien dépancréaté, dans les conditions ordinaires.

Par contre, ils apparaissent avec la plus grande netteté et conduisent à un coma typique sur l'animal traité par l'insuline, depuis quelques mois, lorsqu'on interrompt le traitement plusieurs jours consécutifs.

Dans une première période, et dès les premiers moments après la suppression de l'insuline, un fort diabète apparaît, mais l'animal le supporte bien; ses urines abondantes et très chargées en sucre, restent limpides, jaune clair, sans autres particularités sinon qu'elles ne tardent pas à présenter une forte réaction de Gerhardt. Dans une deuxième période (quatrième au sixième jour) les premiers accidents se déclarent : l'animal devient triste, abattu, perd l'appétit, ses muscles se contracturent; son urine se trouble par élimination de cylindres granulo-graisseux et de nombreuses granulations graisseuses libres. Rapidement les accidents s'aggravent et l'on assiste à la phase ultime aboutissant au coma; la réserve alcaline du sang tombe à une valeur très faible; il se produit une forte hémolyse avec ses conséquences : l'urine devient

rougeâtre et contient alors, outre la graisse, de l'albumine, de l'hémoglobine, de la bilirubine.

Ces accidents ont été reproduits à deux reprises dans le même ordre, chez le même chien. Les deux fois ils ont rétrocédé et l'animal est redevenu normal par la reprise des injections d'insuline associée à l'administration de bicarbonate de soude. Dès que la réserve alcaline est reconstituée, la restauration est remarquable. Dans une des épreuves, la plus sévère, la réserve alcaline était tombée à 11 p. 100 (contre 40 p. 100 état normal), sur l'animal moribond le bicarbonate fut injecté dans les veines et produisit un effet quasi-instantané de résurrection.

En raison du retour à un état de santé parfait, après ces deux crises d'acidose très graves, l'auteur estime que tous les organes de ce chien, totalement dépancréaté depuis dix-huit mois, sont sains ; que, contrairement à l'opinion de Ed. Allard, ces accidents n'indiquent nullement une déficience organique quelconque, et que la lipurie et l'élimination de cylindres granulo-graisseux ne constituent pas un symptôme aussi grave qu'on le croit généralement, mais représentent seulement une réaction fonctionnelle du rein, devant une surcharge graisseuse, plutôt que le signe d'une altération profonde des tubuli par dégénérescence.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 27 AVRIL 1925)

M. Gornouec présente un malade atteint d'**éléphantiasis des lèvres** dans les antécédents duquel on trouve syphilis et tuberculose. Histologiquement les lésions semblent dues à la tuberculose.

M. Gougerot rapporte deux observations de **tuberculose éléphantiasique de la bouche**; l'un chez un homme de cinquante ans, cordonnier, dont la femme était tuberculeuse, l'autre qui paraît avoir été inoculé accidentellement et dans les antécédents duquel on trouve la syphilis. L'auteur base le diagnostic clinique sur la présence d'adénopathie inexistante dans l'actinomycose et dans la syphilis tertiaire des lèvres. Ce diagnostic est complété par l'inoculation au cobaye et l'examen histologique. Ce dernier ne permet pas d'ailleurs à lui seul d'affirmer la tuberculose.

M. Gougerot rapproche ces lésions de lésions analogues plus fréquemment observées dans la région ano-génitale.

M. Merville présente un cas d'**ostéo-myélite du maxillaire inférieur consécutif à une gangrène pulpaire traitée trois mois auparavant**. Elimination de séquestres, fracture spontanée consolidée par la suite.

Le professeur Cieszynski (de Lwow) parle de la **radiographie dentaire** dans les cas normaux ainsi que dans les différentes déformations et malpositions dento-maxillaires.

LIVRES NOUVEAUX

Histoire de la sécrétion gastrique (1), par M. Loeper, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Tenon.

Voici un beau livre et un bon livre. M. Loeper a réuni sous une forme abrégée des notions qui se trouvent éparses dans un grand nombre d'ouvrages et que l'on ne peut étudier dans leur ensemble que dans les gros traités de physiologie.

Depuis la période galénique, qui va jusqu'à Paracelse, il marque les différentes étapes de l'étude de la sécrétion gastrique : période chimique, période mécanique, période de l'acidité, période de la chlorhydrie et des fistules humaines, périodes de la pepsine et des fistules expérimentales.

M. Loeper arrive ainsi aux travaux modernes et décrit les techniques les plus récentes montrant qu'il n'est pas seulement un historien médical averti mais un véritable physiologiste.

(1) In-8 illustré. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson.

Ecrit dans une belle langue claire suivant un plan méthodique, illustré de nombreuses et belles figures, l'excellent ouvrage de M. Loeper est agréable à lire et sera encore plus utile à consulter.

F. L. S.

Les Principales positions utilisées en radiographie. Technique, indications, résultats (1), par MM. L. Delherm et Morel-Kahn.

Les auteurs de cet ouvrage ont précisé le but de leur travail dans un avant-propos. Ils ont voulu faire un livre pratique permettant au spécialiste de trouver des renseignements souvent épars, et au praticien de comprendre les résultats de l'examen radiographique.

Ils ont, dans cette double intention, divisé leur travail en trois parties : la description des positions principalement utilisées en radiographie en insistant sur les principales précautions à observer ; la deuxième, rappelant les résultats obtenus; la troisième, les principales indications. C'est ainsi que la première partie étant un aide-mémoire pour le spécialiste, les deux autres s'adressent plus particulièrement au praticien qu'une table guidera avec facilité. A côté des positions classiques, les auteurs ont fait une large place à quelques positions encore peu utilisées, par exemple : positions de Hirtz pour la radiographie du crâne, position de profil pour l'étude de la colonne cervicale, de la hanche, de la vésicule biliaire, etc.

Sans avoir la prétention d'être complet, ce livre, tel qu'il a été conçu et grâce à l'abondance des figures, nous semble appelé à rendre de grands services. De courts résumés en espagnol permettront à nos confrères parlant cette langue, et ils sont nombreux, de mieux comprendre le texte et les figures.

L. G.

Les Curiosités de la médecine (2), par le docteur Cabanès.

Délaissant un instant la belle série de ses ouvrages sur la médecine dans l'histoire, M. Cabanès nous offre aujourd'hui un volume de curiosités médicales consacré aux anomalies du corps humain.

Ce nouvel ouvrage ne rappelle que par le titre celui publié par M. Cabanès il y a vingt-cinq ans, la matière en est entièrement renouvelée, il n'en reste que la manière qui rend les ouvrages de notre confrère à la fois si instructifs et si faciles à lire.

Nos lecteurs n'attendent pas une analyse d'un livre bourré de faits comme un dictionnaire et entremêlé d'anecdotes piquantes. Qu'ils le lisent en s'attardant aux documents si curieux que Cabanès a réuni sur le corps humain, sur la peau et les tatouages, sur les dents, le tronc et les membres, etc. On ne perd jamais son temps en lisant un livre de Cabanès et on passe de plus de fort agréables instants.

F. L. S.

Nos Médecins (3), roman, par Maurice Duplay.

Nous avons déjà signalé le roman de M. Duplay. Fils du regretté chirurgien de l'Hôtel-Dieu. L'auteur connaît bien le monde médical. Le tableau qu'il en trace n'est peut-être pas très flatteur dans son ensemble, mais la belle figure du vieux maître qui apparaît au milieu d'une intrigue attachante montre que les grandes vertus professionnelles d'autrefois existent toujours. Il est bon qu'on le répète quelquefois.

L. G.

Historia do Ensino medico no Porto,
par Maximiano Lemos.

A l'occasion du Centenaire de la Faculté de médecine de Porto, M. Maximiano Lemos publie une très belle histoire de l'Ecole de médecine de Porto brillamment illustrée par le professeur Salazar.

Une préface du professeur J.-A. Pires de Lima présente cet ouvrage qui commémore dignement le Centenaire de l'illustre Faculté portugaise.

L. G.

(1) In-8 avec 134 gravures hors texte. — Paris, N. Maloine.
(2) In-8 orné de nombreuses illustrations. — Paris, Le François.
(3) In-8. — Paris, A. Fayard et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE L'ÉPILEPSIE BRAVAIS-JACKSONNIENNE [1]

Quoi qu'il en soit, le premier diagnostic à envisager est :

1° La néoplasie syphilitique : ce n'est qu'après l'avoir éliminée qu'il est rationnel de discuter les étiologies plus rares. La syphilis est l'affection la plus capable de déterminer des lésions limitées irritant la corticalité, qu'il s'agisse de méningite ou de corticalite scléro-gommeuse ou plus rarement de syphilome ou d'exostose cranienne.

On recherchera sur le malade l'existence de lésions spécifiques viscérales, et en particulier nerveuses, qui permettront de rapporter à la syphilis, les lésions déterminant le syndrome convulsif, on recherchera la cicatrice du chancre, l'état de la réflectivité tendineuse, le signe d'Argyll-Robertson, l'anisocorie, la leucoplasie buccale, les scléroses linguales, le souffle systolique d'aortite.

Le Bordet-Wassermann est assez souvent négatif dans le sang mais l'examen du liquide céphalo-rachidien révèle très souvent l'existence d'une méningite spécifique chronique caractérisée par l'hyperalbuminose, la lymphocytose, et la positivité de la réaction Wassermann.

2° Si la spécificité n'est pas en cause, on est en droit de songer *à la possibilité des affections suivantes* :

a. Les néoplasies tuberculeuses ;
b. Les tumeurs cérébrales proprement dites ;
c. L'abcès du cerveau ;
d. La pachyméningite hémorragique.

a. *Néoplasies tuberculeuses.* — Elles réalisent deux types anatomo-cliniques :

Le tuberculome, souvent unique, qui refoule le tissu nerveux sons l'envahir, s'observe surtout chez l'enfant et se traduit par la symptomatologie des tumeurs cérébrales. C'est une lésion rare, qui donne rarement des crises Bravais-jacksonniennes : elle siège d'ailleurs habituellement très en dehors de la zone motrice soit au niveau du cervelet soit à la face antérieure de la protubérance (syndrome ponto-cérébelleux).

La méningite tuberculeuse en plaques : Il ne s'agit pas de la piemérite bacillaire si banale chez l'enfant, où la lésoin est représentée par ces fines granulations que l'on recherche surtout, à la base de l'encéphale, mais d'une méningite en plaques plus ou moins épaisses, qui survient chez l'adulte, et se localise volontiers au niveau du lobule paracentral. Il est permis de penser à cette étiologie si le malade présente un foyer tuberculeux manifeste, pulmonaire, ganglionnaire, osseux, et si l'épilepsie jacksonnienne prend le type crural. La ponction lombaire peut donner des renseignements d'une valeur absolue (présence de bacilles de Koch dans le culot de centrifugation).

b. *Les tumeurs cérébrales proprement dites*, se traduiront par les signes d'hypertension intra-cranienne, le liquide céphalorachidien est tantôt normal ; tantôt riche en albumine et très pauvre en éléments cellulaires. La réaction de Wassermann est parfois positive alors que la néoplasie n'est nullement spécifique et qu'il ne s'agit pas d'une tumeur du cerveau chez un spécifique.

c. *L'abcès du cerveau* est toujours d'un diagnostic extrêmement difficile. L'apparition de crises convulsives partielles chez un ancien traumatisé cranien, ou chez un malade atteint d'otorrée chronique devra faire songer à cette étiologie.

c. *La pachyméningite hémorragique*, peut se traduire par des signes d'hypertension cérébrale, associés à des crises convulsives jacksonniennes. Elle sera reconnue à deux particularités :

La persistance d'une céphalée atroce, sousent localisée à un côté du crâne.

Et surtout l'évolution par accès, à plusieurs reprises, le sujet, ethylique ou spécifique, présente des ictus avec subcoma, hémiplégie transitoire souvent précédée par des crises d'épilepsie jacksonnienne.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 46, p. 758; n° 48, p. 790, et n° 50, p. 823.

Epilepsie réflexe. — Enfin, tout à fait exceptionnellement, quant aucun des facteurs étiologiques décrits, ne pourra être retenu, il faudra songer à la possibilité d'une épilepsie réflexe à point de départ *cutané* (cicatrices ayant englobé un tronc nerveux) *viscéral* (affections pleurales, vers intestinaux) sensoriels (corps étrangers de l'oreille, troubles oculaires).

Diagnostic topographique. — On se basera :

1° **Sur le signal symptôme.** — Il indique le point de départ de l'onde convulsive, et on sait qu'il suffit d'une excitation très localisée mais assez forte pour qu'elle gagne de proche en proche la moitié du corps et même le côté opposé.

Donc, la lésion intéressera la zone rolandique du côté opposé ;

A la partie inférieure, dans la crise à type facial.
A la partie moyenne, dans la crise à type brachial.
A la partie supérieure, dans la crise à type crural.

Toutefois, il ne faut pas oublier que le signal symptôme comme la crise jacksonnienne, *est un médiocre signe localisateur il n'y a pas que les lésions de la frontale ascendante qui déterminent des crises Bravais-jacksonnienne.* Toute excitation cérébrale, quel que soit son point de départ, pourvu qu'elle soit assez intense, peut donner de l'épilepsie partielle. On a pu voir des gommes, des tumeurs, donner de l'épilepsie Bravais-jacksonnienne alors qu'elles siégeaient au niveau du lobe frontal, du lobe occipital, et même à l'intérieur des hémisphères.

2° *Par contre, les paralysies persistantes*, postépileptiques ont une valeur presque absolue : elles indiquent la destruction des cellules primitivement irritées. Elles sont malheureusement plus tardives.

On conçoit donc combien est importante l'étiologie du syndrome jacksonnien. Les 2 causes essentielles conduisent donc :

A la thérapeutique spécifique ou :

A la thérapeutique chirurgicale : on conçoit alors l'intérêt d'un diagnostic topographique précis ; il sera toujours indiqué, chez les traumatisés crâniens, de pratiquer une radiographie pour décéler la présence de projectiles ou de fragments osseux intra-encéphaliques.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Jeudi 2 juillet. — Jury : MM. Brindeau, président; Nobécourt, Metzger et Lequeux. — Mlle Iliesco. Du pronostic dans l'infection puerpérale. — M. La Burthe. L'investigation faradique des phénomènes électriques accompagnant la contraction musculaire est-elle possible? — M. Puech (G.). Le kala-azar d'origine française. — M. Labadille (Ch.). Les anévrismes de l'oreillette gauche.

Jury : MM. Vaquez, président; Sergent, Sicard et Aubertin. — M. Welser. La myocardie. — M. Fougerat. L'homme et la lumière. — M. Neis (P.). La goutte aiguë du rhinopharynx. — M. Corneau (G.). De la péricardite tuberculeuse. — M. Dupuis (A.). Etude de l'action de la pilocarpine dans les rétentions d'urine. — M. Breton (P.). Etude de la gravité de la syphilis d'après la souche. Syphilis conjugale.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Balthazard, président; Brumpt, Vallée, Barrier, Moussu, Nicolas, Henry et Panisset. — M. Carneiro. Etude de l'entérite chronique hypertrophiante des bovins. — M. Cauchernez. Technique et recherches de coprologie microscopique chez le mouton et le porc. — M. Lang. La Nouvelle-Calédonie (climat, flore, faune, etc.). — M. Goulay. Le vétérinaire arbitre-expert.

Vendredi 3 juillet. — Jury : MM. Roger, président ; Richet, Menetrier et Labbé (M.). — M. Fabre. La mécanique des phénomènes sphygmomanométriques. — M. Tchilinguirian. Les selles biliaires et leur réaction. — M. Lion. Origine du journalisme médical. — M. Quenouille. Déséquilibre mental de Beethoven. — M. Ritel. Etude expérimentale de la réaction de Botella sur le rat. — M. Zimmer. Traitement des affections douloureuses gastro-duodénales. — M. Held. Le salicylate de génésérine dans le traitement des hyperexcitabilités. — M. Bas (J.). Etude sur la pathogénie de la migraine.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 2 FRANCS *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 31 août, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — DEUXIÈME CONCOURS DE CHIRURGIEN DES HÔPITAUX. — *Epreuve écrite.* — Séance du 29 juin. — MM. Michon et Charrier, 12 ; Fey et Boppe, 17.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, Ramadier, qui acceptent; Pinard, Chiray, Chabrol, Bazy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Un concours pour la nomination aux places d'élève externe en médecine, vacantes le 1er mars 1926 dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, aura lieu le mercredi 28 octobre 1925, à 9 h. 1/2.

Les étudiants qui désirent prendre part à ce concours seront admis à se faire inscrire à l'administration centrale, 3, avenue Victoria, bureau du Service de santé, tous les jours, les dimanches et fêtes exceptés, de 14 à 17 heures, depuis le mardi 1er septembre jusqu'au mercredi 30 septembre 1925 inclusivement.

Des avis ultérieurs indiqueront le lieu où les candidats devront se réunir pour l'épreuve écrite. — Seront seuls admis dans la salle où aura lieu la composition écrite les candidats porteurs du bulletin spécial délivré par l'administration et constatant leur inscription au concours.

Les candidats sont obligatoirement tenus d'occuper, pour rédiger leurs compositions, les places marquées à leur nom.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ORLÉANS. — Le concours annoncé précédemment pour deux places d'internes titulaires des hôpitaux d'Orléans a eu lieu le 29 juin dernier.

Les questions déposées ont été celles suivantes :

« Articulation du genou ». — « Anatomie macroscopique des voies biliaires extra-hépatiques, sans la vésicule biliaire ». — « Anatomie macroscopique du nerf cubital au-dessous du plexus brachial ».

Celle sortie a été : « Articulation du genou ».

Ont été nommés internes titulaires :

MM. Rogier, avec 56 points sur 60, et Favier, avec 47 points sur 60.

— LYON. — *Mutations.* — M. Gardère passe à l'hôpital Debrousse (service de médecine infantile) en remplacement de M. Mouriquand nommé professeur de clinique médicale infantile à la Charité.

M. Léon-Nové-Josserand remplace M. Gardère à l'hôpital du Perron (service d'enfants tuberculeux).

M. Garin prend le service des tuberculeux adultes du Perron.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — *Concours de l'adjuvat.* — Epreuve écrite : « Veines azygos. — Aspiration thoracique. »

Epreuve orale : « Apophyse styloïde du temporal. »

Epreuve pratique : « Le nerf trijumeau. Ses branches. Ses ganglions. »

Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Minne (Jean), 56 points ; Rocquet, 52 ; Dupire, 51 ; Gellé, 50.

— MONTPELLIER. — Ont obtenu le diplôme d'hygiène : avec la mention bien, Mlle Simon; avec la mention assez bien, MM. Agnel Bernard, Jacob; Mlle Jean; MM. Klinghoffer, Sabrie, Bouchet; Mlle Fournier; MM. Granier, Groc, Helmy, Pelissier (Léon), Guibert, Montagnol, Mme Stain.

A LA MÉMOIRE DE DEPAGE. — Notre excellent confrère le *Bruxelles médical* consacre un numéro à la mémoire du grand chirurgien qui vient de mourir.

Il annonce que pour perpétuer dignement son souvenir un groupe de collègues et d'amis a décidé d'élever à Bruxelles un *Mémorial*, et de créer une fondation scientifique digne de sa grande personnalité. Un comité d'honneur, sous le haut patronage de S. M. la reine des Belges, vient de se constituer,

il fait appel à tous les amis, les collaborateurs, les élèves et les admirateurs d'Antoine Depage pour lui permettre de réaliser le but qu'il s'est proposé.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXIVe Congrès français de chirurgie aura lieu à Paris, du 5 au 10 octobre 1925, sous la présidence de M. Léon Bérard, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Les questions suivantes ont été mises à l'ordre du jour du congrès.

1° *Résultats éloignés des différentes méthodes de traitement du cancer du rectum* : Rapporteurs : MM. GAUDIER (de Lille) et Anselme SCHWARTZ (de Paris).

2° *Traitement de la tuberculose du genou, à partir de l'adolescence (quinze ans)* : Rapporteurs : MM. FREDET (de Paris) et VIGNARD (de Lyon).

3° *De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur* : Rapporteurs : MM. GUYOT (de Bordeaux) et ROUVILLOIS (Armée).

MM. les Membres de l'Association sont priés d'envoyer, avant le 1er août le titre et les conclusions de leurs communications au secrétaire général, 12, rue de Seine, à Paris (6e).

Extrait du règlement. — Les chirurgiens qui désirent faire partie de l'Association doivent envoyer au secrétaire général une demande signée par deux membres de l'Association. Ces parrains doivent être des chirurgiens habitant la même ville ou la même région que le candidat, ou, à leur défaut, ses anciens chefs de service.

XXVe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE. — Le XXVe Congrès de l'Association française d'urologie s'ouvrira à Paris, à la Faculté de médecine, le mardi 6 octobre 1925, sous la présidence de M. le professeur Gayet (de Lyon).

La question suivante a été mise à l'ordre du jour : *La dérivation des urines au-dessus de la vessie.* Rapporteur M. Papin (de Paris).

Pour tous renseignements concernant le Congrès, s'adresser à M. O. Pasteau, secrétaire général, 13, avenue de Villars, Paris, VIIe.

XIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XIe Congrès de médecine légale des pays de langue française aura lieu à Paris en mai 1926.

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Antheaume, secrétaire général de la Société de médecine légale de France; vice-présidents, le professeur Sorel (de Toulouse) et M. Duvoir, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; secrétaire général, M. le professeur Etienne Martin (de Lyon) ; secrétaire général adjoint, M. Piédelièvre, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° *Médecine légale* : Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse, M. Vielledent (de Lille); 2° *Criminologie.* « Le témoignage des psychopathes », M. Rogues de Fursac (de Paris) ; 3° *Pathologie traumatique.* « Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose) » ; M. Dervieux (de Paris).

UN CONGRÈS SPÉCIAL DE MALARIOLOGIE se tiendra à Rome les 4, 5, 6 octobre 1925, sous la présidence de M. le professeur E. Marchiafava. Le Comité exécutif se compose de MM. les professeurs V. Ascoli, A. Bignami, vice-présidents; A. Dionisi, G. Gaglio, B. Gosio, M. Sella, membres; G. Bastianelli, secrétaire général; A. Nazari, vice-secrétaire.

Les savants qui désirent participer à ce Congrès et y faire quelques communications, sont priés de vouloir bien en informer directement M. le professeur Bastianelli, secrétaire général du Congrès, via XXIV Maggio, 14, Rome,

CROISIÈRES MÉDICALES DES GRANDES VACANCES. — Croisière des ports de France et d'Algérie : Havre, Bordeaux, Oran, Alger, Marseille. Prix médical : 750 francs.

Croisière du Proche-Orient : Marseille, Alexandrie, Beyrouth, Caïffa, Larnaka, Smyrne, Constantinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille. Prix médical : 2.500 francs.

Croisière en Pologne : Le Havre-Dantzig avec escales. Prix très réduit.

Croisière des Baléares et des côtes d'Espagne pour le 1er août.

Croisière du Cap-Nord.

Pour renseignements, écrire sans retard au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

LIVRES NOUVEAUX

Cinq leçons sur le diabète (1), par M. le professeur Charles ACHARD.

M. le professeur Achard vient de réunir en un volume cinq leçons qui sont bien d'actualité. Il suffit de les énumérer pour indiquer l'intérêt qui s'attache à la lecture de cet ouvrage :

I. Coup d'œil sur l'utilisation du glycose.
II. Recherche clinique de l'insuffisance glycolitique.
III. L'insuffisance glycolytique dans les maladies.
IV. Les troubles nutritifs dans le diabète sucré.
V. L'application de l'insuline au traitement du diabète.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 6 AU 11 JUILLET 1925)

THÈSES

Lundi 6 juillet. — Jury : MM. Sebileau, président; Legueu, Ombrédanne et Lemaître. — Mlle FRIEDMANN. Tuberculose de l'adénome prostatique. — M. DUPUY (J.). Etude des verumontanites. — M. SAMARNA (L.). Paralysies associées des nerfs craniens. — M. VILENSKI. L'adrénaline dans l'anesthésie en oto-rhino-laryngologie. — M. RAOUL (René). Des papillomes du larynx et leur traitement. — M. BLANCHON. Etude des résultats de la transplantation tendineuse.

Jury : MM. Hartmann, président; Gosset, Alglave et Mauclaire. — M. DJOUROVITCH. Etude des fistules pleurales pariétales non tuberculeuses. — M. DO CONTO (Edison). Etude sur l'invagination de l'appendice. — M. VERGER. Traitement des épithéliomes du maxillaire supérieur. — M. LÉVY-NEUMAND. Les ruptures traumatiques du foie. — M. DAGUSÉ (P.). Etude des localisations obtenues des lymphocytomes. — M. METZGER. Etude des ulcères gastro-duodénaux. — M. BEAUPUY. Etude de la radiothérapie dans les cancers du sein. — M. MEYER-MAY. La lithiase du cholédoque.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Labbé (M.), président; Sergent, Vallée, Panisset, Petit et Robin. — M. GARDON. La valeur de la formule hémoleucocytaire chez le cheval. — M. CREMONT. La lutte contre la tuberculose bovine.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

(1) Un vol. in-8. Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

LES JOURNÉES MÉDICALES DE BRUXELLES

La Ve Session des Journées médicales s'ouvrit le 20 juin et le remarquable programme scientifique qu'elle offrit à ses adhérents, autant que leur enthousiasme, fut un succès pour le moins égal à la session de 1924 qui réunit 1465 participants. Cette année 1500 médecins avaient répondu à l'appel du comité organisateur. Rien d'étonnant. L'heureuse formule de ces réunions scientifiques, créées par *Bruxelles-Médical*, il y a cinq ans, pour le médecin praticien, tend d'ailleurs à trouver son application à l'étranger. Le succès des Journées du Maroc, après celles de Toulouse, l'annonce des Journées de Paris, de Nancy, de Tunis montre à l'évidence que le corps médical a trouvé un juste profit dans des réunions où la pratique est abondamment mêlée à la théorie. Les organisateurs ont, comme le disait le professeur Forgue, modernisé les congrès médicaux. Les « Journées » sont dépourvues de l'apparat et de la discipline de ceux-ci : après chaque communication, les auditeurs peuvent éclaircir un point resté obscur dans leur esprit, susciter des discussions en se basant sur leurs observations et leur expériences personnelles, approfondir une donnée qui les intéresse particulièrement. Ce sont de véritables exercices de perfectionnement, dépourvus de toute solennité, mais féconds en résultats ; ce sont des heures de belle confraternité.

Cette année encore, Bruxelles qui fut le berceau des Journées médicales, se devait à elle-même d'offrir à ses hôtes et dans toutes les spécialités, un programme de choix. Grâce au bienveillant concours du corps professoral, des chefs de services de leurs assistants des hôpitaux de la capitale et des instituts privés, grâce aussi à la précieuse collaboration du service de santé de l'armée et des institutions qui en dépendent, le côté pratique des Journées médicales ne le céda en rien à la série de conférences et de communications qui furent données, sur des sujets à l'ordre du jour, par les maîtres de la science médicale.

Ce fut avec une satisfaction profonde que nous avons revu parmi nous tous nos amis des années précédentes, à qui tant de nouveaux venus ont voulu se joindre. Aux confrères de Bruxelles et de Province vint s'ajouter la plus puissante délégation de médecins de nations alliées ou amies qu'on ait jamais vue, en semblables assises en Belgique, depuis l'armistice. Le jour de la séance inaugurale, la grande salle du Palais des Académies a vu réunir des praticiens venus des quatre coins du monde : France, Grand-Duché de Luxembourg, Angleterre, Espagne, Suisse, Roumanie, Japon, Hollande, Danemark, Dantzig, Pologne, Irlande, Italie, Portugal, Serbie, Russie, Tchécoslovaquie, Autriche, Brésil, Uruguay, Bulgarie, Syrie, Egypte, Congo belge. Seul un vieil habitué de nos Journées était absent : le médecin inspecteur Oberlé qui, les années précédentes, avait représenté le maréchal Lyautey et le gouvernement chérifien. Qu'il sache que, dans l'enthousiasme de nos assises, nous n'avons pas oublié les vaillants confrères qui, là-bas, sous ses ordres, exposés au feu d'un ennemi sanguinaire et sauvage, ont fait le sacrifice de leur vie pour sauver, encore une fois, les soldats de la civilisation.

Leurs Majestés le Roi et la Reine avaient, à nouveau, accordé Leur Haut Patronage à la Ve session des Journées médicales.

Le Comité d'Honneur comprenait : LL. EE. sir George Graham, Ambassadeur de Grande-Bretagne; le Marquis de Villalobar et de Guimarey. Ambassadeur d'Espagne; M. le docteur Adutci, Ambassadeur du Japon; M. Maurice Herbette, Ambassadeur de la République Française; M. Catargi, ministre de Roumanie; M. Barbey, ministre de Suisse; le comte G. d'Ansembourg, chargé d'affaires du Grand-duché de Luxembourg; MM. les ministres de l'Intérieur et de l'Hygiène, des Affaires Etrangères, des Sciences et des Arts, de la Défense Nationale; le baron Béco, Gouverneur de la Province de Brabant; M. Adolphe Max, ministre d'Etat, bourgmestre de Bruxelles; le vicomte Berryer, ministre d'Etat; MM. Maurice Vauthier, sénateur, président du Conseil d'Administration de l'Université libre de Bruxelles; Paul Héger, président honoraire; Jules Bordet, directeur de l'Institut Pasteur, Brachet, recteur de l'Université de Bruxelles; Oscar Velghe; secrétaire-général du ministère de l'Intérieur et de l'Hygiène; le lieutenant-général médecin Wilmaers, inspecteur général du Service de santé de l'armée; A. Piérart, président du Collège des médecins; P. Vandervelde, J. et R. Verhoogen, professeurs à l'Université et chefs de service clinique des hôpitaux.

La séance inaugurale, a eu lieu le samedi 20 juin, à seize heures, dans la salle des séances solennelles de l'Académie royale de Belgique. La Reine, par une délicate attention a voulu honorer de sa présence la cérémonie. Au bureau ont pris place tous les membres du Comité de patronage et d'organisation. Dans la loge des Ambassadeurs, on remarquait la présence de MM. Herbette, Ambassadeur de France; Adutci, Ambassadeur du Japon; marquis de Villalobar, Ambassadeur d'Espagne; Barbey, ministre de Suisse.

Le ministre de l'Intérieur et de l'Hygiène prend le premier la parole. M. Rollin-Jacquemyn souhaite la bienvenue à la Reine, à l'infirmière royale et rappelle son œuvre de bonté, de charité pendant la guerre. Il fait un vibrant éloge de la profession médicale et salue les « artisans d'une grande œuvre charitable »,

M. Brachet, recteur de l'Université de Bruxelles fait ressortir l'importance de ces assises. Il apporte les encouragements de toute la Faculté de médecine et félicite le comité organisateur d'avoir eu l'initiative de convoquer à notre tribune des savants étrangers.

Les Journées médicales constituent un trait d'union entre les savants et les praticiens chargés d'appliquer les résultats des recherches scientifiques. Elles condensent, dit-il, le progrès.

L'inspecteur général Vincent, délégué de la République française, dépose aux pieds de Sa Majesté, l'expression de sa vive admiration et rappelle quel réconfort et quelle joie Elle apportait aux pauvres blessés de la grande guerre. Il félicite le docteur Beckers de l'organisation impeccable de ces journées d'études, plus éclectiques et plus intimes que les Congrès. Il fait l'éloge de la pitié médicale. Le médecin, dit-il, est toujours sur la brèche et il remplit, sans se plaindre, ce que de Vigny appelle : « la poésie du devoir »,

Le docteur Bandelac de Pariente (de Madrid); le docteur Kashiwado de l'Université d'Osaka, le docteur Zatta (de Bucarest), le docteur Ernst (de Genève), le docteur Praum (de Luxembourg), le docteur Abadie (d'Oran), apportent tour à tour à la Reine, l'hommage de leur respect et aux organisateurs des Journées médicales les vœux de réussite de la part des gouvernements qu'ils représentent au Congrès.

Le Roi d'Espagne, par un télégramme, nous envoya ses souhaits et ses félicitations. Nul témoignage d'encouragement ne fut plus précieux que celui-là.

Après chacune de ces allocutions, la musique des carabiniers joue les hymnes nationaux du pays représentés que l'assistance écoute debout. Le docteur Beckers, secrétaire général, rend un hommage ému au professeur Depage qui fut l'un des premiers à saisir l'importance de ces réunions et à les encourager. Il retrace la brillante carrière de l'éminent chirurgien et dit la perte sensible que fait la science belge. Il souligne le nombre important des congressistes qui se sont inscrits à ces cinquièmes assises et remercie tous les savants qui ont bien voulu assurer par leurs concours le succès du Congrès.

Le travail scientifique commence, M. Maurice DE FLEURY, membre de l'Académie de médecine, fit une conférence intitulée : **Psychologie et Psychiatrie**, sujet qu'il avait si magistralement traité déjà dans son livre : *L'Angoisse humaine*. Il divise les maladies mentales en deux catégories : la première comprend les psychoses bien définies, liées à des lésions du système nerveux central qui amènent la démence. Dans la seconde, il range les maladies mentales inorganiques, tenant à la constitution même de l'individu. Les réactions mentales sont au nombre de cinq, activité, réactivité, bonté, sensibilité, avidité. De leur dosage et de leur intimité résulte le caractère de chaque homme.

D'après le docteur M. de Fleury, il y a parallélisme entre l'état mental et l'état de santé. Depuis cinq ans il applique cette classification; depuis cinq ans, elle se révèle infaillible. Il ne faut pas chercher ailleurs, la compréhension des actions

humaines. Il produit à l'appui de sa thèse de nombreux exemples. Le conférencier rejette donc en entier la doctrine de Taine sur l'influence déterminante du milieu. Ni le milieu, ni l'éducation ne sont susceptibles de modifier foncièrement les impulsions propres à chaque individu. La surface peut changer, non le fond et, somme toute, la part de la volonté est loin de correspondre au domaine qu'on lui avait taillé jusqu'ici. L'affectif a le pas sur l'intellectuel, voilà la vérité qui s'impose à l'observateur impartial. A cette psychologie nouvelle, quelle morale adapter? Il faut, répond le docteur de Fleury, envisager désormais la morale d'une façon moins sommaire et moins simpliste qu'on ne le fit jusqu'ici. Et il conclut en ces termes : quand on a manié par profession la souffrance humaine, on ne peut s'empêcher de sourire à ces menues recettes de morale pratique dont on accable les enfants et les jeunes gens. Ce système est-il destructif de toute morale? Non point, la psychologie moderne n'apporte pas la dénégation de la morale mais son rajeunissement. Une longue ovation salue cette péroraison et le conférencier est chaleureusement félicité par la Reine.

Le dimanche matin, le Comité organisateur déposait pieusement une gerbe au pied du monument dédié à la mémoire des étudiants morts pour la Patrie. A neuf heures, il ouvrait l'exposition se rapportant aux produits pharmaceutiques, instruments de chirurgie, matériels opératoires, stations thermales et climatiques, journaux médicaux. Plus de cent adhérents y apportaient leur concours et chacun s'intéresse aux nouveaux produits lancés par les laboratoires pour la plupart français.

Un studio médical dont l'organisation a été confiée aux docteurs Duivepart et Lemmens réunit dans un salon spécialement aménagé à cet effet les œuvres, tableaux aquarelles, sculptures, dessins, caricatures, cuivres, travaux littéraires de nos médecins artistes.

On entendit alors les exposés intéressants des docteurs Bertrand (d'Anvers), Potvin (de Bruxelles), Wahy (d'Anvers), Mabille, chef de cabinet adjoint du ministre de l'Hygiène de France et Lebrun (de Paris).

Le professeur Jean Demoor (de Bruxelles) parla des **transmissions humorales, de leur signification en physiologie et en pathologie**. Classiquement, on pensait : la vie des tissus représente une série de réflexes surveillés par le système nerveux central. Nos idées ont évolué. Actuellement on dit : il existe dans les tissus une vie spéciale, une riposte manifeste, non pas sous l'influence du système nerveux mais d'une substance sécrétée. Et l'auteur nous expose toute la série des expériences qui démontrent ces faits nouveaux. Il les critique, les discute et en une magnifique synthèse il expose ses idées à ce sujet. Il rappelle les belles expériences de Lœwy sur le cœur isolé de grenouille. Dans toute la physiologie, on peut dire qu'il existe des faits qui démontrent que les hormones déterminent des réactions dans les organes et ces réactions modifient les conditions de perméabilité. En une péroraison d'une belle envolée il dit sa foi dans la science. Que serait-elle sans les praticiens chargés d'appliquer à la clinique humaine ses conclusions et d'en contrôler les résultats.

Le professeur Lemaire (de Louvain) a étudié spécialement le **mécanisme de la sensibilité viscérale et ses applications en clinique**. Il vient nous faire connaître le résultat de ses observations. Nos viscères sont sensibles au même degré que notre enveloppe corporelle, pense-t-on communément. Les connaissances anatomo-physiologiques montrent que leur innervation est centrifuge, c'est-à-dire sécrétoire. Les investigations permettent d'affirmer que les viscères innervés par le système nerveux végétatif sont insensibles, exemple : rein, foie, mais pas les ovaires, ni les testicules. La pression de ces derniers organes éveille une douleur, mais elle résulte de la riposte du système nerveux central. Le tube digestif est insensible et même le péritoine. Mais il existe chez celui-ci une couche cellulaire juxtapéritonéale externe qui est très sensible et c'est elle uniquement qui intervient dans la genèse de pas mal de douleurs abdominales. Pour éveiller une sensation viscérale, il faut un stimulus adéquat. L'étude de ces stimuli est loin d'être terminée. On en connaît cependant quelques-uns : la distension, l'inflammation, le spasme, par exemple. En conclusion, l'activité normale de nos viscères s'établit sans parvenir à la conscience. Les sensations viscérales parvenues à la conscience empruntent la voie du système nerveux central vraisemblablement par raccordement au ganglion spinal.

Sir Almoth E. Wright expose le **traitement des infections bactériennes**. Il dit la conception de Pasteur, l'oppose aux théories actuelles basées sur des faits expérimentaux inattaquables. Il expose le résultat de ses recherches ; montre qu'on peut à l'avance déterminer l'efficacité ou l'inefficacité d'un traitement vaccinal. La mise en contact de sérum du malade et de staphylocoques fournit la réponse. Il montre pourquoi une vaccinothérapie antituberculeuse est impossible, et enfin dans tous les cas où le vaccin peut agir il dit pourquoi il préfère l'administration de petites doses.

Le médecin inspecteur général Vincent, de l'armée française, a mérité la gratitude des combattants et des peuples grâce à sa découverte du **sérum antigangréneux**. Modestement, il vient nous parler de cette sérothérapie. Doit-il encore plaider cette cause quand on sait qu'avant son application il a relevé 246 décès sur 566 malades atteints de gangrène. N'est-ce pas assez dire l'importance de ce traitement. Il est préventif; il est curatif. On ne compte plus les succès obtenus et les vies sauvées.

Est-ce à dire qu'il ne s'agit là que d'un traitement applicable uniquement en temps de guerre. La mort récente d'un haut magistrat parisien est venue nous rappeler qu'il faut utiliser le sérum aussi en temps de paix; dans les plaies cutanées, dans les plaies du tube digestif, dans la gangrène pulmonaire et surtout dans l'appendicite. Mais les bactéries gangréneuses s'associent souvent à d'autres microbes : staphylocoques, streptocoques, colibacilles. La sérothérapie sera donc aussi associée : à part le sérum colibacillaire, découverte de Vincent, les sérums antistaphylo ou antistreptococciques n'ont jusqu'ici donné aucun résultat. Mais le jour est proche où l'intoxication streptococcique cédera aussi; la préparation d'un nouveau sérum par Vincent qui donne les plus beaux espoirs ajoutera un nouveau fleuron à la couronne de ce savant modeste et de la science française.

Les docteurs Bidou, Siffre, Grunberg (de Paris), les professeurs agrégés Lian et Joyeux ont complété par des conférences intéressantes le travail scientifique de cette journée.

Le soir, dans les salons des musées royaux du Cinquantenaire nous étions conviés à une soirée, suivie de raout, pendant laquelle l'orchestre des concerts Defauw s'est fait entendre. Le Roi et la Reine, donnant une nouvelle preuve de l'intérêt qu'il porte à nos Journées, avaient honoré cette fête de leur présence.

Le lundi, les congressistes se réunissaient à l'hôpital Brugmann où chirurgiens et médecins se sont dépensés sans compter pour intéresser leur auditoire, soit par des communications, soit par des séances opératoires. A 10 h. 30 était inauguré, dans le même hôpital, le centre anticancéreux de l'Université de Bruxelles. La Reine avait tenu à y assister. Devant un auditoire composé de notabilités bruxelloises et de beaucoup de médecins, de nombreux discours furent prononcés. Le docteur Regaud, directeur de l'Institut du radium de Paris, parle alors du traitement du cancer par le radium. Il produit la statistique des guérisons totales obtenues par lui, dans ces dernières années, pour le cancer de la langue. Elles se chiffrent par 24 p. 100, alors qu'avant le traitement par le radium la science devait se reconnaître impuissante. Est-ce à dire que le problème soit résolu? Non, et ce serait un véritable abus de confiance que de le laisser croire au public. La nouvelle thérapeutique a tiré ses succès du cancer d'origine épidermique. Elle s'avère infiniment moins efficace contre le cancer des glandes et elle est sans effet contre le cancer du tube digestif qui reste du domaine de la chirurgie. Des recherches doivent être poursuivies. Le présent fait bien augurer de l'avenir.

Le docteur Murdoch, chef du service de la radiumthérapie, guide alors ses invités dans les merveilleux laboratoires installés et se multiplie pour donner à tous, avec simplicité et

bonne grâce, toutes les explications nécessaires. Le professeur Dustin termine la matinée par une démonstration de documents anatomo-pathologiques relatifs au cancer. On sait toute la compétence du professeur de Bruxelles; il obtint un succès mérité.

L'après-midi, André Léri, Abadie, Tournade, Noël Fiessinger, Maurice Chiray, Gougerot, occupèrent la tribune. Inutile d'ajouter que ces noms bien connus avaient attiré partout un grand concours de monde.

L'attrait cependant était réservé à la conférence de Voronoff. Je ne puis m'empêcher de citer quelques lignes d'un compte rendu de la séance donné par la « Nation belge ».

L'auditoire de chimie de l'Université est rempli à craquer mais ce n'est pas la foule qui s'y presse ordinairement. La plupart des auditeurs ont depuis longtemps passé l'âge d'école. Beaucoup de barbes s'étalent avec importance sur les paletots entr'ouverts. De nombreuses calvities égaient le parterre et même quelques chapeaux cloche jettent de-ci de-là une note d'élégance et de fraîcheur, bien imprévue dans cet endroit austère. Les vieux murs n'en reviennent pas et le tableau noir a l'air encore plus rébarbatif que d'habitude. Cette affluence exceptionnelle ne leur dit rien qui vaille. » Le conférencier communique les résultats de ses expériences. Il commente toute une série de projections, apporte la preuve de ses conceptions. Les auditeurs convaincus et sans doute avec l'espoir qu'un jour ils pourront bénéficier des travaux de Voronoff, firent à celui-ci une longue ovation.

« Post laborem, circenses. » A 8 heures, le théâtre royal de la Monnaie donnait en l'honneur des Journées médicales, une représentation du *Prince Igor* qui fut un régal.

Le mardi matin, les médecins des instituts privés, de l'hôpital Saint-Jean, de l'hôpital militaire, recevaient leurs confrères. Partout ce fut une belle émulation, à l'Institut médico-chirurgical du docteur Mayer, à la policlinique du parc Léopold ce fut la cohue. Les docteurs Bernard, Tant, Cerf, Dubœux (de Paris), de Lach, Pauporté, Couturier, René Gaultier (de Paris), apportèrent le résultat de leurs recherches et de leur expérience clinique et intéressèrent au plus haut point leur auditoire. Les docteurs Mayer, Beckers, Pinchard, Contempré et Cheval avaient organisé une séance opératoire où se pressaient nombreux tous ceux qui s'intéressent aux techniques chirurgicales et à la radiumthérapie.

Le professeur Vermeuwe (de Gand) avait bien voulu nous parler d'un sujet qui lui est cher et il montra, avec sa facilité habituelle, que le **traitement de la diphtérie** soulève encore pour les cliniciens de multiples problèmes.

Le docteur Bigwood, le jeune assistant du professeur Hosse (de Bruxelles) traita magistralement du **métabolisme de base**. Avec simplicité il nous fit connaître sa signification physiologique et montra ce que la clinique pouvait en attendre. Son auditoire lui accorda des applaudissements chaleureux.

Pierre Noel Deschamps (de Paris), le professeur Glibert et son chef de clinique Tzanck, le professeur Willems et le professeur Dustin, le professeur Sollier tous tinrent tour à tour sous le charme de leur parole et leur exposé, de la plus haute portée scientifique, éclaircit bien des données restées jusqu'ici pour nous bien obscures.

Les organisateurs, par une galante attention avaient élaboré pour les dames un programme de distractions et de promenades.

Le samedi soir elles entendirent au Waux-Hall sous les grands arbres du Pont-Royal, un concert symphonique qui mérita leurs applaudissements. Le dimanche, des autres les emmenaient au château de Gaesbuk dont elles purent admirer la merveilleuse architecture et les superbes collections. Le lundi, elles étaient au Palais de la Nation, puis au thé que leur offrait le comité des Journées médicales.

MM. Louis Leconte, conservateur en chef, et Léon Wilemet, conservateur adjoint, les attendaient le mardi au musée de l'armée. En une causerie-promenade, avec une bonne grâce charmante, ces Messieurs firent admirer les belles collections de notre Musée si jeune encore et si riche déjà.

*
* *

Les Journées de Bruxelles étaient terminées. Le lendemain, mercredi, on partait pour Bruges. Nos confrères brugeois auxquels avaient bien voulu se joindre MM. le baron Janssens de Bisthoven, gouverneur de la Flandre Occidentale, Van Hœstenberghe, bourgmestre de la vieille cité, Rielandt, échevin de l'hygiène, avaient organisé une réception qui restera inoubliable. Le collège des Bourgmestres et Echevins nous accueillit dans la grande salle gothique de l'Hôtel de Ville. Le premier magistrat communal nous dit sa joie de nous recevoir dans ces vieux murs, témoins de tant de grands faits de notre histoire. Le docteur Beckers remercia aux nom de tous les participants.

Puis, dans la grande salle de l'hôpital Saint-Jean, nous eûmes le plaisir d'entendre une conférence du docteur Tricot-Royer, président de la Société internationale d'histoire de la médecine. Le savant médecin anversois, présenté en termes charmants par le docteur Mayer, avait pris comme sujet : l'histoire de l'hôpital Saint-Jean de Bruges. Conteur délicieux, conférencier plein de verve, amoureux du passé, chercheur infatigable, notre confrère, en une langue d'une belle pureté, nous fit revivre la vie de ce vieil hôpital. Un lunch nous était servi dans la grande halle aux draps. Au dessert, le Gouverneur de la Province félicita les organisateurs de leur belle initiative, prometteuse de progrès nouveaux. Le docteur Mayer remercie tous ceux qui avaient contribué au succès des Journées médicales et demanda de réserver bon accueil aux dames qui s'étaient offertes à collecter pour les blessés du Maroc. La somme recueillie s'élève à 1.175 francs. Le docteur Abadie, le professeur Vincent, en termes émus célébrèrent l'amitié franco-belge scellée dans la boue des Flandres et burent au Roi et à la Reine.

Par groupes nous fûmes emmenés en ville. Voici le béguinage et les canaux et le lac d'Amour chantés par Rodenbach. Voici toutes les richesses du musée communal, du musée de l'hôpital Saint-Jean, du Grunthuse, de Notre-Dame. Quel enchantement! Quelle impression d'art, de fierté, d'admiration! « L'aspect de la ville, écrit Maurice Sabbe, apporte un témoignage frappant et sans égal de ses vertus originales; et si l'on a jamais pu dire que les pierres parlaient, il en est bien ainsi dans les rues et sur les places de la métropole flamande aujourd'hui dépossédée. De ses sanctuaires magnifiques, de ses admirables monastères, s'élève l'hymne grandiose d'une piété que les siècles ont éprouvée. » Et c'est bien cela. On se tait et devant ce spectacle on songe avec admiration et gratitude à ces aïeux, amoureux fervents de la beauté. Nos confrères brugeois, fiers de leur ville, fils de ses vaillants communiers, se sont dépensés sans compter. Qu'ils sachent qu'à présent notre piété égale la leur. Un concert de carillon terminait la journée.

*
* *

Telle fut la vie du médecin pendant ces Journées. Impression profonde! Organisation parfaite. Bonne humeur constante! Programme instructif! C'est un travail fécond que celui exécuté dans un amical coude-à-coude. Et maintenant à nos malades! Nous sommes riches d'un peu plus d'expérience. Félicitons de tout cœur les docteurs Mayer et Beckers. Leur initiative était nécessaire. Le succès couronne leurs efforts. Chaque année apporte aux Journées des perfectionnements et ce pour le plus grand bien du médecin et surtout de ses malades.

Dr G. Ruelle
(de Bruxelles).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Arythmies en clinique, par Antonin Clerc, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital Lariboisière. Un volume de 404 pages avec 205 figures. — Prix : 34 fr. — Paris, Masson et Cie.

Physiologie de la voix à l'usage des chanteurs et des orateurs, par le docteur Marage, docteur en médecine et docteur ès sciences, chargé de cours à l'Université de Paris. Leçons recueillies par Mme Marage, préparateur du cours. Ouvrage couronné par l'Académie des sciences (prix Montyon). In-8 (24 × 16) de VII-204 pages et 114 figures. — Prix : broché, 15 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

Xe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE

(Lille, 25, 26, 27 mai 1925)

PREMIER RAPPORT : La mort par inhibition.

MM. DUVOIR et Ch. RICHET fils (de Paris).

C'est à Brown-Séquard que l'on doit surtout la notion d'inhibition, c'est-à-dire d'arrêt des fonctions d'un organe par suite d'une excitation nerveuse portant sur un point de l'organe plus ou moins éloigné de celui où se produit l'arrêt.

Cette notion physiologique fut introduite en médecine légale par Brouardel pour expliquer des morts subites provoquées par un traumatisme parfois extrêmement léger, sans lésion matérielle réelle ou valable et que nul état pathologique antérieur ne pouvait expliquer. C'était en somme la mort brusque, se produisant en dehors de toute lésion anatomique décelable.

Actuellement, les médecins légistes réservent le diagnostic de mort par inhibition à la mort qui se produit *par arrêt respiratoire primitif résultant d'une action bulbaire, ou par arrêt du cœur par action sur cet organe de son système nerveux intrinsèque.*

Cette pathogénie a été contestée par les physiologistes qui, au cours de leurs expériences, n'arrivent pas toujours à déterminer la mort des animaux dans ces conditions.

Cependant, les constatations cliniques n'en demeurent pas moins. On sait, en effet, que l'*inhibition cardiaque* se traduit cliniquement par la syncope classique, chute rapide puis disparition des mouvements cardiaques et de leurs manifestations éloignées (pulsations vasculaires), le tout ne durant que quelques secondes; disparition de ces phénomènes et retour à la vie.

L'*inhibition pulmonaire* consiste essentiellement en une apnée en expiration sans suspension des battements cardiaques; sa durée est beaucoup plus longue que la précédente (deux à quatre minutes maximum). C'est la suffocation qu'éprouve le boxeur recevant un « direct » à l'estomac, ou qui résulte de la surprise causée par un jet d'eau reçu sur l'abdomen. Toujours s'étendant dans le temps se place l'*inhibition cérébrale* qui, d'une simple obnubilation intellectuelle, peut aller jusqu'au coma avec bradycardie (knock-out des pugilistes), un semblable état pouvant durer plusieurs jours.

Enfin, l'*inhibition cellulaire générale* (A. Mayer) qui consiste essentiellement en une suppression plus ou moins totale des échanges cellulaires avec conservation de la teinte rouge du sang déjà signalée par Brown-Séquard. Cet état pourrait correspondre ou s'identifier avec certains états cliniques dits de shock.

Tous ces cas peuvent devenir mortels; il suffit qu'ils s'accentuent et se prolongent dans le temps.

Nous devons dire qu'en médecine légale on considère la mort par inhibition comme surtout d'origine cardiaque.

Quels sont les éléments du diagnostic différentiel? La fibrillation ventriculaire et les divers états de choc paraissent être les seuls à discuter. L'étiologie, la symptomatologie, la rapidité du dénouement sont assez différents dans les chocs pour qu'il n'y ait pas de place au doute, sauf toutefois en ce qui concerne le choc traumatique, dont l'aspect clinique est si voisin de l'inhibition qu'il paraît logique de les assimiler l'un à l'autre.

La fibrillation ventriculaire, longtemps confondue avec l'inhibition cardiaque, bien que très voisine, doit aussi en être différenciée, mais il faut en souligner l'extrême rareté.

L'étiologie polymorphe, bien classée physiologiquement (inhibition par action directe sur le nerf inhibiteur, inhibition par action sur les centres nerveux supérieurs, inhibition réflexe) relève de causes particulières, mais un examen approfondi des nombreuses observations publiées montre souvent l'impossibilité d'asseoir le diagnostic d'inhibition sur des preuves irréfutables.

Tout semble se ramener à une question de *terrain*, de susceptibilité, de sensibilisation créée par un état pathologique acquis ou héréditaire. L'inhibition terminale chez l'agonique n'est qu'un phénomène accessoire, qui l'est moins chez l'aortique succombant brusquement à l'occasion d'un minime effort, ou chez le porteur d'adhérences pleurales (Parisot, Morin, Beogradatz) qui meurt au cours d'une thoracentèse ou par suite d'un traumatisme excessivement bénin.

Ce sont là certes des phénomènes d'inhibition, mais nullement comparables à celui qui provoque la mort de l'individu normal subissant un traumatisme insignifiant sur des régions toujours les mêmes (larynx, estomac, testicule, etc.), ce qui tient peut-être à une réflectivité inhibitrice exagérée variant dans de très larges limites, comme d'ailleurs tous les états neuro-végétatifs, sous des influences qui, quoique encore mal connues, commencent à se préciser.

A. Mayer a observé que des lapins légèrement décalcifiés étaient plus sensibles à l'action immédiate du chloroforme et que chez l'animal auquel on avait administré un décalcifiant comme l'oxalate de soude à dose suffisante, le chloroforme détermine un arrêt respiratoire par action sur les centres.

Récemment, de Waele a montré que les animaux en état d'hypoalcalinité humorale expérimentale étaient beaucoup plus sensibles à certaines intoxications (chlorure de calcium, sels de baryum, dérivés barbituriques, anesthésiques). Cet auteur en voit la raison dans une hyperexcitabilité du pneumogastrique favorisée par l'acidose, bien qu'il n'ait jamais pu obtenir la mort par excitation de ce nerf chez les animaux désalcalinisés.

Ces constatations montrent bien le rapport qui semble exister entre les facteurs nerveux et humoral. On commence seulement à entrevoir l'importance de cette notion de terrain dans la mort par inhibition.

* * *

De cet ensemble de faits, on doit réserver le diagnostic de mort par inhibition à l'arrêt définitif et brusque d'une fonction vitale, tout spécialement respiration et circulation (inhibition cardiaque ou bulbaire), à la suite d'une action inhibitrice directe ou réflexe.

L'inhibition humaine grave peut présenter quatre modalités : inhibition cardiaque, inhibition pulmonaire, inhibition cérébrale et inhibition cellulaire générale.

Les causes de l'inhibition grave humaine peuvent être classées suivant le mode d'action du processus inhibiteur : *a.* inhibition par action directe sur le nerf inhibiteur; *b.* inhibition par excitation des centres nerveux supérieurs; *c.* inhibition réflexe, répondant à la véritable inhibition médico-légale, produite par des traumatismes ou des irritations portant sur des régions bien déterminées (larynx, plèvre, abdomen, organes génitaux, etc.). Le rôle d'une émotion violente, véritable traumatisme psychique n'est pas établi.

De plus, il est nécessaire que le sujet soit prédisposé soit par un déséquilibre neuro-végétatif ou par une modification de la réaction humorale, l'acidose semblant favoriser l'inhibition.

Les rapporteurs se rangent à l'opinion de ceux qui admettent que la mort par inhibition est possible chez l'homme en apparence sain.

Discussion. — M. BALTHAZARD (de Paris). Dans le rapport de MM. Duvoir et Richet fils, le mécanisme physiologique de l'inhibition est fort bien étudié, et nos collègues ont eu le mérite de rénover la question par l'introduction des notions nouvelles sur le système neuro-végétatif. Malheureusement, ils n'ont pas trouvé de critérium nouveau pour diagnostiquer la mort par inhibition qui reste un diagnostic d'élimination, admissible seulement lorsque toutes les causes susceptibles d'expliquer la mort, autrement que par un mécanisme réflexe, ont été éliminées. Aussi, quel que soit l'intérêt physiologique du rapprochement entre l'inhibition brutale et les chocs traumatiques retardés, il me paraît dangereux de vouloir élargir le champ de l'inhibition. Dans le choc traumatique retardé interviennent des éléments divers : la résorption des produits d'autolyse des tissus mortifiés, le refroidissement consécutif aux pertes sanguines, la toxi-infection ayant son point de départ au niveau des blessures.

Le terme de « mort par inhibition » doit être réservé aux arrêts brusques du cœur ou de la respiration, déclenchés sous l'influence du traumatisme par voie réflexe. Si l'on accepte cette définition, on constate que le nombre des observations démonstratives de mort par inhibition reste, dans la pratique médico-légale, singulièrement restreint et que bien souvent le diagnostic précis n'a pas été posé, faute d'une autopsie suffisamment complète.

M. Et. MARTIN (de Lyon) précise que, dans notre ignorance de la pathogénie des faits que nous observons, nous devons retenir les deux particularités suivantes : *a*. la syncope mortelle est provoquée par un choc léger et même par une émotion; *b*. la syncope ne produit pas toujours la mort subite, mais une mort rapide, dans un délai très rapproché du choc qui l'a provoquée.

La mort brusque, subite, paraît être tout à fait exceptionnelle dans les observations médico-légales. L'auteur n'en a observé qu'un unique cas où la mort pouvait être attribuée à l'arrêt subit et primitif du cœur. Le choc émotionnel lui paraît pouvoir aussi déterminer la mort brusque, et il en cite un cas personnel à titre documentaire, car l'autopsie n'ayant pas été faite on ne peut affirmer qu'il n'y avait pas de tares organiques. Enfin, il émet l'hypothèse que les cas observés en médecine légale sont mortels très vraisemblablement parce que les victimes ne sont pas secourues à temps, ainsi qu'une observation brève en apporte au moins un commencement de preuve.

Il convient aussi de bien séparer la mort subite de la mort rapide qui se produit après un temps appréciable, et que les cliniciens connaissent bien, mais que le médecin légiste n'a aucun moyen de diagnostiquer au moment de l'autopsie.

Enfin, il y a les cas où un traumatisme léger provoque la mort au bout d'un temps variable, et dans des conditions où l'inhibition des centres nerveux ne fournit aucune explication plausible des phénomènes. Pour l'auteur, seule la théorie du choc colloïdal d'Aug. Lumière paraît susceptible d'éclairer la pathogénie de cette catégorie de faits, où la mort ne se produit qu'assez longtemps après le traumatisme. Les cellules et les plasmas sont constitués par des colloïdes différents isolés les uns des autres par les membranes cellulaires. Le mélange de ces colloïdes produit des floculats (floculats micellaires = précipités) plus ou moins abondants qui, agissant sur les parois, déterminent des accidents mortels. A. Lumière a montré expérimentalement que la mort est produite par une vaso-dilatation brusque provoquée par un dérèglement du sympathique donnant ainsi lieu aux accidents circulatoires, respiratoires, sécrétoires et nerveux (syncope, convulsions) se terminant par la mort. Il faut, bien entendu, que le floculat arrive brusquement dans la circulation ou s'y produise soudainement, tandis que si le processus est progressif on ne constate expérimentalement que des phénomènes de peu d'importance.

M. DUVOIR (de Paris) fait remarquer que la mort par choc anaphylactique et la mort par inhibition ont une symptomatologie différente. Quant à la floculation invoquée par MM. Lumière et Etienne Martin, l'avenir dira la part qu'il conviendra de lui réserver dans les faits attribués actuellement à l'inhibition.

M. BALTHAZARD (de Paris) estime qu'il ne faudrait pas qu'après avoir proposé à l'étude du Congrès la mort par inhibition dans le but d'apporter quelques éclaircissements dans une question particulièrement complexe, on aboutît à l'obscurcir encore.

L'explication des floculats, présentée par M. Martin, peut s'appliquer aux morts par inhibition aussi bien qu'aux chocs retardés, la chose est possible. Mais ce ne serait pas une raison pour faire entrer les chocs dans l'inhibition. Celle-ci s'applique uniquement, quand on se place sur le terrain de la pratique médico-légale, aux faits de mort subite, foudroyante, ou du moins très rapide (quelques minutes au plus) à la suite d'un traumatisme léger ou du moins n'ayant pas provoqué de lésions organiques graves.

M. Louis DESCLAUX (de Nantes) fait remarquer qu'il y a des cas d'interprétation délicate. A ce sujet, il rapporte l'observation suivante : un militaire, après avoir déjeuné — par conséquent en état de vagotonie — prend une douche froide. Il s'affaisse et meurt subitement. A l'autopsie, destruction presque complète des capsules surrénales, d'origine tuberculeuse. Quelle discrimination faire en pareil cas entre le rôle de l'inhibition et celui de la lésion organique?

DEUXIÈME RAPPORT : **Traumatismes et tumeurs malignes.**

MM. CORDONNIER et MULLER (de Lille).

L'importance sans cesse grandissante des relations entre les tumeurs malignes et les accidents du travail justifie cette étude malgré l'obscurité dont est encore enveloppée l'étiologie des néoplasies. Dans quelles conditions l'expert peut-il admettre la relation de cause à effet entre la tumeur apparue après un traumatisme survenu au cours ou à l'occasion du travail?

Segond, dès 1907, a étudié cette question et voici ses conclusions :

Il faut chez un sujet n'ayant autant que possible aucun antécédent héréditaire (la relation de cause à effet ne sera que plus évidente) :

1° L'intégrité antérieure absolue de la région traumatisée;

2° Un traumatisme assez intense ayant laissé des traces au point contusionné;

3° Identité absolue entre le point traumatisé et le lieu où apparaît la tumeur;

4° Que le délai écoulé entre le traumatisme et les premiers symptômes de la tumeur n'ait pas été inférieur à un mois ou six semaines;

5° Qu'il y ait continuité dans l'apparition des manifestations pathologiques au point blessé;

6° Que, dans la mesure du possible, le diagnostic clinique de tumeur maligne ait été confirmé par un examen anatomo-pathologique.

Après avoir envisagé les différents cas qui se rencontrent dans la pratique médico-légale, ces conclusions ont été adoptées presque à l'unanimité, quoique Tédenat nie l'action possible du traumatisme.

Telle fut l'opinion à peu près générale jusqu'à la guerre, où la loi des pensions militaires détermina la reprise des discussions (Masson, Menetrier, Delbet, Bérard, J.-L. Faure, Chevassu, Forgue, Darier).

Au point de vue pathogénique, on sait que la théorie microbienne du cancer a perdu presque tous ses adeptes. Seules les théories embryonnaires (développement en plein tissu sain d'une cellule embryonnaire qui s'y serait égarée par suite d'un processus encore hypothétique) et cellulaire (développement rapide d'une cellule initiale qui ne réagit plus aux influences modératrices diverses qui tendraient à s'exercer sur elle, suractivité physiologique, etc.) ont leur partisans respectifs.

Parmi les divers types de cancer, il y en a qui attirent immédiatement l'attention.

a. **Cancers épithéliaux externes,** notamment ceux dus à des irritations chimiques dont le cancer du goudron est le type.

Son apparition est la conséquence d'une irritation prolongée de la peau par le goudron de houille ou les produits voisins. Trois cents jours entre le premier contact et son début chez la souris ne sont pas exceptionnels. Chez l'homme, ce délai est parfois beaucoup plus long, sans qu'il ait été nécessaire que l'irritation ait été entretenue, jusqu'à ce qu'une cause nouvelle, extrinsèque le plus souvent, vienne cancériser la cellule.

Telle est la succession la plus fréquente des événements dans cette variété d'épithéliomas dont peuvent être atteints les paraffineurs, les ouvriers du goudron, etc.

Il est cependant des cas qui nous obligent à considérer le cancer du goudron comme accident de travail. Leur nombre jusqu'ici est minime. Il se réduit à deux à notre connaissance.

Dans une observation danoise, l'épithélioma eut une évolution aiguë. Dans l'observation de Leclercq, l'évolution a été lente.

b. **Epithéliomas des cicatrices.** — En dehors de ces néoplasies externes développées accidentellement sur des régions

antérieurement saines existent toute une série de *néoplasies apparues au niveau des lésions tégumentaires anciennes*, comme les cicatrices de brûlures, de gelures, les cicatrices opératoires, les vieilles fistules refermées (état précancéreux de certains auteurs).

Quelle est la durée de cette évolution anormale de ces cicatrices? Tout le monde s'accordait jusqu'ici sur ce point pour estimer à dix, quinze, vingt ans les délais nécessaires. Cependant, quelques cas récemment publiés le raccourcissent singulièrement, C'est ainsi que les docteurs Nennman et Corin (de Bruxelles) signalent une récidive, cinq mois après une gastrectomie partielle pour cancer gastrique, sur la cicatrice opératoire (épithélioma baso-cellulaire du type malpighien).

D'autre part, le docteur Regnaud a transmis aux rapporteurs deux observations dans lesquelles le délai d'apparition, sans être aussi court que dans les cas précédents ne dépasse cependant pas trois ans, — c'est-à-dire permettrait de faire rentrer ces blessés dans le cadre de la loi de 1898, s'il s'agissait d'accidents de travail.

Gougerot a publié le cas d'un homme ayant reçu un coup de crosse de fusil au niveau du maxillaire supérieur, lequel avait déterminé une fracture de ce maxillaire. Plusieurs semaines après apparut un cancer de la gencive et du sinus maxillaire du côté blessé (épithélioma à globes cornés).

Il est encore un autre groupe de cancers externes, nous voulons parler de ceux qui se développent sur les nævi ou sur de petites hyperplasies restées bénignes. De nombreux cas en ont été publiés par les différents auteurs depuis Second. Le traumatisme paraît dans certains cas amener leur transformation en sarcomes, carcinomes ou mélanomes.

c. **Sarcomes des parties molles et des organes profonds.** — En ce qui concerne les premiers, il semble bien qu'il y ait dans la littérature médicale des observations qui puissent être retenues. J.-L. Faure, Forgue, Darier ne sont pas hostiles à l'étiologie traumatique du sarcome des parties molles. Mais Roussy n'admet pas cette opinion, d'accord en cela avec ceux qui pensent que d'autres facteurs que le trauma sont nécessaires pour transformer une cellule saine en une cellule cancéreuse. En cela, il est d'accord avec tous les auteurs, puisque l'on considère habituellement qu'il est indispensable que d'autres facteurs interviennent avec le traumatisme. Mais il nous suffit que le traumatisme ait un rôle pour que nous soyons obligés d'en tenir compte. Or, en réalité, il semble bien que dans de nombreux cas le traumatisme ait un rôle de premier plan,

En ce qui concerne les cancers des *organes profonds, thoraciques ou abdominaux*, il n'y a pas assez d'exemples probants. Nous nous refusons donc à les admettre jusqu'à nouvel ordre, et ce, malgré les travaux des auteurs allemands et de l'Office impérial des accidents du travail, dont les idées sont plus larges que les nôtres sur cette question.

En dehors de ces tumeurs, ce que l'on rencontre le plus souvent en médecine légale ce sont les *ostéosarcomes*. Mais il importe d'abord de distinguer le sarcome des productions inflammatoires cliniques (syphilitiques, tuberculeuses, actinomycosiques, etc.).

Les observations d'ostéosarcomes rapportés à un traumatisme abondent : L. Bérard (1918); Picquet et Girard (1911), Giordano, Gaudier, Vanverts, Henrich (1911), Gebele (1908), Martinesco (1923), etc.

Les quelques auteurs qui nient systématiquement l'influence des traumatismes sur l'apparition de ces ostéosarcomes, déclarent que ceux-ci n'ont pas été provoqués, mais *révélés* : il y avait toujours à l'origine un noyau, si petit soit-il, cancérisé. Or, il y a des cas où des radiographies ont été faites, les premières montrant à l'endroit traumatisé un tissu osseux d'aspect normal. Dès que la tumeur commence à se développer, on aperçoit des zones claires qui grandissent progressivement.

Quel est le délai d'apparition du sarcome qui permette d'accepter le rôle du traumatisme invoqué?

On admet qu'il faut environ un mois à six semaines. Quant au délai maximum, on l'ignore et l'on ne peut, dans l'état actuel de nos connaissances, que rester dans les délais de revision de la loi de 1898.

L'aggravation enfin par le traumatisme est possible, aggravation locale, ou plus générale, le traumatisme déclenchant l'apparition de métastase.

* * *

Les rapporteurs concluent ainsi : En ne se plaçant pas uniquement sur le terrain scientifique et en raisonnant en médecins-experts devant apporter une solution aux problèmes posés, on est amené à considérer qu'un traumatisme est susceptible de *déclencher* l'apparition d'un processus néoplasique malin, qu'il peut *révéler* une tumeur préexistante, qu'il peut *aggraver* un cancer évoluant.

Conditions pour que l'on puisse admettre la relation de cause à effet. — Pour que la loi de 1898 sur les accidents du travail puisse entrer en ligne de compte, il faut que la tumeur apparaisse dans les conditions suivantes :

1° Il est indispensable que la *région traumatisée* soit au préalable *non cancéreuse* et que cette intégrité absolue nous soit précisée médicalement dans la limite de nos moyens actuels d'investigation, dès le premier examen.

2° Il faut que le *traumatisme* ait été *réel* et *assez intense* et que cela soit établi par les circonstances de fait et les certificats médicaux.

3° Il faut que la *tumeur* soit apparue au *point traumatisé*.

4° Il faut que la *symptomatologie* ait été *continue* avec cependant possibilité de périodes de latence;

5° Il faut que les premiers symptômes de l'évolution de la tumeur ne soient pas apparus *moins d'un mois à six semaines après le traumatisme*, le délai maximum étant ramené à trois ans pour rester dans les limites de la loi.

6° Il faut que, dès l'apparition des premiers symptômes douteux, si l'on soupçonne un ostéosarcome, une ou des *radiographies* soient faites pour confirmer le diagnostic.

7° Il est enfin indispensable de faire un examen histologique, soit après biopsie, soit après nécropsie.

Règles proposées pour l'indemnisation dans les cancers traumatiques. — La relation de cause à effet entre un traumatisme et une tumeur maligne étant admise, comment indemniser l'accidenté ?

Les uns, comme Delbet et Brault, donnent 100 p. 100 au mutilé, si le cancer résulte d'une plaie de guerre, et 10 à 25 p. 100 si le cancer a seulement été aggravé par la blessure. Les autres, avec Darier, tout en attribuant 100 p. 100 dans le premier cas, donnent de 20 à 80 p. 100 dans le second.

Nous ne croyons pas juste une telle évaluation. A notre avis, dans chacun des cas étudiés plus haut, deux hypothèses peuvent être envisagées :

A. Tumeurs provoquées. — Si, chez un blessé ayant vu se développer une tumeur maligne comme conséquence de son accident, une intervention ou une action thérapeutique amène la guérison, le blessé sera considéré comme en état d'incapacité temporaire jusqu'à la consolidation de ses lésions et la reprise du travail; puis l'infirmité sera évaluée du fait de la mutilation, absolument comme dans un accident ordinaire.

Si l'intervention est impossible ou inacceptée, ou si l'action thérapeutique est inefficace, il conviendra de laisser le blessé en état d'incapacité temporaire jusqu'à son décès.

B. Tumeurs aggravées. — A notre avis, le traumatisme qui a entraîné par son intervention l'arrêt du travail en provoquant l'extension plus rapide de la tumeur donne à l'ouvrier le droit au demi-salaire jusqu'à son décès. Mais, si à la suite d'une intervention chirurgicale, l'ouvrier demeure mutilé ou si la mort survient par suite de l'évolution de la tumeur maligne, il est impossible d'attribuer au traumatisme la responsabilité de cette mutilation ou de cette mort. Cette responsabilité incombe uniquement à la tumeur préexistante.

Discussion. — M. Verstraete (de Lille) rappelle qu'en 1907, à la suite du rapport de Segond au XXe Congrès de chirurgie, il signalait qu'aucune observation relatée jusqu'alors ne permettait d'établir d'une façon absolument probante la relation de cause à effet entre le traumatisme et le cancer. Il ne pense pas que depuis lors un fait nouveau soit de nature à faire changer cette opinion. Il ne faut pas perdre de vue la complexité de la question : nous ne sommes pas fixés sur la nature du cancer, nous englobons sous cette dénomination ou sous celle de tumeurs malignes les éléments les plus disparates, tels que l'épithélioma et le sarcome qui n'ont pour ainsi dire de commun que la malignité d'évolution. Nous sommes réduits à de

simples hypothèses en ce qui concerne la pathogénie. Les théories parasitaires ou microbiennes semblent avoir vécu. Celle de Conheim sur le développement des cellules embryonnaires produites en excès au premier stade de la vie pourrait expliquer l'apparente hérédité du cancer observée dans certains cas et même faire supposer qu'il est en réalité congénital. Les conceptions plus nouvelles fort bien relatées par les rapporteurs ne sont-elles aussi que de simples hypothèses? Il resterait d'ailleurs encore à résoudre la question principale qui est celle du facteur de l'animateur, pourrait-on dire, qui à un moment donné va faire évoluer une lésion jusque-là purement éventuelle.

Verstraete insiste sur la difficulté du diagnostic, sur les erreurs possibles, fréquentes même, dont il donne avec détails trois exemples récents, personnels. Non seulement le diagnostic est délicat, mais l'évolution même de certaines tumeurs présente de curieuses particularités. Voici un cas de mixosarcome du mollet gauche que l'auteur a eu à examiner en août 1924 et qui, pendant près de trois ans, ne s'est manifesté que sous l'apparence d'une petite tumeur bénigne; elle a évolué ensuite comme le pire cancer. Pourquoi?

Il ne suffirait pas encore de connaître la nature exacte du cancer, il faudrait aussi pouvoir le reproduire à volonté expérimentalement. Or cela n'a pas été possible jusqu'à présent.

Bien mieux, dans les circonstances où semblent réunies les meilleures conditions pour provoquer par exemple l'apparition de l'ostéosarcome (telle la fracture des os longs chez l'adulte), elle ne se produit pas. En 1912, sur 6 000 cas personnels, l'auteur n'avait pu réunir que 5 cas de tumeurs malignes; depuis lors, sur plusieurs milliers, il ne peut en ajouter que 3 ou 4.

Aussi la conclusion de Verstraete est qu'il convient de rester très réservé sur la question. D'ailleurs les multiples conditions requises d'habitude pour admettre une relation de cause à effet entre la tumeur maligne et le traumatisme ne se trouvent jamais réunies en pratique.

En terminant Verstraete rapporte brièvement un cas assez troublant de sarcome lombo-fessier où précisément le genre de traumatisme (simple effort ou choc direct) n'a jamais pu être déterminé.

M. Dervaux (de Saint-Omer) reconnaît que les rapporteurs ont posé la question sur un terrain ferme et précis. Cependant, en pratique il est loin d'en être ainsi. Nous connaissons tous des cas de cancer qui se développent soit après un traumatisme, soit même après de gros traumatismes moraux. Peut-on en sûreté de conscience dénier à l'ouvrier tout droit à indemnisation, quand un cancer quelconque se développe après un accident qui a pu affecter profondément son moral? Bien plus, on voit couramment des traumatismes frapper des ouvriers âgés; il n'est pas rare de voir évoluer des néoplasmes plus ou moins généralisés assez rapidement. Peut-on dénier toute influence à l'accident dans cette rapidité d'évolution?

Ainsi Dervaux a eu à soigner un cas de fracture grave de la jambe. Au bout de quelques mois pendant lesquels le sujet s'est montré très préoccupé, on vit apparaître une métastase ganglionnaire du cou qui évolua avec une rapidité surprenante. A quelques jours de là, le malade fit une hématémèse et mourut. Doit-on lui refuser toute indemnité ou admettre une influence du traumatisme primitif?

M. Balthazard (de Paris) fait la distinction entre la preuve scientifique (parce qu'impossible à faire) et la probabilité clinique. Dans la pratique, on trouve rarement toutes les conditions exigées par les rapporteurs. Les conclusions de Segond ne sauraient être admises en pratique médico-légale et la jurisprudence immuable de la Cour de cassation établit que les blessés doivent être indemnisés d'une façon totale pour l'invalidité dont ils sont atteints, dès que l'expertise médicale établit que le traumatisme a, sinon provoqué l'apparition de la tumeur, mais seulement aggravé d'une façon nette son évolution. Balthazard n'a pas rencontré jusqu'à ce jour un seul cas dans lequel il lui a été possible de reconnaître soit une influence provocatrice, soit une influence aggravatrice d'un traumatisme sur une tumeur maligne.

Dans un tout autre ordre d'idées, il rappelle une observation de Charrin et Levaditi qui ont constaté la présence de quelques cellules cancéreuses isolées dans le tissu interstitiel du myocarde chez un individu atteint de cancer viscéral.

M. Duvoir (de Paris) rappelle, à propos des cancers professionnels qu'on a décrit en Allemagne un cancer dû au cobalt et se développant chez les ouvriers mineurs employés à l'extraction du minerai à Schenberg. Au point de vue général, il fait les plus extrêmes réserves sur le rôle des traumatismes à l'égard des tumeurs; à son avis, les cas qu'il admettrait actuellement le plus volontiers sont ceux de cancers développés sur des cicatrices ou sur des cals osseux.

M. Louis Desclaux (de Nantes) insiste sur ce fait qu'un ostéosarcome peut se développer au niveau d'un cal de fracture plusieurs années après le traumatisme. Si la tumeur, par exemple, se manifeste sur un cal de fracture du fémur trois ans après l'accident initial, y a-t-il lieu à indemnisation? En d'autres termes peut-on admettre au point de vue médico-légal une relation de cause à effet entre une tumeur, de date récente, et une fracture, consolidée depuis plusieurs années, alors qu'il ne s'est produit aucun traumatisme nouveau au niveau de l'ancien foyer de fracture?

Sur le rôle du traumatisme dans le développement des métastases latentes de cancer. — M. Jean Firket (de Liége).

Remarques à propos de l'histogenèse des néoplasmes. — M. A. Malaquin (de Lille).

Un cas de cancer du goudron conséquence d'un accident du travail. — MM. Leclercq et Cordonnier (de Lille).

Troisième rapport : La criminalité chez les blessés du crâne.

M. A. Porot (d'Alger),

En présence de l'exploitation trop fréquente en justice des commotions ou trépanations et des exagérations sentimentales de l'opinion publique, il importait de mettre au point le problème de la responsabilité des blessés du crâne, en apportant à son étude le maximum de contrôle et de rigueur scientifique.

I. Considérations étiologiques. — L'auteur cherche à préciser dans le domaine scientifique des traumatismes du crâne et de leurs séquelles quelles sont les manifestations mentales susceptibles d'influencer le caractère et la conduite du blessé et d'intervenir dans le déterminisme de ses actes.

Dans l'évolution générale des traumatismes du crâne, on peut distinguer : 1° la période des accidents *immédiats*, sans intérêt pour la question; 2° celle des accidents *prochains*, marquée parfois par des épisodes confusionnels et délirants susceptibles d'entraîner des réactions médico-légales (fugues); 3° enfin, celle des accidents *tardifs*, avec ses troubles psychiques résiduels, qui est la plus féconde au point de vue médico-légal.

Les *séquelles intéressantes au point de vue médico-légal* sont :

1° *L'épilepsie traumatique et ses équivalents psychiques*, dont on connaît bien aujourd'hui la fréquence, les conditions évolutives et le temps de latence qui précède son apparition (trois à cinq mois).

Cette épilepsie mentale peut se présenter sous forme de *troubles de l'humeur plus ou moins paroxystiques*, de *fugues*, d'*accidents précursifs*, de *crises excito-motrices*, d'*accès de fureur* et même d'*accès de manie aiguë* (plusieurs exemples);

Les troubles de la mémoire et les états seconds ou crépusculaires, souvent allégués, mais qui exigent la plus minutieuse étude;

3° *Les déséquilibres émotifs et les troubles de l'humeur* évoluant souvent sur un fonds de déficit psychique et signifiant une hypérémotivité acquise ou un onirisme mal éteint;

4° *L'affaiblissement intellectuel et les états démentiels* qui vont de la simple psychasthénie résiduelle jusqu'à la pseudo-paralysie générale par méningo-encéphalite traumatique;

5° *Les états délirants secondaires* (hypocondrie, revendications) parfois dus à une constitution paranoïaque préexistante, parfois consécutifs à un onirisme traînant.

Quelques circonstances étiologiques spéciales ajoutent parfois leur action à celle du traumatisme et de ses séquelles : *a.* l'*âge* auquel s'est produit le traumatisme; *b.* l'*état antérieur* : c'est souvent chose malaisée que fixer la part d'un état constitutionnel antérieur (débilité, émotivité, perversions instinctives); *c.* l'*alcoolisme* : la sensibilité des blessés nerveux à

l'alcool (constatation antérieure à la guerre) ne se révèle pas seulement par l'abaissement du seuil de tolérance, elle se caractérise surtout par la gravité et la malignité des réactions que provoque le toxique.

II. Etude de faits. Crimes et délits chez les blessés du crâne. — Une enquête faite auprès de ses collègues a permis à l'auteur de réunir plus de cent affaires médico-légales, dont il n'a retenu que soixante, éliminant les délits strictement militaires observés pendant le temps de guerre.

Il ressort de cette enquête que l'allégation fut très fréquente pendant la guerre et immédiatement après la guerre, qu'elle l'est devenue beaucoup moins dans ces derniers temps. La moitié à peine de ces allégations mérite d'être retenue pour ouvrir une discussion, sans qu'il soit préjugé de la conclusion concernant la responsabilité.

III. Pratique et déductions médico-légales. — C'est une croyance, pour le commun des mortels, qu'un trépané ou un commotionné ne jouit pas de la plénitude de son bon sens. Cette croyance s'est fait jour dans la loi d'amnistie de 1921 qui s'étendait aux sujets « atteints d'une blessure du crâne ou du cerveau » au même titre qu'aux réformés pour troubles mentaux (art. VII). Une réaction s'est heureusement produite, car on peut affirmer que les séquelles psychiques des blessures du crâne n'existent que chez certains sujets seulement et qu'elles ne créent pas une criminalité spéciale par sa fréquence et ses modalités.

1° Il importe avant tout de *bien établir la valeur médico-légale des allégations de traumatisme et de commotion* : l'examen objectif le plus minutieux du sujet s'impose, avec recherche de tous les stigmates décelables (signes neurologiques, syndromes subjectifs, examen du labyrinthe, recherche de l'épilepsie et de ses équivalents, etc.).

2° Envisageant *dans quelles circonstances et dans quels cas le crime ou le délit peuvent être considérés comme influencés par un traumatisme cranien antérieur*, l'auteur estime que cette action traumatique doit être retenue *lorsque le sujet a agi sous l'influence d'une disposition mentale, momentanée ou permanente, découlant directement de son traumatisme.*

3° *Y a-t-il lieu d'envisager un régime pénitentiaire ou d'assistance spécial pour ces sujets?* Non, d'après l'auteur. Toute création particulière serait à peu près inopérante au point de vue thérapeutique et prophylactique. Elle est inutile en principe, du reste, car la criminalité de tels sujets n'est ni tellement fréquente, ni tellement spéciale qu'elle ne puisse rentrer dans la commune mesure.

Discussion. — M. Vervaeck (de Bruxelles) fait certaines réserves aux conclusions du rapporteur. Il lui paraît bien difficile pour l'expert de ne pas admettre qu'il existe chez beaucoup de commotionnés et plus souvent chez les trépanés à réactions antisociales une diminution plus ou moins importante de la responsabilité pénale. Même dans les cas de délinquence où la préméditation paraît établie et où la lucidité du prévenu paraît entière, peut-on méconnaître l'influence directe ou éloignée des tares mentales ou morales, parfois graves, conséquences lointaines d'un traumatisme cranio-cérébral? Il n'hésite pas à affirmer que dans l'état actuel de nos connaissances, en psychiâtrie et en anthropologie criminelle, il est difficile et parfois impossible d'établir qu'au moment où le sujet s'est rendu coupable d'un acte criminel ou délictueux, un malade ou un anormal mental possédait son libre arbitre intégral et avait la compréhension parfaite de la gravité de son acte. C'est en se basant sur cette considération et sur d'autres analogues que la Belgique a substitué au principe de la répression celui de la défense sociale réalisée par des sentences thérapeutiques. Ainsi, en assurant la sécurité de la société on arrive, dans bien des cas, à éviter la récidive.

M. Rogues de Fursac (de Paris) dit que la question de l'indulgence en ce qui concerne les délits commis par les traumatisés du crâne et que Vervaeck voudrait voir générale tandis qu'elle paraît injustifiée au rapporteur, est fort délicate. La divergence d'opinion lui paraît être due à ce fait qu'en Belgique l'indulgence, si elle atténue la rigueur pénale, ne diminue pas la durée de la détention qui ne prend fin que lorsque l'amendement a été jugé suffisant pour éviter la récidive de l'individu une fois libéré. C'est l'idéal. L'indulgence ainsi comprise ne compromet pas la défense sociale, beaucoup mieux assurée ainsi que par des détentions à durée limitée.

C'est tout différent en France, où l'indulgence se traduit uniquement par la durée de l'incarcération. On ne prévient pas ainsi la récidive, si fréquente chez les psychopathes ; bien mieux, on augmente de la sorte la nocivité en raison inverse de la diminution de la répression.

Dans notre pays, où nous avons tous la même aversion que nos collègues belges pour les rigueurs inutiles, nous appliquerons volontiers une thérapeutique du crime au lieu d'une répression aveugle le jour où, pour être efficace, elle pourra être individuelle, souple et nuancée. Mais il faut reconnaître qu'en l'absence d'un système pénitentiaire analogue à celui qui existe en Belgique, on ne peut encourir la responsabilité d'une relaxe prématurée dans la société d'un individu dangereux.

M. Vervaeck (de Bruxelles) souligne que ce n'est point affaiblir la répression et l'intimidation que de substituer à la peine de durée limitée les sanctions pénales d'ordre thérapeutique ou d'élimination sociale. Dans bien des cas le détenu anormal sera maintenu plus longtemps qu'il ne l'est aujourd'hui, mais dans des sections à caractère psychiatrique organisées dans le régime pénitentiaire.

COMMUNICATIONS

La méthémoglobine est un peroxyde d'hémoglobine. — MM. Balthazard et Philippe (de Paris).

Dosage spectrométrique de la méthémoglobine. — MM. Balthazard et Philippe (de Paris).

La pression du liquide céphalo-rachidien dans les blessures par coup de feu du crâne. Etude expérimentale. — MM. Jude et Piédelièvre (de Paris).

Diagnostic de l'intoxication morphinique chronique par une réaction dermique aux sels de morphine. — M. Eug. Gelma (de Strasbourg).

Un cas d'avortement provoqué attribué à l'ingestion de plomb en nature. — M. Lande (de Bordeaux).

L'examen radiologique dans les expertises médico-légales. — M. Gaussel (de Montpellier).

Etranglement hémorroïdaire d'origine traumatique. — M. Dervieux (de Paris).

Les irradiations lointaines douloureuses dans les traumatismes de la nuque. — M. Naville (de Genève).

Un cas de tuberculose traumatique. — M. Leclercq (de Lille).

Une complication infectieuse rare des manœuvres abortives. — M. Paucot (de Lille).

R. PIÉDELIÈVRE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 30 JUIN 1925)

Variole atténuée. Variole alastrim. — M. Arnold Netter. La variole qui semblait sur le point de disparaître des pays civilisés a présenté dans ces dernières années dans deux pays voisins une reprise inattendue.

En Suisse on n'avait enregistré pour les six années de 1915 à 1920 que 14 cas. Ce chiffre monte brusquement à 595 en 1921 ; 1159 en 1922 ; 2145 en 1923 ; 1245 en 1924. Il est tombé à 156 pour les cinq premiers mois de 1925.

En Angleterre il avait été déclaré 5 cas en 1917 et 63 en 1918. Le chiffre en 1919, 1920 et 1921 monte à 311, 280 et 336.

En 1922 il s'élève à 973 ; en 1923 à 2054 ; en 1924 à 3395, chiffre qui sera encore dépassé cette année où pour les cinq premiers mois il a atteint 3 008.

Cet accroissement est dû à l'influence de la propagande antivaccinatrice dans ces deux pays. Du fait de cette dernière, les réglementations en matière vaccinale ont été transférées du pouvoir central aux autorités cantonales à partir de 1876 et surtout de 1888 l'obligation a été abrogée dans la plupart des cantons de langue allemande, aussi ces derniers ont-ils compté de 1921 à 1923 : 1910 cas de variole pour un million d'habitants, alors que les cantons de langue romande n'en enregistraient que 24.

En Angleterre c'est la *clause de conscience* qui laisse les parents maîtres de s'opposer à la vaccination s'ils déclarent estimer que cette pratique peut être nuisible à l'enfant. Actuellement 50 p. 100 des enfants échappent de ce fait à la vaccination.

Tandis que le nombre des varioles augmentait dans de telles proportions, celui des décès n'augmentait point, tout au contraire. La mortalité en effet reste toujours inférieure à 1 p. 100, souvent même à 1 par 1 000.

La virulence variolique a donc été atténuée.

Cette atténuation se poursuit dans les passages ultérieurs.

Sous ce point de vue comme sous celui des caractères cliniques elle rappelle les caractères de cette maladie des pays exotiques désignée le plus communément sous le nom d'*alastrim* (1).

Si en Suisse, en Angleterre, aussi bien qu'aux États-Unis où les cas de ce genre sont connus depuis 1896, la nature variolique est à peu près universellement admise, l'accord est loin d'être fait pour l'alastrim ainsi qu'en témoignait ici même en 1923 notre collègue Léon Bernard et à l'office international d'hygiène en octobre 1924 le professeur Ricardo Jorge de Lisbonne.

L'argument principal des dualistes est tiré de la possibilité des récidives à courte échéance et de la fréquence des revaccinations positives assez peu de temps après la guérison. On a noté ces dernières 22 fois p. 100 à la Jamaïque, 46 ou 58 p. 100 au Brésil, 90 p. 100 dans le centre du Cameroun.

Mais ces résultats ont été obtenus chez des noirs et chez ces derniers l'immunité contre la variole et la vaccine est infiniment moindre que chez les blancs, à ce point que les revaccinations doivent être renouvelées tous les deux ans.

Quand l'alastrim affecte des sujets de race blanche — et il existe des épidémies importantes dans des localités habitées exclusivement par des blancs, l'immunité vaccinale est la même qu'après la variole commune ou la vaccination. Le fait a été constaté dans la Nouvelle Galles du Sud (plus de 2.000 cas avec 3 décès en 1913) et dans les Açores (plus de 15.000 cas avec 10 décès à partir de 1923).

La nature variolique des épidémies d'Angleterre, de Suisse et de l'alastrim ne s'affirme pas seulement par ses caractères cliniques et par ses relations avec la vaccine. Elle est mise en évidence par toutes les réactions humorales ou expérimentales qui différencient la variole de la varicelle. On trouve dans le sérum les mêmes *anticorps* neutralisant le virus vaccinal ou fixant la sensibilisatrice et déviant le complément. L'épreuve de l'*allergie* utilisée par Tièche montre la présence des *antigènes* dans la sérosité, le pus et les croûtes.

L'*inoculation à la cornée* du lapin provoque la formation des *corpuscules intracellulaires de Guarneri* et le développement de *vésicules visibles à la loupe et même à l'œil nu*. (Réaction de Paul.)

Les *inoculations à la peau* chez le singe, le lapin, la génisse donnent des résultats tout à fait comparables à celles de la variole. On est même arrivé après plusieurs passages à obtenir chez la génisse le développement du cow-pox.

Nous sommes donc en présence de manifestations provoquées par le virus variolique; mais par un virus spontanément atténué et qui est fixé dans cette atténuation.

La preuve est faite que les effets de cette atténuation, de cette mutation du virus variolique se sont maintenus pendant plusieurs années; mais on ne saurait affirmer qu'ils soient définitifs. Tout au contraire des observations recueillies aux États-Unis et même en Suisse en 1921 semblent prouver que les varioles bénignes peuvent être le point de départ d'épidémies graves.

On ne saurait donc du fait de cette bénignité négliger les mesures auxquelles on a recours dans la variole commune.

Au sujet d'une épidémie de variole bénigne en Suisse. — M. L. Camus présente, au nom du docteur Alcay (de Nîmes), le résumé d'une documentation importante, recueillie au cours d'un voyage d'étude, sur la variole qui sévit en Suisse depuis l'année 1921, et dont parlait plus haut M. Netter.

Il s'agit d'une épidémie particulièrement bénigne mais présentant cependant les caractères de la variole et contre laquelle la vaccination a conservé toute sa puissance protectrice.

Les cartes dressées par le docteur Carrière, directeur des services fédéraux de l'hygiène, et par le docteur Stiner, directeur adjoint, permettent de suivre la marche de cette épidémie.

Tous les cantons de Suisse allemande où la vaccination n'est que facultative ont été tous envahis; les cantons de Suisse romande où la vaccination est obligatoire n'ont pas été éprouvés par l'épidémie.

Des mesures exceptionnelles de vaccination obligatoire ont enrayé l'épidémie dans tous les endroits où elles ont été appliquées. Une telle manifestation des avantages de la vaccination obligatoire aurait dû amener le Conseil fédéral à imposer la vaccination obligatoire préventive à toute la Suisse, mais le gouvernement tenant compte des difficultés soulevées par le projet d'obligation de 1882 et aussi de la bénignité de l'épidémie actuelle n'a décrété qu'une obligation vaccinale de circonstance pour certains groupes de la population.

Cette absence de l'obligation permanente générale de la vaccination vient de coûter à la Suisse quelques milliers de malades et un petit nombre de morts. Mais quel désastre en eût été la conséquence si l'épidémie actuelle avait eu la gravité ordinaire des épidémies de variole?

Empoisonnements barbituriques. — MM. Achard, C. Mouzon et S. Bloch.

Cinématographie du cœur isolé dans l'étude des arythmies. — M. Lutembacher montre une série de fort beaux films cinématographiques de cœurs normaux et de cœurs atteints de troubles de la contractilité, d'arythmie, de tachycardie, de cœurs à battements lents ou atteints de lésions valvulaires. Il y a là pour l'enseignement une ressource vraiment précieuse.

Taux élevé des mastzellen après radiothérapie efficace des leucémies myéloïdes. Eosinophilie postradiothérapique des leucémies lymphogènes. — M. Sabrazès. On a beaucoup étudié l'action des rayons X sur la leucémie myéloïde. M. Sabrazès a contribué à montrer que les leucocytes à granulations basophiles ou mastzellen persistent en grand nombre dans le sang après de nombreuses irradiations. Même quand le chiffre des globules blancs par millimètre cube est devenu normal, le pourcentage des mastzellen reste généralement très élevé.

Cette particularité qui ressort d'un bon nombre d'observations personnelles permet encore de reconnaître la maladie, alors même que ce traitement en a fait disparaître les principaux stigmates cliniques et hématologiques.

M. Sabrazès s'est demandé s'il en était de même dans la leucémie lymphogène chronique traitée par les rayons X. Mais les documents sur les modifications du sang produites par la radiothérapie de cette modalité de leucémie sont insuffisants. La leucémie lymphogène est plus rare que la myéloïde; aussi les observations utilisables, pour cette étude, sont-elles jusqu'à présent peu nombreuses.

M. Sabrazès apporte un cas dans lequel il a enregistré les réactions sanguines aux rayons X pendant plusieurs années et dans lequel la radiothérapie a amené une rétrocession des foyers leucémiques accompagnée d'un peu de monocytose et d'une petite poussée de mastzellen. Elle a entraîné surtout une éosinophilie considérable qui a persisté longtemps après la radiothérapie.

(1) Cf. : « L'alastrim », par M. Brelet (*Gaz. des hôpit.*, 1924, n° 7, p. 111).

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Culture pure de Ferments lactiques bulgares sur milieu végétal

GASTRO-ENTÉRITES *des Nourrissons et de l'Adulte.*
DIARRHÉES, CONSTIPATIONS
INFECTIONS HÉPATIQUES *(d'origine intestinale)*
DERMATOSES, FURONCULOSES

RHINITES, OZENES
GRIPPES, ANGINES
PANSEMENTS DES PLAIES
GINGIVO-STOMATITES, PYORRHÉES

Prophylaxie de la FIÈVRE TYPHOÏDE *et du* CHOLÉRA



BULGARINE THÉPÉNIER

Sucer DEUX COMPRIMÉS de Bulgarine ou boire un verre à madère de BOUILLON de Bulgarine une demi-heure avant le repas.

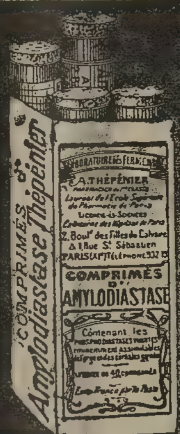
Saupoudrer ou insuffler la Poudre *de Bulgarine 3 à 4 fois par jour.*

Phosphates et diastases des Céréales germées

ENTÉRITES *et* DYSPEPSIES *salivaires et pancréatiques*
PALPITATIONS *d'origine digestive*
MATERNISATION *physiologique du* LAIT
Préparation des BOUILLIES MALTÉES

SURALIMENTATION
REPHOSPHATISATION
TUBERCULOSES, RACHITISMES
NEURASTHÉNIES, CONVALESCENCES

DIGESTIF PUISSANT *de tous les* FÉCULENTS



Amylodiastase THÉPÉNIER

Croquer DEUX COMPRIMÉS d'Amylodiastase ou prendre deux cuillerées à café de Sirop Amylodiastase après les repas.

Préparation des bouillies : délayer une cuillerée à café de Sirop Amylodiastase dans la bouillie très chaude mais non bouillante.

Préparés par le " Laboratoire des Ferments " A. THÉPÉNIER, 12, rue Clapeyron, PARIS

R. C., 150.854, Seine.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 2 FRANCS *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 31 août, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Deuxième concours de chirurgien des hôpitaux. — Séance du 29 juin. — La note de M. Boppe est relevée de 17 à 18.

Consultation écrite. — Séance du 1er juillet. — MM. Quénu, Bloch (René) et Oberlin, 16; Sénèque, 19.

Candidats admissibles : MM. Moulonguet, 66; Boppe et Gatellier, 63; Sénèque, 61; Quénu, 60; Oberlin, 59; Richard et Wilmoth, 57.

Epreuve opératoire. — Séance du 3 juillet. — MM. Moulonguet, 27; Sénèque, 26; Wilmoth, 25; Quénu, 26; Gatellier, 27; Richard, 28; Boppe, 25; Oberlin, 27.

Le concours s'est terminé dimanche matin par la nomination de MM. Moulonguet et Gatellier.

— Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, Ramadier, qui acceptent; Pinard, Chiray, Chabrol, Bazy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — La chaire de physique pharmaceutique est transformée en chaire de physique médicale et pharmaceutique.

M. Sigalas, professeur de physique pharmaceutique, est nommé, à partir du 1er novembre 1925, professeur de physique médicale et pharmaceutique. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

— La chaire de physique biologique et clinique d'électricité médicale est transformée en chaire d'électroradiologie et clinique d'électricité médicale.

M. Réchou, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre, professeur d'électroradiologie et clinique d'électricité médicale. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

— Toulouse. — Il est créé une chaire d'oto-rhino-laryngologie (fondation de l'Université).

M. Escat, agrégé, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur d'oto-rhino-laryngologie. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

— L'Institut de puériculture de Toulouse est rattaché à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, conformément à la convention intervenue entre le doyen de cette Faculté et le directeur dudit Institut.

ACADÉMIE FRANÇAISE. — L'Académie a décerné le prix Bordin à M. le docteur Maurice de Fleury, membre de l'Académie de médecine.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

(Grande chancellerie.) — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Branthomme, médecin de la maison d'éducation de la Légion d'honneur d'Ecouen.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Blancard (de Sainte-Affrique).

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Laborie, à Carlux (Dordogne).

Officier d'Académie. — M. le docteur Heid (de Munster).

GUERRE. — (Armée active.) — Mutations :

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Uzac, adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est affecté au gouvernement militaire de Paris; Rouffiandis, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre, est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier; Lévy, professeur à l'Ecole

d'application du Service de santé militaire, est affecté comme adjoint au directeur du Service de santé au ministère de la Guerre. Il continuera à exercer ses fonctions de professeur de la chaire d'épidémiologie de l'Ecole d'application du Service de santé militaire; Bory, de la place de Montpellier, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Montpellier et désigné comme président de commission de réforme; Maffre, maintenu provisoirement à la place de Montpellier, est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Besançon.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Vincent, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre, est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres; Rault, du gouvernement militaire de Paris, est affecté à la direction du Service de santé au ministère de la Guerre. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 20 juillet 1921, à 21 h., à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, 277, rue Saint-Jacques.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Visite au musée de l'Ecole d'application du Service de santé du Val-de-Grâce.

IVe CONGRÈS MÉDICAL INTERNATIONAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES (AMSTERDAM 1925). — PROGRAMME DES SÉANCES ET DES FÊTES. — *Samedi 5 septembre 1925.* — 3 h. Ouverture de l'Exposition nationale.

Lundi 7 septembre. — 10 h. 30. Réunion du « Comité permanent international ».

12 h. 30. Déjeuner offert aux membres du « Comité permanent international ».

2 h. 30. Ouverture solennelle du Congrès.

4 h. 30. Afternoon-tea offert par quelques familles d'Amsterdam. Visite à l'Exposition.

7 h. Dîner offert aux représentants officiels des diverses nations par la municipalité d'Amsterdam.

9 h. Réunion familière au « Pavillon Y », offerte par le « Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst » (Société médicale de la Hollande), en cas de mauvais temps au Pavillon Vondelpark.

Mardi 8 septembre. — 9 h. à 11 h. 50. Séance plénière. — Pour les dames : 10 h. Visite d'une taillerie de diamants.

2 h. à 4 h. 50. Réunion en sections. — Pour les dames ; 2 h. Visite de la ville.

8 h. 30. Soirée dans les jardins de « Frankendael », actuellement pépinière de la ville d'Amsterdam.

Mercredi 9 septembre. — 9 h. à 12 h. Réunion en sections. — Pour les dames : Visite de l'île de Marken et du village Volendam.

1 h. 30 à 4 h. Séance plénière.

4 h. 15. Excursion en bateau et en automobile dans la ville.

7 h. Dîner au restaurant de l'hôtel « Krasnapolsky ».

Jeudi 10 septembre. — 9 h. à 12 h. Réunion en sections. — Pour les dames : 9 h. 15. Excursion en bateau à Zaandam.

1 h. 30 à 5 h. Réunion en sections. — Pour les dames : 2 h. 45. Visite de la collection de tableaux « Six ».

8 h. 30. Représentation au théâtre « Tuschinsky ».

Vendredi 11 septembre. — EXCURSIONS. — Groupe A (300 participants au plus) : 9 h. 30. Départ par train spécial pour Rotterdam. Réception par la municipalité dans le nouvel Hôtel de Ville. Excursions à travers la ville. Déjeuner offert par la Société anonyme « Rotterdamsche Droogdokmaatschappij » (Société de bassins de carénage). Croisière offerte par la municipalité. Visite à l'aérodrome.

6 h. Départ par train électrique spécial pour Schéveninque.

Groupe B : 9 h. Excursion en bateaux par les canaux et les lacs pour Leyde. Déjeuner à bord. Visite de Leyde (musée, Hôtel de Ville, l'Université (la collection d'art égyptien).

6 h. Départ par train électrique spécial pour Schéveninque.

Groupe C : 9 h. Croisière par les ports d'Amsterdam et ensuite par les canaux pour Harlem, offerte par la Société anonyme de navigation « Nederland ». Déjeuner. Visite à Harlem (musée de tableaux de Frans Hals, etc.).

6 h. Départ par train spécial pour Schéveningue.

8 h. 30. Schéveningue. Soirée de gala offerte par la municipalité de La Haye.

Samedi 12 septembre. — 9 h. à 12 h. Séance plénière à Schéveningue.

2 h. Excursions en automobile pour visiter La Haye et ses environs.

4 h. Réception officielle par le gouvernement néerlandais.

7 h. Banquet de gala. Cabaret.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE LIBRE. — *Quinze leçons sur le traitement des tuberculoses ostéo-articulaire et ganglionnaire et quelques éléments d'orthopédie pratique*, par le docteur E. Sorrel, chirurgien des hôpitaux de Paris, chirurgien en chef de l'hôpital maritime de Berck, avec la collaboration de MM. les docteurs Andrieu, Bouquier, Delahaye, chirurgiens assistants de l'hôpital maritime; Mozer, Parin, chefs de laboratoire de l'hôpital maritime; du docteur Lance, assistant d'orthopédie à l'hôpital des Enfants-Malades, et du docteur Ducroquet.

Ces cours auront lieu, du 15 au 29 juillet 1925, l'après-midi à 2 heures, à l'hôpital maritime.

Les matinées seront consacrées à des démonstrations pratiques : examens cliniques, opérations, ponctions, confection de plâtres et d'appareils amovibles, démonstrations de laboratoire, etc.

Pour tous renseignements, écrire au docteur Delahaye, hôpital maritime, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Jean Auburtin (de Paris); Ducurtil, médecin principal en retraite; Lucien Schotte, à Santo (Nouvelles-Hébrides).

NOTES DE PRATIQUE

MYOCARDITE SÉNILE

Régime lacté et lacto-végétarien (ne pas dépasser deux litres de liquide pour éviter la pléthore vasculaire). Purgatifs.

Application d'une ventouse scarifiée sur la région cardiaque, à répéter cinq à six jours de suite.

Comme tonicardiaque, prescrire pendant cinq jours, deux cachets par jour (matin et soir, avant les repas) de *Théosalvose strophantique* et, pendant les cinq jours suivants, deux cachets de *Théosalvose digitalique*; après arrêt de cinq jours, recommencer ce traitement qu'on continuera pendant plusieurs mois. Il a, pour effet, de régulariser les battements cardiaques, de redonner au pouls son amplitude, d'atténuer et même de faire disparaître le bruit de galop.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ÉTUDIANT FIN D'ÉTUDES est demandé pour collaborer travail de bibliographie rétribué. Pressé. — Ecrire publicité du Journal, 54, rue Jacob, Paris.



ÉTUDE DES TROUBLES OBSERVÉS

DANS LES

LUXATIONS CONGÉNITALES INVÉTÉRÉES DE LA HANCHE

Par M. LANCE,

Assistant d'orthopédie de la Clinique chirurgicale infantile, Hôpital des Enfants-Malades.

Les luxations congénitales de la hanche ayant dépassé l'âge de la réduction présentent dans un grand nombre de cas des troubles variables dans leur origine et leur intensité.

Ces troubles sont classiquement : des douleurs, une fatigue rapide à la marche, la boiterie, et enfin la gêne apportée à la propreté de la région génitale, aux rapports sexuels, à l'accouchement par l'adduction forcée des cuisses.

Si l'on cherche à se documenter sur ces troubles, en particulier sur les rapports entre les variétés anatomiques des luxations et la nature et l'intensité des symptômes observés, on trouve très peu de chose dans la littérature médicale (1).

Cependant la connaissance de ces rapport est nécessaire pour établir un traitement rationnel.

C'est pourquoi, chargé de faire un rapport, au prochain Congrès de la Société française d'orthopédie, sur le traitement palliatif des luxations congénitales invétérées, nous avons jugé bon de reprendre cette étude pour servir de base, d'introduction à notre travail.

Dans ce but nous avons étudié les observations et radiographies de 74 malades que nous avons pour la plupart pu suivre pendant de longs mois : 55 n'avaient jamais été traités, 19 traités antérieurement, s'étaient reluxés d'un ou des deux côtés.

Nous diviserons ces malades en trois catégories :

Luxations unilatérales,
Luxations bilatérales symétriques,
luxations bilatérales asymétriques.

*
* *

LUXATIONS UNILATÉRALES (39 observations dont 11 reluxations). — Examinons successivement les antérieures appuyées, les intermédiaires, et les postérieures.

α. *Luxations antérieures appuyées.* — Nous rangeons dans ce groupe : 9 luxations progressives dans un cotyle agrandi par le haut; les subluxations, luxations marginales et sus-cotyloïdiennes dans un néocotyle, degrés successifs de la même lésion (quatre cas) ; 11 luxations antérieures dans lesquelles la tête sortie du cotyle s'appuie en haut sur l'épine iliaque antérieure et inférieure.

Sur les 24 malades de ce groupe, 21 se plaignaient de douleurs violentes, à forme pseudo-coxalgique peut-on dire, car beaucoup étaient considérés comme atteints de coxalgie.

Ces douleurs ont pour caractères de survenir par crises, dans la hanche, la face interne des genoux, parfois le long du sciatique ; crises pouvant tenir le malade au lit pendant un mois et plus. Pendant la crise le malade souffre même la nuit, parfois même surtout la nuit.

Survenant très irrégulièrement ces crises sont parfois déterminés ou aggravés, par une grossesse (un cas), une obésité précoce (deux cas). Peu à peu la douleur tend à devenir permanente rendant la marche difficile : 4 de nos malades ne marchaient qu'avec une canne. Le début des douleurs s'est montré très précoce dans les reluxations (entre onze et vingt et un ans), plus tardive dans les néocotyles (vingt à trente ans), plus tardive encore dans les antérieures appuyées (trois de trente à quarante et un ans).

Il s'agit dans ces cas de poussées d'arthrite sèche de cause statique, par insuffisance de l'appui osseux, se transformant peu à peu en arthrite déformante, qui aboutit à l'ankylose plus ou moins complète de la hanche vers la cinquantaine.

Chez ces malades le raccourcissement était minime ; 2 à 3 centimètres, et cependant la boiterie nette, par insuffisance du moyen fessier résultant de l'élévation du grand trochanter. Trois luxations antérieures appuyées, ne se plaignant d'aucune douleur étaient venues uniquement à cause de cette boiterie des épaules. Il s'agissait de sujets jeunes (douze, treize, dix-sept ans).

β. *Luxations intermédiaires.* — Douze malades de ce groupe se plaignaient surtout de la gêne considérable apportée à la marche par l'étendue du raccourcissement et l'attitude vicieuse du membre fixé en rotation interne et adduction marquée. Il résulte de cette adduction forcée que pour pouvoir poser le membre à terre et le ramener à la verticale, le malade doit à chaque pas incliner le tronc du côté non luxé. De plus l'adduction par l'élévation correctrice du bassin qu'elle entraîne, exagère considérablement le raccourcissement, il en résulte une fatigue très rapide à la marche.

Dans ces cas la gêne, l'impotence sont bien dus surtout à la position vicieuse des leviers osseux, mais il faut admettre que l'insuffisance d'appui de la tête fémorale doit favoriser la précocité de leur apparition.

En effet, chez 5 malades qui présentaient des néocotyles plus ou moins bien formés, la boiterie, la gêne considérable à la marche ont existé de bonne heure, mais la fatigue très rapide n'est apparue qu'assez tard (de vingt-deux à trente ans), à la suite de grossesse, d'obésité, de chute sur les pieds. Chez 5 autres luxés où la radiographie ne montrait aucune trace de néocotyle l'impotence est survenue beaucoup plus tôt (de cinq à dix-sept ans) et devenue rapidement très grave.

γ. *Luxations postérieures.* — Les luxations postérieures unilatérales sont rares. Nous n'en avons observé que trois cas (dont une reluxation) avec 5 à 7 centimètres de raccourcissement. Ces malades présentent une boiterie marquée et une ensellure « temporaire » qui se produit lorsque le membre luxé est portant et disparaît lorsque c'est le tour du membre sain. Il résulte de ces alternatives de bascule et de redressement du bassin une fatigue des reins dont se plaignent les malades, et cela de bonne heure (treize, quatorze ans).

Malgré le grand raccourcissement la boiterie n'est pas toujours très considérable, le malade la compensant presque en entier en marchant sur la pointe du pied du côté luxé.

(1) Le travail le plus important est certainement celui de Ducroquet (*Revue d'hyg. et de méd. iafant.*, t. VII, nos 5 et 6, 1908, p. 472-520), mais il s'occupe des luxations à tout âge, et non spécialement des luxations en dehors de l'âge de la réduction que nous avons exclusivement en vue ici.

*
* *

Luxations bilatérales symétriques. — Ces 19 observations (dont 4 reluxations doubles) forment trois groupes superposables aux trois groupes des luxations unilatérales.

α. *Luxations antérieures doubles appuyées.* — Neuf observations dont 2 reluxations.

Cinq de ces malades, tous jeunes (entre huit à douze ans) sont venus uniquement consulter pour leur boiterie. Ils marchaient en « canardant » du fait de l'insuffisance des moyens fessiers par ascension du grand trochanter (2 à 3 centimètres). Ils ne se plaignaient d'aucune douleur.

Les 4 autres au contraire présentaient des crises douloureuses pseudo-coxalgiques, crises plus violentes encore que dans les unilatérales qui peuvent se décharger en partie du poids du corps sur le membre sain. Les douleurs avaient débuté de huit à onze ans dans 2 reluxations, de vingt-cinq à quarante-huit ans chez les autres. Les troubles sont donc dus ici à l'insuffisance des tracteurs musculaires (boiterie), et à l'insuffisance de l'appui de la tête fémorale (douleurs).

β. *Luxations intermédiaires doubles.* — Un seul cas avec têtes bien appuyées dans des néocotyles. Malgré cela, du fait de l'adduction et rotation interne du membre, la marche était très pénible. De plus, vers vingt-deux ans la malade s'est mise à souffrir d'une des hanches insuffisamment appuyée et des reins du fait de son ensellure.

γ. *Luxations postérieures doubles.* — Neuf observations; 6 de ces luxés, malades jeunes (sept, huit, neuf, onze, treize ans), sans accuser de douleurs véritables se fatiguaient rapidement à la marche, par suite de la distension des ligaments supportant seuls le poids du corps en absence de tout appui osseux. Accessoirement les malades se plaignaient de leur boiterie due surtout à la disparition de l'action des muscles pelvi-trochantériens par suite de l'ascension très marquée du grand trochanter (raccourcissement de 7 à 8 centimètres), le « coup de pompe » par glissement de la tête dans la capsule distendue n'existe que dans quelque cas et joue un rôle secondaire dans la boiterie.

Chez 3 malades plus âgés (vingt-deux à trente-cinq ans), les malades se plaignaient en plus du frottement des genoux par adduction des fémurs, et de douleurs dans les reins et les genoux. Ces douleurs résultent de l'ensellure marquée qu'occasionne la bascule du bassin. A partir d'un certain âge le rachis perd sa souplesse, la lordose devient douloureuse, aussi pour y obvier en partie les malades la remplacent par la flexion des genoux et marchent les genoux pliés, ce qui devient rapidement pénible. Ces douleurs étaient apparues à vingt-deux, vingt-cinq, vingt-sept ans, et du fait de l'absence d'exercice consécutive en quelques années les malades étaient devenues obèses. Dans un cas la situation s'était aggravée à la suite de 3 grossesses rapprochées. Une de ces malades marchait à béquille, une autre avec 2 cannes, aucune n'était susceptible de faire plus de quelques centaines de mètres. Il faut donc noter chez ces doubles postérieures deux étapes qui ne se suivent pas fatalement.

Pendant l'enfance et l'adolescence, gêne de la marche, fatigue rapide par position vicieuse et manque d'appui du fémur ; puis entre vingt et trente ans peuvent apparaître des douleurs par distension ligamentaire et aggravant la situation.

*
* *

Luxations doubles asymétriques (1). — Seize observations (4 reluxations), formant trois groupes.

Association d'une antérieure appuyée et d'une postérieure. — Six cas. Grande difficulté de la marche due à la fois à la différence de longueur des membres, à la position vicieuse du côté de la luxation postérieure, à l'élévation du trochanter des 2 côtés. Cette gêne, survenue de bonne heure a entraîné une obésité précoce par absence d'exercice.

En plus 4 de ces malades subissaient depuis un âge varié (trois, onze, dix-neuf, quarante-cinq ans), des crises douloureuses pseudo-coxalgiques du côté appuyé, ayant débuté chez une malade après une grossesse ; la dernière à cinquante-trois ans présentait une arthrite déformante avec ankylose presque complète.

Donc 4 ordres de troubles : boiterie par inégalité des membres, insuffisance des fessiers des 2 côtés, troubles par position vicieuse du fémur dans la luxation postérieure, crises douloureuses du côté appuyé.

Association d'une antérieure appuyée (2 reluxations) *et d'une intermédiaire.* — Quatre cas.

La boiterie est considérable. Surtout par suite de l'adduction du membre du côté de la luxation intermédiaire, qui exagère le raccourcissement par l'inclinaison du bassin, d'où plongeon énorme toutes les fois que ce côté est portant, et plus de dix minutes sans se reposer.

Trois malades jeunes (onze, douze et demi, quinze ans) avec une tête fémorale bien appuyée du côté de la luxation antérieure ne souffraient pas de ce côté; la quatrième plus âgée (trente-huit ans), après une grossesse à trente-sept ans fit des crises douloureuses très violentes (trois mois de lit) du côté de la luxation antérieure.

La gêne principale dans cette forme vient donc de la position vicieuse en adduction très marquée du côté de la luxation intermédiaire, il peut s'y joindre plus tard des douleurs par insuffisance d'appui du côté de la luxation antérieure.

Association d'une intermédiaire et d'une postérieure. — Six cas dont une reluxation double.

De bonne heure la marche a été très difficile, la fatigue survenant au bout de quelques minutes. Aussi 2 malades présentaient une obésité précoce.

L'adduction et rotation interne des cuisses est telle que les genoux sont accolés, et que les malades se déplacent par une rotation du tronc autour des genoux comme pivot,

Dans 2 cas des douleurs de reins qui avaient débuté à seize et vingt-sept ans, étaient la conséquence de l'ensellure.

Une malade présentait une scoliose, certainement statique puisqu'elle céda au port d'un soulier surélevé du côté du membre le plus court.

Deux malades accusaient des crises douloureuses violentes du côté de la luxation intermédiaire (néo-

---

(1) Ducroquet a insisté sur les difficultés de la marche dans les luxations doubles asymétriques et magistralement analysé les éléments de ces boiteries, dans un travail auquel nous renvoyons pour leur étude.

cotyles insuffisants), crises ayant débuté à huit et quatorze ans et demi.

Donc gêne et fatigue considérables dues surtout à la position vicieuse des fémurs. En plus, dans certains cas, douleurs résultant de cette position vicieuse ou d'un appui osseux insuffisant.

Enfin tous ces malades « canardaient » par suite du déplacement des insertions de leurs tracteurs musculaires pelvi-trochantériens.

*
* *

Au total, les vices anatomiques dans les luxations congénitales invétérées peuvent être ramenés à quatre qui occasionnent tous les troubles observés.

Nous les décrivons en les rangeant par leur ordre d'importance.

1° Mode de sustentation anormale du bassin sur le fémur. — Tantôt il y a appui osseux du fémur sur l'os iliaque, mais appui anormal, tantôt au contraire la tête fémorale n'entre pas en contact direct avec l'os iliaque.

Dans le premier cas, si cet appui anormal est suffisant (néocotyles) le malade ne présente qu'une légère boiterie, et ne souffre pas. C'est l'exception.

Presque toujours l'appui osseux quel qu'il soit (cotyle agrandi, néocotyle, partie antérieure de la fosse iliaque externe) est insuffisant. Il tend tôt ou tard à se produire un glissement de la tête fémorale qui se traduit par des crises douloureuses violentes, pseudo-coxalgiques.

Il semble que l'apparition de ces douleurs soit d'autant plus précoce que l'appui est plus étendu (douleurs précoces dans les reluxations, plus tardives dans les cotyles agrandis ou néocotyles, plus tardives encore dans les sus-cotyloïdiennes).

Ces arthrites sèches qui prennent souvent le type déformant et aboutissent à une ankylose plus ou moins complète vers cinquante ans sont l'apanage des formes dites « bien appuyées » ; exceptionnelles dans les luxations intermédiaires, elles n'existent pas dans les luxations postérieures.

Dans le deuxième cas la tête fémorale ne présente aucun appui sur l'os iliaque et c'est la capsule fémorale et les ligaments qui supportent le poids du corps. Le bassin est suspendu comme les anciens carrosses sur leurs courroies. Cette disposition est bien supportée en général chez les sujets jeunes, ils ne souffrent pas, mais ils se fatiguent vite à la marche, ne peuvent porter de lourdes charges, et avec l'âge, l'obésité, les dis ances qu'ils peuvent parcourir deviennent très courtes.

Ce sont les formes intermédiaires sans néocotyle et surtout les formes postérieures qui représentent ces troubles.

2° Position vicieuse réciproque des leviers osseux, fémur et bassin. — On peut les envisager dans le plan frontal et sagittal.

Dans le plan frontal c'est l'adduction du levier fémoral avec ses conséquences : gêne considérable de la marche par croisement des membres, frottement des genoux l'un contre l'autre, c'est, dans les unilatérales, l'énorme exagération du raccourcissement par bascule correctrice du bassin.

Dans le plan sagittal, c'est la flexion du fémur et surtout la bascule du bassin en avant avec l'ensellure compensatrice des lombes. Cette ensellure, bien tolérée dans l'enfance devient douloureuse chez l'adulte, aussi les luxés ont-ils alors tendance à la remplacer par la flexion des genoux qui est très rapidement pénible.

La déviation en adduction du fémur est marquée dans les luxations postérieures et plus encore dans les intermédiaires.

La bascule du bassin est au contraire d'autant plus marquée que la tête fémorale est placée plus en arrière dans la fosse iliaque.

3° Le déplacement des insertions des tracteurs musculaires. — Le plus nocif est celui des muscles moyen et petit fessier. Il résulte de l'ascension du grand trochanter que ces muscles sont détendus et que leur direction, de verticale, tend à devenir horizontale ; leur action est ainsi affaiblie ou même détruite. C'est là la cause de la bascule du bassin avec déjettement de l'épaule du côté opposé, élément principal de la boiterie des luxés.

Cette ascension existe dans toutes les luxations ; minime dans les luxations antérieures, marquée dans les luxations intermédiaires, elle atteint son maximum dans les luxations postérieures où elle est aggravée par la bascule en avant du bassin.

4° Le raccourcissement anatomique du membre. — Mesuré par la distance qui sépare la tête fémorale du niveau du cotyle. Il peut s'exagérer lorsque le membre luxé étant portant, les ligaments se laissent distendre ; alors la tête remonte. C'est le « coup de pompe » des luxations postérieures âgés.

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, des 3 éléments de la boiterie des luxés c'est le moins important comme le prouve l'amélioration minime de la boiterie obtenue par un soulier surélevé. Le raccourcissement par adduction du membre exagère singulièrement le raccourcissement anatomique ; mais c'est l'insuffisance des tracteurs musculaires qui joue le rôle prépondérant dans la boiterie des luxés.

*
* *

En définitive tous les troubles observés dans les luxations anciennes de la hanche trouvent leur origine dans ces quatre vices anatomiques. C'est donc à y remédier que doit viser toute la thérapeutique.

ACTUALITÉS

GLANDES ENDOCRINES ET DERMATOSES.

Nous connaissons assez mal encore et l'étiologie des dermatoses et la physiologie pathologique des glandes endocrines ; c'est pourquoi les relations pouvant exister entre un trouble des sécrétions internes et une lésion cutanée ne sont pas très bien établies. M. Winstel entreprenait donc une tâche difficile en choisissant comme sujet de thèse « glandes endocrines et dermatoses » (1) ; il a étudié cette question avec soin, fait des recherches très complètes sur un certain nombre de malades ; s'il ne nous apporte pas la solution du problème, (mais qui peut, en médecine, prétendre apporter une solution définitive), il a le grand mérite de nous fournir des faits cliniques bien observés et d'avoir cherché une preuve scientifique du trouble de sécrétion interne chez des malades atteints de diverses dermatoses.

(1) Winstel. Glandes endocrines et dermatoses, *Th. de Nancy*, 5 déc. 1924, et *Revue française d'endocrinologie*, fév. 1925.

Depuis une trentaine d'années, certains auteurs ont pensé que l'état normal de la peau était sous la dépendance directe du fonctionnement régulier des glandes à sécrétion interne et que, dans ces conditions, il devait nécessairement résulter des altérations diverses de la peau, lorsqu'il se produisait un trouble quelconque dans les glandes. On songea donc à utiliser les extraits glandulaires dans la thérapeutique des dermatoses ; en 1900, Munro traite l'acné rosée par l'extrait de capsules surrénales; en 1905, Ménétrier et Bloch améliorent une sclérodermie diffuse par le traitement thyroïdien; puis c'est Malcolm Morris qui signale les heureux effets de l'opothérapie thyroïdienne dans le psoriasis, Verotti qui, lui, considère le psoriasis comme étant parfois sous la dépendance de l'insuffisance ovarienne.

Rappelant ces diverses travaux et beaucoup d'autres, M. Winstel remarque que, dans la plupart de ces cas, on faisait une hypothèse et qu'on cherchait à la vérifier par l'essai de telle ou telle opothérapie. Que si, avec l'extrait d'une glande, le résultat était nul, on essayait l'extrait d'une autre glande et ainsi de suite.

M. Winstel emploie une méthode plus scientifique qui comprend ; 1° l'observation des faits cliniques, permettant de reconnaître, dans quelques cas, un trouble endocrinien; 2° certaines manœuvres plus précises et des moyens expérimentaux susceptibles de déceler des troubles endocriniens trop frustes pour se laisser voir cliniquement; 3° et enfin les résultats de l'opothérapie. C'est seulement quand nous aurons fait la preuve d'un trouble endocrinien et que nous aurons assisté à la guérison de la dermatose par un traitement opothérapique approprié, que nous serons autorisés à conclure à l'origine endocrinienne de la lésion cutanée.

Pour déceler les troubles endocriniens, Winstel commence par rechercher les réactions vaso-motrices cutanées et les réactions cardio-vasculaires. Les réactions vaso-motrices cutanées sont : *a.* le dermographisme, qui indique l'hypo-sympathicotonie ; *b.* la raie blanche décrite par Sergent dans l'insuffisance surrénale ; *c.* le signe de Maranon, pour la thyroïde : une légère friction de la région préthyroïdienne fait apparaître, chez les hyperthyroïdiens, une rougeur intense anormale de cette partie du tégument. Quant aux réactions cardio-vasculaires, elles sont fournies par l'étude du réflexe oculo-cardiaque, exagéré chez les sujets vago-toniques, manquant ou même inversé chez les sympathicotoniques.

On explore ensuite l'état de l'équilibre vago-sympathique ; *a.* par l'injection intra-musculaire de pilocarpine qui provoque, en cas de vagotonie, le ralentissement du pouls, la sudation, la salivation et l'exagération du réflexe oculo-cardiaque ; *b.* par l'atropine donnant, chez les vagotoniques, une tachycardie marquée, une dilatation pupillaire rapide et prolongée, un arrêt des sécrétions, se traduisant surtout par une sécheresse particulière de la gorge; *c.* par l'adrénaline, le sujet ayant absorbé, quelques minutes avant l'injection, 100 grammes de sucre dissous dans 300 grammes d'eau et, en cas d'excitabilité du sympathique, l'adrénaline détermine une augmentation du taux de la glycémie suffisante pour donner de la glycosurie.

Reste encore à rechercher les modifications apportées par l'injection d'un extrait glandulaire aux différentes fonctions d'une glande endocrine. Pour étudier ainsi le corps thyroïde, on peut faire trois épreuves : *a.* l'épreuve de Goetsch. L'injection d'adrénaline provoque, chez l'hyperthyroïdien, une hausse rapide de la tension maxima avec chute de la minima, et accélération du pouls ; *b.* l'épreuve de Porak, par injection intra-musculaire d'extrait du lobe postérieur de l'hypophyse, qui donne, chez un sujet normal, une hypertension légère et de courte durée, suivie bientôt d'une hypotension manifeste, le pouls s'accélérant légèrement, tandis que, chez les basedowiens, avec les mêmes réactions du côté de la tension, le pouls se ralentit ; *c.* l'épreuve de Parisot et Richard, qui font une injection massive d'extrait thyroïdien et constatent que les sujets normaux ne réagissent pas à cette injection, que les hyperthyroïdiens y réagissent par le ralentissement du pouls et une chute assez notable de la tension maxima. S'agit-il de connaître la sécrétion interne de l'ovaire, on fait une injection d'extrait d'ovaire qui, chez une femme normale, détermine la chute des tensions et le ralentissement du pouls, signes à peine esquissés ou manquant en cas d'insuffisance ovarienne (Parisot et Richard).

Nous n'avons pas que ces manœuvres pour renseigner sur les troubles endocriniens ; on sait que les glandes endocrines conditionnent les phénomènes du métabolisme et les échanges ; pour étudier leur état fonctionnel, on peut donc rechercher le seuil de tolérance des hydrates de carbone, étudier le métabolisme des graisses, des albuminoïdes, de certains sels. C'est ainsi que l'élévation ou l'abaissement du seuil de tolérance des hydrates de carbone permet de connaître l'activité de l'hypophyse. Enfin, comme dernière recherche, nous avons celle du métabolisme basal, la régulation générale de ce métabolisme étant assurée principalement par la glande thyroïde et les surrénales.

Telle est la méthode employé par Winstel pour connaître le fonctionnement des glandes endocrines chez des malades atteints d'affections cutanées. Voyons maintenant les résultats de ses recherches.

Sur huit cas de psoriasis, les tests endocriniens montrèrent deux fois une exagération de la sécrétion thyroïdienne ; dans un autre cas, le psoriasis était peut-être lié à un trouble du fonctionnement du thymus.

Sur sept cas d'eczéma, quatre ont paru reconnaître une origine endocrinienne : deux par insuffisance hypophysaire, un par insuffisance ovarienne, le quatrième par hyperthyroïdisme.

Six malades atteints de pelade ont été étudiés ; trois d'entre eux étaient hyperthyroïdiens, un autre, hypothyroïdien ; dans les deux derniers cas, pas de trouble endocrinien ou vago-sympathique.

Sur deux cas de prurigo, l'un a paru reconnaître une origine hyperthyroïdienne (signes cliniques de basedowisme, tests de la thyroïde positifs, guérison par un traitement à l'hématoéthyroïdine).

Dans un cas de pigmentation brune du menton et du nez, dans un cas de vitiligo, un cas d'ichtyose, pas de trouble endocrinien.

Dans un cas d'érythème bulleux, signes d'hyperfonctionnement thyroïdien, et amélioration par l'hématoéthyroïdine.

M. BRELET.

Dictionnaire des spécialités pharmaceutiques (1924), par MM. L. Widal et N. Dareau. — Paris, Office de vulgarisation pharmaceutique, 5, rue de Tracy, 2e.

Théorie micellaire du cancer, par Maurice et Paul Guérin. Un vol., 77 pages. — Paris, A. Legrand.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 22 JUIN 1925)

Sur la teneur en oxygène de la méthémoglobine. — MM. Maurice NICLOUX et Jean ROCHE concluent que la méthémoglobine renferme la moitié de l'oxygène de l'oxyhémoglobine.

Action curative de l'acétyloxy-aminophényl-arsinate basique de bismuth dans la syphilis expérimentale. — M. C. LEVADITI.

Action curative de l'acétyloxy-aminophénylarsinate basique de bismuth dans la syphilis. — MM. L. FOURNIER et A. SCHWARTZ. Les expériences expérimentales de M. Levaditi ont amené MM. L. Fournier et A. Schwartz à faire un certain nombre de constatations intéressantes sur la tolérance et l'action rapide de l'acétyl-oxyamino-phénylarsinate basique de bismuth dans le traitement de la syphilis.

L'action sur la réaction de fixation et sur la floculation est des plus nettes; la réaction négative peut être obtenue après une seule série de douze injections.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 26 JUIN 1925)

Etude d'une néphrite azotémique mortelle, de sa réserve alcaline et de son coma avec respiration de Kussmaul. — MM. CORDIER et P. DELORE présentent l'observation d'un sujet atteint de néphrite mercurielle ayant évolué vers la mort au bout de cinquante-cinq jours. La scène clinique évolua en trois phases, une première phase de néphrite aiguë avec anurie, de gastro-entérite dysentériforme et de stomatite, une deuxième phase de rémission apparente avec rétablissement de la diurèse, enfin une phase d'urémie terminée par le coma avec dypsnée de Kussmaul. Le taux d'urée sanguine et la réserve alcaline ont été recherchés en série; l'azotémie a oscillé entre 3 gr. 60 et 5 gr. 60, la réserve alcaline s'est effondrée progressivement de 39 à 17, relevée, d'une façon légère et transitoire à la suite de trois interventions thérapeutiques successives : bicarbonate de soude, sérum de Fischer, insuline.

La rétention chlorurée sèche chez les urinaires. — MM. Léon BLUM et Van CAULAERT. Chez les urinaires avec signes d'intoxication la rétention chlorurée sèche est très fréquente comme le montre l'analyse du sang. L'existence de cette rétention chlorurée sèche explique l'heureuse influence qu'exerce le régime déchloruré sur l'état de ces malades. Comme dans la néphrite interstitielle on note la disparition de la soif, de la polyurie, de la pollakiurie, des troubles digestifs, ainsi qu'une amélioration de l'état général. Ces constatations mettent en évidence le rôle essentiel joué par la rétention chlorurée sèche dans la genèse de l'intoxication des urinaires.

A propos d'un cas de délire aigu d'origine typhique. — MM. COURTOIS-SUFFIT et Georges GARNIER. (Voir *Gaz. des hôpit.*, n° 51, p. 836.)

Varicelle et zona. — M. NETTER présente au nom de M. Petzetakis l'observation d'un jeune domestique indigène atteint de zona du membre inférieur quinze jours après l'apparition d'une varicelle chez l'enfant de ses maîtres.

A Alexandrie, Mlle Panayotatou signale deux cas de varicelle contractée au contact d'un cas de zona. L'intervalle est de douze jours.

M. Netter signale encore les cas de M. Ducastal et Thiberge et Barotte Monthus.

MM. LÉRI, MICHAUX et POMMAY signalent deux cas de même ordre.

Un cas de mort après injection de sérum antitétanique. — M. LOEPER communique au nom de M. Deroide un cas de mort après injection de sérum. A ce propos il recommande d'employer toujours même après une primo-injection le méthode de Besredka.

Présentation d'un appareil à injections sous-cutanées d'oxygène. — M. HALLÉ présente un appareil dans lequel l'oxygène est produit dans l'appareil au moment même où l'on pratique l'injection d'oxygène.

La rétention chlorurée hydropigène dans la néphrite épithéliale. — MM. Léon BLUM et Van CAULAERT. L'étude du sang dans la rétention chlorurée hydropigène au cours de la néphrite épithéliale pure révèle une forte dilution du sang, une diminution modérée du chlore, un taux du sodium tantôt augmenté tantôt légèrement abaissé. La lecture des chiffres absolus ne permet aucune conclusion immédiate sur le rôle du chlore et du sodium dans la rétention d'eau.

Il en est autrement si l'on évite l'erreur considérable que l'on commet en considérant les chiffres absolus et en négligeant la teneur d'eau du sang. Ici comme pour toute analyse sanguine une interprétation rigoureuse n'est possible que si l'on tient compte de la dilution du sang.

Concrétions calcaires sous-cutanées du scrotum. — MM. GILBERT et POLLET présentent les photographies d'un cas de concrétions calcaires sous-cutanées du scrotum. L'examen chimique a montré que ces calculs contenaient 62 p. 100 de phosphate de calcium et 6 p. 100 de carbonate de calcium,

Le dédoublement acido-basique du chlorure de sodium. — M. FEUILLÉE. Par ingestion ou injections de quelques grammes de chlorure de sodium chez le chien ou chez l'homme on obtient rapidement une élimination urinaire de bi-carbonate de soude.

L'organisme peut donc fabriquer du bi-carbonate, comme dans le procédé industriel Solvay, par action de l'acide carbonique sur le chlorure de sodium. Il s'agit là d'un fait nouveau, différent de l'échange déjà connu d'anion chlore entre le plasma et les globules.

En dehors de tout apport d'alcalins par les aliments, le chlorure de sodium a donc un rôle important dans la régulation acido-basique de l'organisme. Le chlore passe d'ordinaire dans le suc gastrique. Mais à la suite de la spoliation de bi-carbonate de soude par l'urine, il se fait une acidification de l'organisme par l'anion chlore restant qui ne retrouve plus pour le saturer la quantité d'alcali éliminée.

Méningococcémie guérie par vaccination associée à la sérothérapie. — M. MERLE (de Niort), présenté par M. René Bénard rapporte un cas avec arthopathie et purpura dans lequel la sérothérapie fut insuffisante. L'auto-vaccin amène la guérison.

M. NETTER. Le malade ayant présenté une complication oculaire, M. Netter rappelle qu'il a obtenu un bon résultat par les injections intra-oculaires de sérum.

M. RIST. A observé avec Bailliart un cas où les injections intra-oculaires a été suivi de succès.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1925)

Fracture et luxation des deux épaules. — M. LECÈNE complète l'observation qu'il a communiquée dans la dernière séance. Un homme tombe brusquement sur l'épaule, se fracture les deux têtes humérales, fracture oblique à droite, décapitation à gauche, luxation des deux côtés. M. Lecène a fait un cerclage à droite et il a réséqué la tête humérale à gauche. A droite, il a passé à travers le deltoïde et le pectoral. A gauche, il a passé par l'aisselle. Il a dû, à droite, sectionner le sous-scapulaire qu'il a recousu ensuite aux crins et qui s'est parfaitement cicatrisé.

Les voies d'accès pour opérer les goitres plongeants. — M. LECÈNE, à propos de l'intéressante communication faite dans la dernière séance par M. Grégoire, présente des radiographies relatives à huit cas qu'il a opérés. Selon lui, la résection de la clavicule ne donne pas autant de jour que la sec-

tion du ou des sterno-mastoïdiens et la désinsertion des sous-hyoïdiens qui donnent un jour considérable.

M. Sébileau fait observer que les goitres intrathoraciques peuvent s'énucléer très facilement.

Mégacôlon et volvulus. — M. Mocquot analyse une observation de M. Leveuf. Il s'agit d'un homme en pleine occlusion. M. Leveuf veut établir un anus artificiel. Il trouve un cæcum aplati. Il fistulise alors sur la ligne médiane une anse grêle dilatée La fistule se ferme d'elle-même. Mais quatre mois après nouvelle crise d'occlusion. Laparotomie médiane. On trouve un énorme mégacôlon tordu plusieurs fois. M. Leveuf fait la détorsion, pratique une extériorisation selon le procédé de Quénu, termine par une anastomose bout à bout et extériorise également la ligne de suture. Il se fait une fistule, et le malade présente des accidents graves. M. Leveuf pratique un anus cæcal de sûreté. Guérison. Fermeture de l'anus cæcal et de la fistulisation de la partie extériorisée.

M. Souligoux rappelle avoir signalé les dangers des sutures d'anses distendues dont les parois sont œdémateuses.

Kyste hydatique du foie. — M. Gernez fait un rapport sur une observation de M. Lheureux. Il s'agit d'un soldat présentant des troubles de bronchite chronique avec hémoptysies. On constate en même temps une voussure de la base du thorax à droite. On porte le diagnostic de kyste hydatique du foie. Laparotomie latérale. Il s'agit bien d'un kyste du foie, mais le foie est libre et il n'y a aucune communication entre la cavité abdominale et la cavité thoracique. Traitement classique du kyste, formolage de la poche. Mais le malade continue à avoir des hémoptysies. L'examen radioscopique révèle une pleurésie. Il n'y a donc aucune relation de cause à effet entre le kyste hydatique et la plèvre.

Calculs urétéraux. — M. Bréchot communique l'observation d'une femme de soixante-trois ans que l'on croyait atteinte de calculs vésicaux. N'ayant rien trouvé dans la vessie, M. Bréchot ouvrit les deux extrémités vésicales des uretères et trouva dans chaque uretère un calcul gros comme une noisette. Donc double urétérotomie, fermeture, suites simples. Trente jours après mort subite par embolie.

M. Bréchot insiste sur la rareté de ces doubles calculs urétéraux.

Au point de vue de la voie d'accès la voie vésicale paraît la plus favorable.

M. Chevassu signale également la rareté de ces calculs bilatéraux. Il pense qu'il vaudrait mieux ne pas opérer en une seule fois les deux côtés. On sait, en effet, que toute intervention sur un uretère peut avoir un retentissement sur le rein correspondant.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 21 JUIN 1925)

Sur les propriétés de coloration de l'appareil de Golgi des éléments génitaux des pulmonés. — M. Avel. L'appareil de Golgi en question est constitué par un système de petites écailles que l'osmium imprègne électivement et qui sont visibles sur le vivant. Le rouge neutre ne colore jamais ces écailles dans les cellules vivantes mais fait apparaître au milieu d'elles de petites inclusions rouges, qui constituent le « vacuome » de Parat et Painlevé. Ce vacuome et l'appareil de Golgi sont donc deux formations distinctes.

La constance du métabolisme basal chez le chien normal. — M. L. Hédon. En se mettant à l'abri des causes d'erreur, l'auteur a mesuré le métabolisme basal du chien normal à diverses reprises pendant un an et a constaté que les chiffres obtenus étaient remarquablement constants. Le métabolisme basal du chien a donc la même valeur que celle qu'on lui accorde chez l'homme. Cette constatation présente un intérêt pour les recherches que l'auteur a entreprises sur la mesure du métabolisme basal chez les chiens atteints de diabète pancréatique expérimental.

Action dépressive de la cocaïnisation bulbaire sur l'adrénalino-sécrétion et l'adrénalinémie physiologique. — MM. A. Tournade, M. Chabrol et P.-E. Wagner. Lorsque deux chiens sont solidarisés par une anastomose veineuse surrénalo-jugulaire, la cocaïnisation du bulbe du donneur détermine chez le transfusé une baisse de pression artérielle, une réduction d'amplitude et une augmentation de fréquence des contractions cardiaques; une expansion de la rate. De telles expériences complètent celle de Figueri et invitent à situer dans le bulbe le centre adrénalino-sécrétoire et à lui accorder une activité tonique.

Réactions microchimiques des substances protéiques sur les chondriosomes. — M. Al. Giroux, par des réactions microchimiques des substances protéiques, montre la présence de ces dernières dans les chondriosomes de certaines cellules, mais ces réactions semblent être générales. Les chondriosomes sont donc à la fois protéiques et lipoïdiques.

— Société de biologie de Lyon (séance du 15 juin 1925) :

Contribution à l'étude des formes filtrantes du bacille tuberculeux. — MM. F. Arloing et A. Dufourt ont mis en évidence dans quatre cas sur cinq de tuberculose infantile (chancre pulmonaire d'inoculation, gomme tuberculeuse, granulie pulmonaire, méningite tuberculeuse) des formes filtrantes de virus tuberculeux.

Sous cette forme, le bacille tuberculeux n'engendre pas de lésions viscérales apparentes, ni de lésions caséeuses locales ou ganglionnaires. Il a donné une infection uniquement lymphatique, suivant une progression régulière depuis les ganglions de la région inoculée jusqu'aux ganglions sous-maxillaires pris les derniers au cas d'inoculation à la cuisse. Les bacilles rencontrés dans le système lymphatique ont les caractères morphologiques et la coloration des bacilles tuberculeux normaux.

Les auteurs ont échoué dans leurs essais de filtration en partant de trois souches de bacilles tuberculeux. Ils ont obtenu un résultat positif avec une culture sur Petroff provenant d'un pus de gomme tuberculeuse.

La cholestérine du sérum sanguin chez les tuberculeux. — MM. Jullien et Martin-Rosset montrent que le taux de la cholestérine circulant dans le sérum sanguin des tuberculeux est sans rapport avec la forme anatomoclinique et l'allure évolutive des lésions. Chez les sujets examinés par eux le taux de la cholestérinémie se tenait dans les limites observées chez les sujets normaux.

Ils insistent sur le fait que, dans la technique employée (technique de Grigaut, réaction de Liebermann), la quantité d'acide sulfurique utilisé comme réactif agit dans le même sens que la cholestérine sur l'intensité de la coloration obtenue; d'où la nécessité d'employer pour tous les tubes des doses d'acide sulfurique rigoureusement identiques.

Immunisation des bovidés par la toxine symptomatique. — M. J. Basset.

Infection latente dans le charbon symptomatique. — M. J. Basset.

Atténuation du B. Chauvaei. Anatoxine symptomatique. — M. J. Basset.

Note sur un mode de coloration électif des fibres musculaires lisses. — M. Favre.

Sur une forme particulière de la dyshydrose. La dyshydrose géante à type de pyodermite extensive et son traitement par la teinture d'iode. — M. Favre.

Sur les relations entre l'indice de réfraction, la viscosité et la teneur du sérum sanguin en albumines. — MM. Chalier, Boulud et Chevallier.

Notions pratiques de toxicologie végétale indigène, par A.-L. Marchadier, directeur du laboratoire municipal du Mans, et A. Goujon, ingénieur agronome, chimiste principal du Mans. Préface de L. Guignard, membre de l'Institut. In-8 de 284 pages avec 66 figures dans le texte. — Prix : 22 fr. — Paris, G. Doin.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

CARNETS MÉDICAUX

SYNDICAT PROFESSIONNELS DE MÉDECINS. DOMMAGES-INTÉRÊTS

L'émotion soulevée par l'affaire des carnets médicaux est quelque peu calmée aujourd'hui; on peut dès lors apprécier les faits avec un peu plus de sérénité. Ce que nous voudrions examiner ici, ce sont les interventions qui se sont produites en raison du préjudice moral qui a été causé à diverses collectivités, notamment au corps médical, par les agissements de médecins peu scrupuleux.

On connaît les faits; on a pu malheureusement les constater dans toute la France. Un docteur en médecine s'était fait remettre en dépôt des carnets de soins médicaux par des blessés et des malades de guerre qui en étaient titulaires; il en détachait frauduleusement des feuillets, dits feuillets de visite, en nombre supérieur à celui des visites qu'il faisait réellement. En fin de trimestre, il établissait, en vue des règlements de ses honoraires, un bordereau récapitulatif des soins donnés en y joignant lesdits billets comme pièces justificatives; et il obtenait ainsi frauduleusement le paiement de sommes qui ne lui étaient pas dues.

C'est à proprement parler le délit d'escroquerie qui était commis; car la production de ces billets de visites constituait l'acte extérieur venant à l'appui de l'allégation mensongère énoncée par le bordereau. Cette production caractérisait la manœuvre frauduleuse prévue par l'article 405 du Code pénal de nature à persuader l'existence d'un crédit imaginaire et à déterminer la remise des fonds.

En se fondant sur ces faits et sur ces principes, le Tribunal correctionnel de Marseille, puis la Cour d'Aix, avaient prononcé une peine correctionnelle contre un médecin. Celui-ci avait formé un pourvoi en cassation pour tenter d'établir qu'il n'y avait pas escroquerie dans les termes de l'article 405 du Code pénal; mais la Cour de cassation a rejeté le pourvoi sur ce point dans son arrêt du 1er mai 1925.

Lorsque les poursuites furent exercées contre le médecin, plusieurs collectivités intervinrent pour obtenir réparation du préjudice moral qui leur avait été causé par ses agissements frauduleux. Ce furent : le Syndicat des médecins de l'arrondissement de Marseille, l'Etat français et l'Union fédérale des associations de mutilés et anciens combattants. Ils s'étaient tous portés parties civiles; et tant le Tribunal correctionnel que la Cour d'Aix leur avaient accordé des dommages-intérêts. La Cour suprême ne maintint pas ce point de vue en ce qui concerne l'Etat français et l'Union fédérale; elle a considéré au contraire que le Syndicat des médecins était en droit d'invoquer un préjudice moral et d'en demander la réparation.

Elle s'exprime ainsi :

« En ce qui concerne le Syndicat des médecins,

Attendu qu'aux termes de l'arrêt attaqué, le préjudice causé au Syndicat des médecins de l'arrondissement de Marseille résulte du discrédit jeté par les agissements frauduleux de X... à la profession médicale, *dont les intérêts collectifs peuvent être défendus par le syndicat*; qu'ainsi la condamnation est justifiée de ce chef. »

En ce qui concerne l'Etat français, l'arrêt de la Cour d'Aix déclarait que le médecin lui avait causé un préjudice matériel par l'exagération des mémoires frauduleux qu'il avait présentés et un préjudice moral par la méconnaissance des intentions du législateur. Et la Cour suprême de dire :

« Attendu, en ce qui touche le préjudice moral que l'Etat ne possède pas, en principe, le droit d'agir devant les tribunaux de répression, en réparation d'infraction à la loi pénale;

Attendu qu'une seule condamnation à des dommages-intérêts a été prononcée à raison des deux causes de préjudice indiquées ci-dessus. »

La Cour a, en conséquence, cassé l'arrêt d'Aix sur ce point et renvoyé devant la Cour d'appel de Nîmes, pour être statué à nouveau.

Il paraît bien résulter des dispositions de l'arrêt de la Cour de cassation que nous venons d'indiquer que, si l'Etat français ne peut pas demander des dommages-intérêts pour le préjudice moral qu'il aurait subi, du fait du médecin, il est susceptible d'en demander et obtenir pour la deuxième cause de préjudice qu'il avait invoquée; si l'arrêt d'Aix a été cassé, la raison en est qu'une seule condamnation à des dommages-intérêts avait été prononcée pour les deux causes de préjudice invoquées; dès lors, la Cour d'Aix avait accordé, sans qu'on puisse faire de discrimination, des dommages-intérêts pour une cause pour laquelle il n'en était pas dû. Le motif par lequel l'Etat n'est pas recevable à agir par voie d'action civile pour la réparation d'un préjudice moral, c'est que pour lui le trouble moral se confond avec le trouble social dont la défense appartient au ministère public.

En ce qui concerne l'Union fédérale, la Cour suprême a écarté toute allocation de dommages-intérêts :

« Attendu, d'autre part, que l'arrêt constate que X... a préjudicié à l'Union fédérale des associations de mutilés et anciens combattants, en déconsidérant les dispositions législatives qui leur sont favorables;

Attendu que ce motif ne fait pas apparaître une cause de préjudice pour ladite Union; que, d'ailleurs, ce préjudice, s'il existait, ne serait qu'éventuel et qu'on ne saurait en tenir compte. »

La Cour de cassation a donc également sur ce point cassé l'arrêt d'Aix. Les motifs relatifs à la cause de préjudice moral invoqués par l'Etat et l'Union fédérale sont nouveaux : méconnaissance des intentions du législateur, déconsidération de dispositions législatives favorables. Il est permis de ne pas les accepter en droit; ils n'ont pas la précision du discrédit jeté sur la profession médicale. Là, l'atteinte est directe, certaine, limitée, effective; il y a préjudice moral incontestable; dès lors réparation est due.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Pathologie gastro-intestinale (1), par Albert MATHIEU et J.-Ch. ROUX — *4e édit.*, par J.-Ch. ROUX et F. MOUTIER.

Le premier volume de cette nouvelle édition paru il y a environ un an était consacré à l'étude des maladies d'estomac. Dans le second volume, MM. Jean-Charles Roux et François Moutier ont réuni, condensé et mis au point tout ce qui se rapportait aux affections intestinales. Ils ont dû, sur bien des points, remanier complètement le texte primitif.

La radiologie, la coprologie, la rectoscopie, l'étude des diverses variétés de diarrhée, de constipation et de leur traitement, constituent de nouveaux chapitres. On peut en dire autant des rectocolites dysentériformes, affections autrefois exceptionnelles, mais qui paraissent devenir de plus en plus fréquentes.

Certaines questions, qui étaient inconnues lors des précédentes éditions, ont été abordées, nous signalerons surtout les études sur les périviscéristes et périduodénites et sur la sténose sous-vatérienne du duodénum par compression mésentérique.

Les chapitres consacrés au cancer de l'intestin et aux occlusions ont été étendus et éclairés par la reproduction de planches radiographiques.

On trouvera également dans ce volume une mise au point des grandes médications gastro-intestinales : médications de l'appétit, médications opothérapiques, médications des douleurs, antisepsie, etc.

Le volume se termine par l'étude des régimes alimentaires dans les différentes variétés d'affection de l'estomac et surtout dans les maladies de l'intestin. Les dernières pages sont consacrées aux cures hydro-minérales et à la psychothérapie.

Avec les remaniements et les additions nombreuses de cette édition nouvelle, toutes les questions importantes ont été passées en revue; c'est bien le programme que les auteurs s'étaient tracé et qu'ils exposaient dans la courte préface du premier volume. « Cet ouvrage, disaient-ils, ne représente pas un traité didactique de pathologie digestive, nous avons étudié exclusivement les problèmes qui, dans la vie médicale, ont un intérêt pratique : méthode d'exploration, questions de séméiologie, données de thérapeutique médicale ou indications chirurgicales, restant ainsi fidèles à l'esprit général qui, depuis le début, a dominé cette publication ».

L. G.

(1) Tome II, 1 volume in-8 de 688 pages, avec figures dans le texte et 2 planches hors texte. Prix : 30 fr. — Paris. G. Doin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 6 AU 11 JUILLET 1925)

THESES

Mardi 7 juillet. — Jury : MM. J. Faure, président; Lejars, Brindeau et Vaudescal. — M. GIRARD. Les égagropiles. — M. GUEULLETTE. De l'invagination intestinale. — M. VIVAS (A.). Fractures méconnues de la colonne vertébrale. — Mlle MIRCOUCHE. A propos de la myomectomie pendant la grossesse. — M. JULIEN (Robert). Etude sur les tumeurs du testicule chez l'enfant. — Mlle CREMER (M.). Etude du procédé de Le Fort. — M. DESOUBRY. Des interventions chirurgicales dans les rétentions placentaires.

Jury : MM. Gilbert, président; Bezançon, Auvray et Blanchetière. — M. LENFANT. La cure dite de Luxeuil. — M. DUCROIX. Traitement des cirrhoses du diabète. — M. LEFEBVRE (A.). Les logements (sanatoria). — M. FOUCHÉ (R.). L'appendice fonctionne-t-il comme glande à sécrétion interne? — M. ROUX (J.). Etude du traitement du rhumatisme blennorragique. — M. BIGUET. Etude de la formule d'Arneth dans la tuberculose. — M. IZARD. Etude de l'oléo-thorax (traitement des pleurésies).

Jury : MM Jeanselme, président; Lecène, Chevassu et Lian. — M. DUPREZ. Les irradiations par rayons X (traitement du psoriasis). — Mme CAMCHANSKY. Myopie passagère. — M. CHAMBET (P.). Etude sur le traitement de la syphilis. — M. CHABROL (H.). Etude statistique des chancres extragénitaux. — M. BENOISTE-PILLOIRE. Les arthrites suppurées de la hanche du nourrisson. — M. TURMANN (J.). L'hématocèle rétro-utérine (tumeur de l'ovaire).

Jury : MM. Guillain, président; Sicard, Villaret et Aubertin. — Mlle NOËL. Extension anormale du gros orteil. — M. GOLDSTEIN (N.). Radiodiagnostic des abcès migrateurs par le lynodal. — M. SARRAMAGNA. L'aréflexie achilléenne. — M. BENAD (L.). Zona et varicelle. — M. BECKER. Mal de mer. — M. CHAUVEAU. De l'ostéite fibro-géodique. — M. PÉRISSON. Etude clinique des troubles dans l'hémiplégie.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Jeannin, président; Moussu, Robin et Nicolas. — M. DESPRUNIÉE. Toxicose à galactogène. — M. AMÉ. Rétention du placenta et métrite chez la vache.

Mercredi 8 juillet. — Jury : MM. Sebileau, président; Couvelaire, Ecalle et Mathieu. — M. SAINT-PIERRE (Adrien). Hémorragies du tube digestif chez le nouveau-né. — M. SOUVESTRI. Fonctionnement du pavillon d'allaitement de l'Ecole de puériculture. — M. MARCOTTE (A.). Etude des pyélonéphrites chez la femme. — M. BOURDIN (Ch.). L'anesthésie par l'injection intraligamentaire. — M. MENGUY. Essai sur la chirurgie de l'amygdale non dégénérée. — M. WILBERT. Anesthésie du voile du palais par injection de novocaïne. — M. ZAMMIT. Etude des malformations congénitales du nez.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM Legueu, président; Coquot et Bourdelle. — M. CHARITAT. De la castration des cryptorchides.

Jeudi 9 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. J. Faure, Duval, Guillain, Moussu, Coquot, Robin et Panisset. — M. PERROT. Traitement des arthrites traumatiques par le biiodure de mercure. — M. CHARBONNIER. De la gravité de la vaginite granuleuse chez la vache. — M. MATHIEU. Les paralysies viscérales d'emblée dans la rage du chat.

Jury : MM. Marfan, président; Nobécourt, Aubertin et Villaret. — M. LETONDAL. Etude du mégacôlon chez l'enfant. — M. GRIAUD. Etude d'un cas de syndrome de Raynaud. — Mme MICHON. Les injections de lait dans le traitement des affections du premier âge. — M. PARISOT. Etude clinique de 550 cas de craniotabes. — M. VESSELLE. L'otite du nourrisson. — M. DEREKUS. Cas d'abcès du poumon chez les nourrissons. — M. GILBERT. La polydactylie hérédo-syphilitique. — M. ARTAUD. Etude du crâne dans l'hydrocéphalie.

Jury : MM. Chauffard, président; Widal, Gilbert et Cunéo. — M. SOLANES. Mécanisme de production de l'anthrax. — M. SALASE. Etude de la tension veineuse dans les varices. — M. SURMONT. Etude du pseudo-xanthome élastique. — M. ROBERT. Albumino-expectoration et hémoptysies occultes. — M. SIMON. Du rôle de la syphilis dans certaines cirrhoses. — M. BRUNO. Rôle de la mission Rockefeller (organisation tuberculeuse en France). — M. CHASSIGNEUX. Etude du traitement des péritonites tuberculeuses. — M. KRASSITCH. Etude des hématuries sur les reins polykystiques. — M. KONRAT. Etude des abcès du mal de Pott.

Jury : MM. Achard, président; Bernard, Sergent et Baudouin. — M. NITZBERG. Sur un cas de sarcome du poumon. — M. AUGER (R.). L'évolution des syndromes parkinsonniens. — M. POUILLAT. Méningite à pneumocoques. — M. LAHELLEC. Traitement des diarrhées des tuberculeux. — M. ANTONINI. Les réactions cutanées de l'insuline. — M. DIOSI. Le football au point de vue médical. — M. GUINARD. Etude sur la tuberculose pulmonaire.

Jury : MM. Jeanselme, président; Carnot, Rathery et Lereboullet. — M. HUET. Etude du prurit anal. — M. ARMINGEAT. Etude de la thiosinamine. — M. TOUCHARD (G.). L'Eryngieum maritimum. — Mlle DESGREZ. Etude de la toxicité de la caféine. — M. ROSENSTEIN. Etude étiologique de schistosomiose humaine. — M. LEMKIN. La lèpre. — M. RAMÉ. Etude et traitement du rhinophyma. — M. BIENFAIT. Chancres syphilitiques des doigts.

Jury : MM. Lejars, président; Lecène, Mondor et Lemaître. — M. LEROY (G.). Les cités des cheminots du Nord. — M. LAURENT. Etude d'un cas d'anévrisme poplité. — M. PÉROZ (A.). Les invaginations au niveau de la cicatrice ombilicale. — M. DELORD. Un cas de fracture du rachis. — M. BOURGOUDJIAN. Etude sur les kystes hydatiques. — M. MÉNARD. De la résection dans les tumeurs blanches. — M. LANGLOIS. Valeur diagnostique du ganglion de Troisier.

Vendredi 10 juillet. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Hartmann, président; Labbé (M.), Petit, Panisset, Robin et Coquot. — M. QUENTIN. L'exploration rectale chez le cheval. — M. GABEAU. Etude sur des blessures par armes de guerre chez le cheval. — M. BOUFFANAIS. Etude de l'arthrite infectieuse des veaux.

Samedi 11 juillet. — (Thèses vétérinaires). Jury : MM. Achard, président; Gilbert, Bernard, Robin, Nicolas, Vallée et Barrier. — M. LE MÉTAIS. Injections intraveineuses dans les grandes infections. — M. LAMARRE. La typho-anémie infectieuse du cheval. — M. BRÉVOT. Etude sur les eaux résiduaires d'abattoirs.

Jury : MM. Balthazard, président; Bezançon, Roussy et Philibert. — M. RIVAS. Des abcès du cerveau. — M. PAPIN. Cancer primitif du foie à forme nodulaire. — M. BATISSE. Etude des tumeurs primitives de la plèvre. — M. LEFRANÇOIS. L'insuffisance hépatique facteur de la migraine. — M. CAPEL. Luxation totale du métatarse en dehors. — M. LEHMAN. L'Erysimum dans le traitement de la lithiase biliaire. — M. HYPOLITE (Gustave). Etude du planchton cardiaque. — M. LÉVY-LEBHAR. Etude sur la Ve vertèbre lombaire chez l'adulte. — M. GOURNAY. Etude sur la polyurie infundibulaire.

Jury : MM. Vaquez, président; Lejars, Lecène et Lian. — M. HEMPEL. Etude des abcès du sein chez la jeune fille. — M. DUCHAMP DE LA GENESTE. Etude de la petite hernie ombilicale de l'enfant. — M. TERME (M.). Etude du mal vertébral postérieur. — M. THÉODORESCO. Le myxœdème syphilitique. — M. BERNARD. Etude de l'ostéochondrite disséquante. — M. HUET. Etude des tumeurs des os. — M. JOUANNOT. Etude des angiomes de la glande sous-maxillaire.

Jury : MM. Duval, président; Terrien, Basset et Velter. — M. MARION-LANDAIS. Les fractures dans l'ostéomyélite. — M. VINOT. Les occlusions aiguës du pylore chez l'adulte. — M. POLYCHRONIADÈS. La lithiase vésicale (traitement par la lithotritie). — M. SIMON (Joseph). Kystes pancréatiques d'origine péritonéo-congénitale. — M. COURLAUD. La chronaxie neuro-rétinienne. — M. KARDOS. Etude sur le diabète sucré. — M. SEGAL. L'opération d'Abadie dans le trachome.

Jury : MM. Desgrez, président; Carnot, Claude et Blanchetière. — M. HAZARD. Etude de la base tropine. — M. CHATELOT. Etude sur la lithiase biliaire. — M. GORY (M.). Les moyens à utiliser en radiologie. — M. FROMENT. Les hyperglycémies sans glycosuries. — M. PIGHEON. Les localisations extraprégastriques de la douleur tardive. — Mlle CULLERRE. Du parricide en pathologie mentale. — M. VIGUIER. Etude sur le traitement de l'épilepsie. — M. BARBOT. La sclérodermie associée à la cataracte.

QUESTION D'INTERNAT

COMPLICATIONS MAMMAIRES DE L'ALLAITEMENT

Aiguës, elles intéressent surtout l'accoucheur, apparaissant dans les premiers jours de l'allaitement.

C'est la CREVASSE DU SEIN, la gercure qui est à l'origine de toutes les autres. C'est contre elle que doit s'employer préventivement l'*asepsie rigoureuse* du sein après les tétées.

De là, en effet, l'infection peut diffuser par *voie lymphatique* produisant la LYMPHANGITE DU SEIN si intéressante par les diagnostics qu'elle fait discuter, ou l'ABCÈS PRÉMAMMAIRE très rare.

Si l'infection se propage par *voie canaliculaire*, elle est à l'origine de la GALACTOPHORITE, de la MASTITE ou *abcès glandulaire*, la plus fréquente des suppurations du sein.

Chroniques, c'est le *galactocèle* exceptionnel.

C'est surtout la MAMMITE CHRONIQUE qui apparaît plus ou moins longtemps après l'allaitement; beaucoup plus fréquente elle intéresse directement le chirurgien. Par tous ses caractères elle en impose pour un *cancer du sein*; c'est une étude minutieuse de la tumeur et des antécédents de la malade qui évitera l'erreur et transformera le pronostic qu'à première vue l'on aurait pu porter.

A ces deux groupes d'*inflammation du sein* il faut, enfin, rattacher une affection spécifique : LA SYPHILIS DU SEIN.

COMPLICATIONS AIGUES

Fréquentes autrefois, elles sont bien plus rares aujourd'hui, en raison des soins rigoureux d'asepsie dont on entoure les accouchées.

Etiologie. — Les germes les plus divers peuvent infecter la mamelle. Le *staphylocoque*, le STREPTOCOQUE sont le plus souvent en cause. Plus rarement on a rencontré le *gonocoque*, le *colibacille*, des *anaérobies*. Ils sont apportés au sein par les *mains*, transportant par exemple des germes du vagin, par les *objets de pansement*.

Mais la *bouche de l'enfant*, où vivent en saprophytes de nombreuses espèces microbiennes encore multipliées s'il est atteint de gastro-entérite, constitue un foyer de contamination des plus importants.

La malade est une primipare au mamelon mal formé, court ou ombiliqué. Elle ne prend aucun soin de propreté. Son mamelon, déjà traumatisé par les tétées, présente un épiderme macéré du fait des succions répétées et de l'écoulement de lait.

Le nouveau-né, enfin, peut-être atteint de coryza, d'ecthyma, d'ophtalmie.

LA CREVASSE ou la *gerçure du sein* est dans ces conditions presque fatale.

Elle siège le plus souvent *sur le mamelon*. C'est une excoriation radiée.

Extrêmement douloureuse, surtout à la tétée.

Elle saigne à la succion et la déglutition de ce sang est l'une des causes les plus fréquentes du *melæna du nouveau-né* (melæna spuria).

Traitée elle guérit en quelques jours.

La crevasse peut encore siéger au *niveau de l'aréole*, c'est alors une petite plaie *courbe concentrique* au mamelon.

A la base du mamelon qu'elle entoure en croissant elle peut être assez profonde et ulcéreuse pour produire une amputation spontanée qui en détermine la chute.

Enfin, LA BILATÉRALITÉ est fréquente, rendant l'allaitement momentanément impossible.

LA LYMPHANGITE succède d'ordinaire à la crevasse.

Début en est brutal, du troisième au dixième jour de l'allaitement.

SIGNES GÉNÉRAUX. — *Un violent frisson* secoue la malade.

La température monte d'un coup à 39-40 degrés.

Le pouls, en rapport avec elle, bat à 130-140.

SIGNES FONCTIONNELS. — *La céphalée* est intense.

Une vive SENSATION DE CUISSON attire l'attention sur le sein. De plus, *les lochies restent inodores.*

Etat. — Cette *brusquerie d'invasion* est caractéristique de la *lymphangite du sein.*

Bientôt :

SIGNES PHYSIQUES. — La PLAQUE DE LYMPHANGITE s'étale à la face externe du sein.

SIGNES GÉNÉRAUX. — La *température* tombe en douze à trente-six heures et sa *fugacité* est bien particulière.

Evolution. — En quarante-huit heures la plaque a disparu, mais souvent elle évoluera *par poussées successives*. Enfin, la lymphangite tronculaire peut se manifester sous forme de traînées rouges vers l'aisselle, *très douloureuses au toucher.*

L'ABCÈS PRÉMAMMAIRE, abcès lymphangitique, peut alors se constituer dans le tissu cellulo-graisseux supraglandulaire. Il faut d'ailleurs insister *sur sa rareté.*

SIGNES PHYSIQUES. — *Superficiel*, il se développe généralement à la face externe du sein.

C'est une TUMEUR arrondie ou ovoïde, de volume médiocre, qui SAILLE à la surface du sein.

La peau y est *rouge, chaude, douloureuse*, et, SIGNE CAPITAL, une *adénite axillaire* existe.

SIGNES FONCTIONNELS. — Aux douleurs de la crevasse s'ajoute une sensation de *battements.*

Evolution. — Rapidement l'abcès se collecte, la fluctuation apparaît; il faut le drainer *au séton* pour éviter la diffusion de la collection, l'adénophlegmon de l'aisselle.

LA MASTITE, *abcès de la glande*, est une complication bien plus grave, bien plus fréquente.

Elle succède à une *galactophorite.*

Début. — Du septième au douzième jour de l'allaitement, parfois plus tard *au sevrage.*

Très insidieux.

SIGNES GÉNÉRAUX. — La femme se plaint de malaises, elle éprouve quelques frissonnements.

La fièvre s'élève peu à peu jusqu'à 38°5.

LE POULS reste peu fréquent.

SIGNES PHYSIQUES. — Le sein *est gros, tendu*; il n'est ni *rouge*, ni *déformé*, mais *douloureux* au palper.

Il n'y a pas d'adénite.

SIGNES FONCTIONNELS. — La malade accuse surtout une sensation de *lourdeur*. La succion est très douloureuse.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

L'Année thérapeutique (5e année, 1924), par L. CHEINISSE. Un vol. de 186 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

Medical Education, a comparative study, by Abraham FLEXNER. — New-York, The Macmillan Company, publishers.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 2 FRANCS *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 31 août, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, Ramadier, qui acceptent; Pinard, Chiray, Chabrol, Bazy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — MONTPELLIER. — *Création de chaire.* — Le Conseil municipal de Montpellier a adopté, à l'unanimité, le principe de sa participation à la création d'une chaire magistrale de vénérologie à la Faculté de médecine.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Ducamp, directeur du bureau municipal d'hygiène de Lille, a été nommé auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — (Active.) *Au grade d'officier.* — MM. les médecins principaux de 2e classe Romary, Mathieu, Pigeon, Cochois, Peltier et Sallet.

MM. les médecins-majors de 1re classe Boitel, Combe, Vergne, Delbru et Viry.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Froment, Robert, Gardies, Renoux, Casabianca, Botte, Fabri, Brusset, Laurens, Fromant, Mercier, Cayotte, Pellet, Fournier, Durban et Grondone.

— (Réserve.) *Au grade d'officier.* — MM. Ertzbischof et Lardennois (G. M. P.).

Au grade de chevalier. — MM. Rançon (19e C.), Robillot (4e C.), Creyx (18e C.), Moreau (7e C.), Thuau (9e C.), Malgat (G. M. P.), Soret (3e C.), Mornard (9e C.), Laffineur (1er C.), Gaillard (G. M. P.), Cristol (16e C.).

— (Troupes coloniales. Active.) — *Au grade d'officier.* — MM. les médecins-majors Allard, Tardif, Viala, Joyot et Commeleran.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors Vidal, Soulayrol, Léger, Authier, Kervrann, Labernadie, Bérard, Suldey, Maignou, Febrier, Henry, Jouvelet, Solier, Conil, Certain, Pons, Foucque et Ricou.

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE EN ALGÉRIE — *Médaille d'or.* — M. Jahier, interne de 1re classe à l'hôpital de Mustapha.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Houel, à l'hôpital de Mustapha; Pétrolacci-Stephanopoli, à l'hôpital civil de Bone.

GUERRE. — Passent dans la réserve :

MM. les médecins principaux de 1re classe Vuillaume et Sallet.

M. le médecin principal de 2e classe Castaing.

MM. les médecins-majors de 1re classe Magerand, Laporte, Bussy, Dienot, Tellier, Spindler, Moisseney, Forget, Hameon, Colombani.

MM. les médecins-majors de 2e classe Cazotte et Paoletti.

M. le médecin aide-major de 1re classe Simon.

INSTITUT DE MÉDECINE COLONIALE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — L'Institut de médecine coloniale a été créé pour donner aux médecins français et étrangers un enseignement théorique et pratique des maladies tropicales.

La session de 1925 commencera le 5 octobre et sera terminée le 18 décembre.

A la fin des cours de la session, les étudiants subissent un examen en vue du diplôme de médecin colonial de l'Université de Paris. Les examens auront lieu du 19 au 23 décembre.

Sont admis à suivre les cours de l'Institut de médecine coloniale : 1° les docteurs en médecine français; 2° les étrangers pourvus du diplôme de doctorat universitaire français, mention médecine; 3° les docteurs étrangers pourvus d'un

diplôme médical étranger admis par la Faculté de médecine de Paris; 4° les étudiants en médecine des facultés françaises pourvus de seize inscriptions, sans distinction de nationalité; 5° les internes en médecine des hôpitaux, à quelque degré qu'ils soient de leur scolarité.

Droits à verser : un droit d'immatriculation, 60 fr.; un droit de bibliothèque, 10 fr.; droits de laboratoires (pathologie expérimentale, parasitologie, bactériologie cliniques, etc.), 550 fr. Deux examens gratuits.

Conditions d'admission : Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté, à partir du 15 septembre, tous les jours, de midi à 3 heures.

Les titres et diplômes et, de plus, pour les étrangers, l'acte de naissance devront être produits au moment de l'inscription.

OFFICE D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DU DÉPARTEMENT DE L'OISE. — Un concours de médecin spécialisé des dispensaires antituberculeux de l'Office d'hygiène sociale est ouvert dans l'Oise, pour le secteur de Beauvais.

Concours sur titre.

Les demandes sont reçues jusqu'au 6 août au siège social de l'Office, 40, rue Saint-Jean, à Beauvais, qui enverra tous renseignements.

LES MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le 24 juin dernier, les médecins parisiens de Paris se réunirent pour la dernière fois avant les vacances. Etaient présents : les docteurs Baillière, professeurs, Balthazard, Barry, Bloch (André), Blondel, Blondin père et fils, Bongrand, Bourguignon, Cachera, Cousin, Dartigues, Devraigne, Didsbury, Doin, Fège, Galliot, Gérard (Léon), Gillet, Gréder, Guébel, Lenormand, Le Roy des Barres, Le Savoureux, Lobligeois, Lotte, Papillon, Prost, Schaeffer, Schreiber, Sée, Tarrius, Viguerie, Vitry, Vimont et Wallon.

Ce dîner présente une note toute particulière de simplicité amicale. Au dessert, le docteur Dartigues qui inaugurait sa présidence prononça quelques mots. Il adressa les félicitations des « médecins parisiens de Paris » au docteur Coutela promu officier de la légion d'honneur et au nouveau professeur Ombrédanne dont il rappela la belle leçon inaugurale. Enfin, ayant remercié son prédécesseur à la Présidence, M. le professeur Balthazard de l'heureuse impulsion qu'il avait donnée à la Société, il se laissa entraîner par sa verve habituelle et évoqua quelques souvenirs imagés avec cette « blague » parisienne faite à la fois de rire et de sentiments. Ensuite, M. le professeur Balthazard, gagné par l'ambiance, put, grâce à une chanson, retrouver cette gaîté dont le souvenir est encore resté dans les salles de garde. En résumé, dîner très cordial, au cours duquel ont pu se nouer ou se resserrer bien des liens d'amitié.

Pour tous renseignements concernant cette Société amicale, s'adresser au secrétaire général, docteur Pierre Prost, 119, boulevard Malesherbes, Paris 8e.

COURS DE PERFECTIONNEMENT D'UNE SEMAINE SUR LES MALADIES DU CŒUR. — Le docteur Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, fera du 20 au 26 juillet, un cours de perfectionnement sur les maladies du cœur.

Programme : Le matin, à l'hôpital Tenon (salle Barth), 10 à 12 h. Exercices cliniques : le lundi, à la salle de radioscopie; les mardi, jeudi, vendredi, à la salle de consultation; les mercredi, samedi, au lit des malades.

L'après-midi, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre de la clinique du professeur Sergent) : 14 h., conférence clinique; 15 h., démonstration pratique; 16 h., exercices cliniques.

S'inscrire à l'hôpital Tenon dans le service du docteur Lian. — Droit d'inscription : 150 fr.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES DE LA ROUTE DES ALPES ET DU JURA. — Du 1er juillet au 15 septembre, deux itinéraires sont offerts aux voyageurs : l'un, de 1.200 kilomètres, par Barcelonnette, Briançon, le col du Lautaret, Grenoble, la Grande Chartreuse, Chambéry, Aix-les-Bains-Mont Revard-Annecy, Combloux, Chamonix, Evian, Genève et Besançon, est effectué en huit étapes d'une journée chacune.

L'autre, de 1.050 kilomètres est parcouru en six étapes et il ne diffère du précédent que par le passage, entre le Lautaret et Chamonix, par le Col du Galibier, Saint-Jean-de-Maurienne, Albertville et les gorges de l'Arly, au lieu de Grenoble, la Grande-Chartreuse et Annecy.

De nombreux services annexes permettent d'excursionner dans le Briançonnais, le Vercors, le Trièves, le Massif de la Chartreuse, la Maurienne, la Tarentaise, la vallée de la Valserine, la vallée du Doubs, etc.

Parmi les créations de la saison d'été 1925, il convient de citer : la mise en circulation d'un service direct de Nice à Chamonix, en deux jours et demi; le rattachement de Grenoble, d'une part à Vichy par Valence, le Puy, et la Chaise-Dieu, et d'autre part, à Turin par Briançon et le col du Mont-Genève.

Des billets individuels à itinéraire facultatif comportant à la fois des parcours en chemin de fer et des trajets en automobile sont délivrés, avec une réduction de 5 p. 100 pour le voyage en autocar, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M. Ces billets permettent de s'arrêter en cours de route et, en particulier, aux têtes d'étapes des autocars.

LIVRES NOUVEAUX

Traitement chirurgical de la dilatation bronchique (1), par P. GUIBAL.

L'auteur a traité quatre malades atteints de dilatation bronchique et il a recouru chaque fois à une méthode différente : pneumothorax artificiel, pneumotomie, thoracectomie et lobectomie. Seule la dernière méthode lui a donné un succès, c'est-à-dire une guérison durable. Il a acquis ainsi sur les thérapeutiques chirurgicales qui peuvent être appliquées à la lésion dont il s'agit une expérience personnelle dont son livre porte de bout en bout l'empreinte.

La technique qui tient naturellement le premier plan dans cet ouvrage n'offre d'intérêt que pour celui qui connaît les indications de ses diverses modalités. C'est pourquoi l'auteur a présenté d'abord une étude anatomo-clinique brève, mais essentiellement pratique des diverses bronchectasies. Il s'en faut que toutes relèvent de la chirurgie. Et les ectasies chirurgicales elles-mêmes se présentent dans des conditions assez différentes pour que le même traitement ne puisse convenir à toutes indifféremment. Chaque méthode est clairement décrite avec ses avantages, ses inconvénients et ses indications particulières.

De nombreuses figures très explicatives illustrent l'étude de Guibal qui sera utile à tous ceux qu'intéresse une forme de traitement des dilatations bronchiques encore peu connue en France.

CHASTENET DE GÉRY.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

DEMANDE DE REMPLACEMENT. — Etudiant en médecine, externe des hôpitaux de Marseille, vingt inscriptions, cherche remplacement du 15 juillet au 15 août, ou septembre-octobre. Ecrire P. M., aux bureaux du Journal.

(1) Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES ANATOMO-CLINIQUES DES CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES

Par Albert DURUY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Restreindre l'étude des cholécystites calculeuses à la seule *inflammation de la vésicule* n'est plus de mise actuellement. L'élargissement considérable des indications opératoires dans la chirurgie biliaire moderne, l'examen plus soigneux des lésions ont fait connaître les *états non inflammatoires* où la vésicule est à peine altérée (Lecène, Gosset). Nous décrirons donc le stade vésiculaire de la lithiase, stade où la voie principale est intacte et partant les résultats opératoires meilleurs.

FORMES ANATOMIQUES

La vésicule calculeuse peut présenter des lésions mécaniques et des lésions infectieuses, isolées ou associées.

La vésicule lithiasique. — Avec Lecène nous décrirons sous ce nom les états non inflammatoires, où la vésicule est légèrement malade, mais assez cependant pour justifier une opération.

Minutieusement on examine la vésicule et la région sous-hépatique à la recherche des signes sur lesquels a insisté le professeur Gosset et qui localisent à la vésicule un syndrome du carrefour vésiculo-duodéno pylorique.

Des adhérences périvésiculaires épaisses, enserrant le côlon transverse orientent vers la cholécystite. Mais lorsqu'il s'agit d'adhérences minces, de voiles membraneux avasculaires, le doute est permis. Et l'hésitation est encore plus grande si la face inférieure de la vésicule est unie seulement à l'angle duodéno-pylorique. Cependant il est bien rare dans ce cas qu'une portion de la vésicule libre d'adhérences ne présente de lésions caractéristiques.

L'aspect extérieur de la vésicule donne en effet des renseignements précieux. Le canal cystique est libre, l'organe n'est pas augmenté de volume mais sa paroi *n'est plus bleu ardoisé*. Blanchâtre en totalité, ou par places, là ou domine l'infiltration graisseuse de la sous-séreuse, la vésicule est un peu épaissie notamment dans la région du fond. Doucement on l'aplatit sur la face inférieure du foie pour en vérifier l'évacuation :

Ou bien elle se vide facilement, ou bien l'évacuation est « lente, imperceptible, impossible » signe excellent en faveur d'une lésion (Gosset).

On peut par cette manœuvre sentir un ou plusieurs calculs, intravésiculaires ou intramuraux (calculs de cholestérine radiaire).

Si aucune concrétion n'est perceptible il faut ponctionner la vésicule pour noter l'*état de la bile* : épaisse, noirâtre mais cependant *aseptique* elle contient en suspension de nombreux cristaux de cholestérine.

L'état des ganglions est aussi fort important à noter. Leur hypertrophie constitue un bon signe de lésion vésiculaire.

Au microscope la sous-séreuse et la musculaire présentent des traces légères d'infiltration leucocytaire ou de sclérose réactionnelle, d'infiltration graisseuse. La muqueuse est presque intacte, ses plis sont un peu moins développés mais les *diverticules pariétaux* sont hypertrophiés; véritables invaginations de la muqueuse, ils peuvent pénétrer jusqu'à la sous-séreuse; ce sont les classiques canaux de Lushka, lieu de formation des *calculs intramuraux*, mais toujours intracavitaires.

Des observations récentes (Mac Carty, Gosset, Lœwy, Magrou) ont fait saisir un autre mode de formation des calculs.

La paroi interne de certaines vésicules, ne présentant microscopiquement aucune lésion infectieuse est semée de grains jaunes, sessiles ou pédiculés et l'aspect hérissé de la muqueuse éveille assez bien celui d'une fraise : *vésicule strawberry* de Mac Carty.

L'étude de ces grains a montré qu'il s'agissait de *dépôts sous-épithéliaux de cholestérine*, qui primitivement *intrapariétaux* se pédiculisent ensuite pour former secondairement des calculs intravésiculaires, lors de leur chute dans la cavité.

L'hydrocholécyste est un état tout mécanique. C'est le *cholécyste calculeux*, la *cholécystite hydropique*, le *mucocèle*.

La *vésicule* est énorme du volume du poing ou plus encore.

Elle est *libre*, il n'y a pas d'adhérence. Sa paroi est pâle, lisse, amincie. La vésicule distendue, a subi une *ectasie* (Chauffard).

Le *cystique* de façon constante est obstrué par un calcul enclavé ou par un épaississement fibreux : la vésicule est *séquestrée* (Chauffard).

A la ponction on retire du liquide clair. Ce liquide a perdu tous les caractères de la bile normale : il ne contient ni pigments ni sels biliaires.

Il est *stérile*.

Son aspect varie suivant les cas :

a. *Muqueux*, *filant* contenant en suspension des paillettes de cholestérine, c'est un liquide d'*hypersécrétion muqueuse*;

b. *Limpide*, *incolore*, *bile blanche*, ou à peine jaune très proche dans sa composition du liquide céphalo-rachidien, c'est un *liquide de dialyse du plasma sanguin* (Gosset, Lœvy, Mestrezat) à travers les parois richement vascularisées du sac fibreux qu'est devenue la vésicule (Mocquot),

Au microscope : pas de lésions inflammatoires; les parois sont amincies. L'épithélium est aplati; toute villosité a disparu. La musculaire est dissociée par un tissu conjonctif abondant. La sous-séreuse est un peu sclérosée.

Mais souvent sur cet *état mécanique* se greffe l'infection : le liquide devient alors louche, séro-purulent ou mucopurulent.

Les véritables cholécystites calculeuses sont les lésions le plus communément rencontrées. L'inflammation peut être aiguë ou chronique.

La cholécystite chronique est tout exceptionnellement *scléro-hypertrophique*. Il s'agit toujours de vésicule scléro-atrophique.

La vésicule est noyée dans des adhérences lardacées, semblables à la sclérolipomatose périrénale, qui unissent foie, côlon, duodénum.

Il faut pour la dégager la sculpter dans son lit hépatique. Elle apparaît *rétractée*, du volume du

pouce. Souvent les adhérences sont si intimes avec le duodénum qu'il faut tailler un lambeau vésiculaire qui reste fixé à l'intestin. Il faut toujours l'explorer au stylet : parfois en son centre on trouve une perforation. Enfin des travées fibreuses s'enfoncent dans le foie déterminant une *cirrhose juxta vésiculaire* (Lecène).

Le cystique est oblitéré par un calcul ou un rétrécissement fibreux.

La vésicule contient un ou plusieurs calculs sur lesquels elle s'est moulée. Calculs de sels biliaires calciques, ou calculs mixtes de cholestérine et de sels de chaux.

Parfois n'existe que de la boue biliaire.

A la coupe de la vésicule s'écoulent quelquefois quelques gouttes de mucopus ou de pus épais riche en microbes : colibacille le plus souvent. La paroi interne apparaît creusée d'ulcérations.

Au microscope : muqueuse et musculeuse ont subi la transformation fibreuse, la sous-séreuse n'est plus qu'un bloc scléreux, mais de petits *abcès intra-pariétaux* trahissent l'existence de foyers inflammatoires encore en activité.

Systématiquement on recherche surtout dans la région du fond l'*adéno-carcinome* lié à la dégénérescence cancéreuse de cette vésicule chroniquement enflammée.

La cholécystite aiguë. — Plus souvent que d'une véritable cholécystite aiguë il s'agit de *poussée inflammatoire* sur un processus chronique.

A. C'est à **la poussée légère** que l'on peut anatomiquement donner le nom de *cholécystite catarrhale* à cause de l'atteinte isolée ou prédominante de l'épithélium.

La vésicule est légèrement augmentée de volume. La séreuse est plus vascularisée, elle a pris un *aspect dépoli.*

La bile est noirâtre, la *muqueuse* épaissie, boursoufflée, congestionnée.

B. **La poussée subaiguë** est le type des lésions que l'on rencontre le plus fréquemment aux interventions qui portent sur une *cholécystite refroidie* (Lecène).

La vésicule dont les parois sont épaissies est distendue ou non.

Elle est libre : le péritoine circumvoisin est rouge, violacé, ecchymotique.

Elle est plus souvent adhérente, fixée par des exsudats fibrineux, des fausses membranes en brides ou en voiles, ou pâteuses, ou déjà organisées en gâteaux.

La bile est trouble, la *muqueuse* rouge, ulcérée.

Histologiquement : la *muqueuse* a ses villosités épaissies, abrasées par places. *La musculaire* présente des traînées d'infiltration lymphocytaire.

Dans la sous-séreuse, l'infiltration leucocytaire est surtout marquée autour des vaisseaux, et ces lésions récentes existent *au milieu de lésions anciennes de sclérose.*

C. **La poussée aiguë intense** réalise la *pancholécystite* (Lecène).

Au milieu de fausses membranes baignant dans le pus (*péricholécystite suppurée*), la vésicule très grosse est grisâtre, d'aspect gangréneux au fond. Le tissu cellulaire sous-séreux est très œdématié, la paroi très épaisse de consistance cartonnée. Souvent un ramollissement localisé peut faire soupçonner un abcès pariétal en voie de formation.

Les ganglions régionaux sont hypertrophiés, nettement inflammatoires.

La vésicule contient du pus mélangé à de la bile : il y a une collection purulente, c'est la *cholécystite suppurée*, l'*empyème de la vésicule*, le *phlegmon biliaire. La muqueuse* est rouge, violacée, ulcérée.

Au microscope. — L'épithélium est détruit, remplacé par des fausses membranes, le chorion est enflammé, la musculaire est semée de foyers d'infiltration leucocytaire.

Au niveau des ulcérations, muqueuse et musculaire sont détruites; *les ulcérations* qui correspondent aux points de pression des calculs, *s'avancent jusqu'à la sous-séreuse amorçant la perforation.*

Mais c'est dans la sous-séreuse qu'est le maximum de lésions. Elle est littéralement disséquée par l'infiltration leucocytaire formant de place en place des *abcès miliaires pariétaux* qui prédominent autour des invaginations de la muqueuse. La séreuse enfin est recouverte de fibrine et de leucocytes.

D. Dans nombre de cas l'**inflammation de la vésicule s'est propagée aux parties voisines.**

On découvre à l'intervention un *abcès du foie*, une *nappe purulente* entre le foie et la vésicule. Ou bien le malade est porteur d'un *abcès sous-phrénique*, souvent pyogazeux. Plus souvent il s'agit d'*abcès sous-hépatique*. Dans un péritoine cloisonné d'adhérences on trouve une grosse collection de pus fétide contenant des caillots sanguins en partie désagrégés, parfois des gaz. Elle siège entre le duodénum et la vésicule et communique avec celle-ci par une perforation, tantôt fistuleuse due au ramollissement inflammatoire d'un abcès pariétal, bien plus souvent ulcéreuse liée à la rupture au niveau d'un calcul, de la paroi altérée et friable.

E. **La cholécystite perforante** où la perforation se fait en péritoine libre est moins rare que ne le laisseraient croire les classiques (Gosset).

Dès l'incision de la paroi, on pourra souvent rectifier un diagnostic erroné, sur le vu d'un œdème jaunâtre des plans profonds. De la boutonnière péritonéale s'écoule un liquide formé de bile et de pus où la bile domine nettement. L'épanchement est libre dans la cavité abdominale. Il se collecte entre le foie et le côlon, descend le long du côlon ascendant jusqu'à la fosse iliaque droite, s'accumule dans le Douglas. Quelques adhérences lâches existent néanmoins autour de la vésicule. Celle-ci hypertrophique ou scléro-atrophique est perforée. Au fond de l'organe, au voisinage d'un calcul le plus souvent, existe la perforation, unique dans la plupart des cas. C'est une vaste déchirure ou un trou percé à l'emporte-pièce ; la paroi se rompt *par distension*, ou sous la *pression du calcul*, ou sous l'influence d'une *ulcération infectieuse aiguë.*

F. **La cholécystite gangréneuse** est très rare dans la lithiase. La vésicule putrilagineuse, d'aspect sphacélique vient par morceaux.

En résumé. — Grande est l'importance dans les cholécystites lithiasiques, des lésions de la paroi. « Plus que le contenu c'est la paroi qui est dangereuse » (Papin).

C'est là que se forment les calculs intramuraux que la cholécystostomie reste impuissante à évacuer.

C'est là qu'est le maximum de lésions :

Abcès pariétaux d'une part, massés autour des diverticules pariétaux, véritables « clapiers d'in-

fection vésiculaire », rendant illusoire le rôle *curatif* de la cholécystostomie qui laisse menaçante la péritonite.

SCLÉROSE DU TISSU INTERHÉPATO-VÉSICULAIRE, d'autre part, qui supprime le plan de clivage normal de la vésicule, empêche la *cholécystectomie rétrograde*, force à sculpter la vésicule soudée à son lit hépatique, et expose ainsi le parenchyme hépatique à être blessé par le bistouri ou par arrachement.

FORMES CLINIQUES

Nous décrirons : la *lithiase vésiculaire simple*, la lithiase vésiculaire *compliquée d'accidents mécaniques ou infectieux*.

D'emblée s'impose un parallèle avec l'*appendicite* : simple colique, formes aiguës, formes à plastron, formes chroniques d'un diagnostic si délicat, tous les caractères anatomo-cliniques rapprochent les deux affections. Il ne faut pas cependant pousser plus avant la comparaison : l'appendice est un organe « nuisible » que l'on peut systématiquement enlever alors que l'ablation de la vésicule ne doit être pratiquée que si des lésions y autorisent ; l'infection de la vésicule, enfin, se localise plus facilement sous le simple traitement médical, la péritonite généralisée dont la crainte domine le pronostic de l'appendicite y reste une exception.

Mais l'appendicite est le diagnostic que dans toutes les formes de cholécystite il faudra pied à pied discuter, et la coexistence fréquente des deux lésions « l'appendiculo-cholécystite » (Dieulafoy) ne facilite pas la tâche.

Dans tous les cas où subsiste le moindre doute clinique il faudra toujours au cours de l'intervention penser à examiner l'un et l'autre organe.

LITHIASE VÉSICULAIRE SIMPLE. — Des plus insidieux en est le début. Elle reste le plus souvent ignorée jusqu'à ce qu'une *colique hépatique vienne en marquer le début apparent.* Néanmoins, quelques petits signes bien mis en évidence par les auteurs modernes permettraient d'en reconnaître l'existence avant toute manifestation paroxystique.

Le malade. — Il s'agit le plus souvent d'une femme de trente à quarante ans, à antécédents héréditaires ou collatéraux de lithiase qui, depuis une *grossesse*, une *fièvre typhoïde*, une *grippe*, est soignée pour une *dyspepsie*, une *entérite*, une *appendicite chronique*.

Quelques signes spéciaux peuvent cependant forcer l'attention :

Les *gastralgies* sont mal soulagées par les vomissements ; elles s'accompagnent souvent de *frissonnements*, de *sensation de « chair de poule »* (Moyniham), elles sont surtout nocturnes (Loeper et Forestier).

Les *épisodes diarrhéiques* prennent parfois le caractère de la *diarrhée prandiale* (Linossier), signe capital qui, à lui seul, doit faire penser à une affection vésiculaire. Douleur épigastrique violente survenant pendant ou après le repas, tranchées intestinales avec besoin impérieux de défécation, débâcle de bile pure, avec sensation de brûlure à l'anus, tels sont les éléments du syndrome.

Enfin, tous ces troubles *qui sont souvent apparus à la puberté* sont manifestement exagérés au moment des règles, ou lors d'une grossesse.

A l'examen. — Le point vésiculaire est nettement douloureux. Toute inspiration profonde est interdite lorsque le doigt y exerce une pression : *signe de Murphy*. La pression brusque en un point situé à mi-distance de l'ombilic et de la IXe côte provoque une douleur très vive : *signe d'Abraham*. Le murmure vésiculaire est aboli à la base droite : *signe de Ramond.*

Evolution. — Tout peut en rester là, et nombreux sont les cas de calculs vésiculaires restés entièrement latents que l'on retrouve aux autopsies de gens âgés morts d'une toute autre affection.

Ailleurs, les signes sont plus manifestes : des *crises de colique hépatique* surviennent, provoquées par un traumatisme, ou plus souvent SPONTANÉMENT à l'heure de la *chasse biliaire*. La menstruation ou la gestation exercent sur elle une influence remarquable.

Leur symptomatologie est trop connue pour que nous y insistions ici; qu'il nous suffise de rappeler qu'elles se présentent sous deux grands types cliniques :

L'un expulsif : colique franche, cystico-cholédocique, colique souvent suivie d'ictère où la recherche des calculs par tamisage des selles est positive dans la semaine qui suit le paroxysme douloureux.

L'autre non expulsif : colique vésiculaire de Gilbert et Parturier, colique d'allure moins paroxystique et de durée plus longue. Elle s'accompagne d'une *tuméfaction vésiculaire* plus ou moins durable, d'un *cholécyste*. Jamais ne lui fait suite la production d'ictère, la moindre excrétion de calcul.

Ces crises présentent une grande tendance à la répétition, tendance plus marquée que pour les coliques expulsives. Elles réalisent le syndrome de l'*hydrocholécyste intermittent* (Villard et Cotte).

C'est par ces symptômes que se manifeste la cholélithiase à une époque où le traitement médical est la règle. Et pourtant il faut, d'après nombre de chirurgiens modernes, étendre à ce stade précoce les indications opératoires pour éviter une intervention plus sérieuse que l'avenir réserve peut-être au malade.

LITHIASE VÉSICULAIRE COMPLIQUÉE. — La cholélithiase se complique, en effet, presque toujours d'accidents plus graves, les uns *chroniques*, les autres *aigus* qui nécessiteront souvent une sanction opératoire.

L'hydrocholécyste permanent. — C'est parfois la formation d'un hydrocholécyste permanent qui amène le malade au chirurgien.

Soit immédiatement après une crise de colique vésiculaire, rarement la première, soit insidieusement chez un malade qui ne présente plus depuis un certain temps de crises douloureuses, mais conserve un peu d'endolorissement de l'hypocondre droit, se constitue une *tumeur vésiculaire* que le sujet a souvent de lui-même constatée.

L'examen physique découvre une *tumeur sous-hépatique.*

Elle est parfois appréciable dès la seule inspection. Sur le sujet étendu dans le relâchement musculaire le plus absolu, on voit une saillie allongée qui émerge du rebord costal, à droite de la ligne médiane, le long du bord externe du grand droit. Sa direction est très caractéristique : oblique de haut en bas et de droite à gauche, VERS L'OMBILIC.

La palpation en révèle plus souvent l'existence :

par la pression sous-hépatique et *par la palpation bimanuelle* (la main gauche lombaire fixant et présentant la tumeur à la main droite abdominale), on reconnaît une *tumeur sous-hépatique*.

Cylindrique, piriforme ou globuleuse (Gilbert), elle est bien limitée en bas par un contour *arrondi*, *mousse*, nullement tranchant, mince, *accrochable* comme celui du *lobule de Riedel*, déformation hépatique si fréquente chez les lithiasiques.

Tendue, lisse, rénitente, elle est séparée du foie par un sillon, mais sa matité est continue avec celle de l'organe. Elle est MOBILE verticalement avec lui dans les mouvements inspiratoires, *mobile* aussi transversalement au palper abdominal ainsi que d'avant en arrière, sensation qui rappelle le *ballottement rénal*. Il est exceptionnel de percevoir la collision crépitante des calculs.

De tels caractères font le diagnostic de tumeur vésiculaire. Mais parfois l'on hésite : *hydrocholécyste* ou *hydronéphrose*? Sans doute, la tumeur vésiculaire est-elle très antérieure sous la main abdominale, sans doute lorsqu'elle donne le ballottement existe-t-il au maximum dans l'*angle costo-iliaque* et non dans l'*angle costo-lombaire*, sans doute ne se refoule-t-elle pas dans la fosse lombaire, sans doute le malade a-t-il présenté des crises de colique hépatique.

La radiographie après insufflation gastro-colique est néanmoins souvent nécessaire : ombre opaque, pédiculée ou non, se détachant nettement du rebord inférieur du foie et sur laquelle tranche l'image d'un calcul biliaire du cystique à la partie interne de la XIIe côte. La radiographie de profil le distingue d'un calcul du bassinet. S'il existe plusieurs calculs libres dans la vésicule distendue, leur situation variera suivant que l'épreuve aura été prise en position debout ou couchée. Enfin, le pylore, le duodénum peuvent présenter des encoches arrondies et régulières dues à la pression du fond de la vésicule (Léonard et Georges) qui sont bien différentes des déformations irrégulières liées à la péricholécystite.

Le tubage duodénal, enfin, après épreuve de Meltzer-Lyon montrera l'absence de la bile B, bile vésiculaire (Gosset et Lœwy, Chiray).

Evolution. — Ce cholécyste est PERMANENT. Si l'on n'en pratique pas l'exérèse, il dure indéfiniment. Par son accroissement il peut déterminer des troubles de compression. Mais cette évolution n'est pas fatale : le contenu peut fort bien, au bout d'un temps variable, en être résorbé.

La *rupture* est une complication exceptionnelle du cholécyste.

L'*infection*, par contre, se voit avec une relative fréquence. Il ne s'agit pas toujours d'infection brutale, de cholécystite aiguë avec ou sans péricholécystite; bien souvent la prise de la température donne seule des indices de suppuration alors que le tableau est celui du simple cholécyste. Il faut insister, avec Gilbert et Lereboullet, sur deux types spéciaux que peut affecter la courbe thermique dans ces cas d'empyème : l'*inversion* et la *monothermie* qui existent de façon continue, ou tranchent par périodes sur une courbe oscillant entre 37 et 38.

La cholécystite scléro-atrophique est de toutes les réactions vésiculaires au cours de la lithnase celle qu'il est le plus communément donné d'observer. Le diagnostic en est très délicat. Elle se traduit par des *symptômes d'emprunt* : signes gastriques, signes intestinaux, signes généraux, *à l'origine vésiculaire desquels* il faut systématiquement penser. Seuls des examens complémentaires répétés montreront *la nature lithiasique* de cette cholécystite chronique. Et cette aggravation de la dyspepsie initiale annonce que la lithiase qui jusqu'alors « *existait* » sans plus, cesse d'être bien « *tolérée* » (Papin), et oriente vers d'autres procédés thérapeutiques.

La malade consulte pour les signes les plus divers.

A. **Le plus souvent elle attire l'attention sur son estomac.** Tel sujet se plaint de *malaises précoces* (Loeper). Dès l'ingestion des aliments ou dans l'heure qui suit le repas surviennent des sensations pénibles, plus que des douleurs vraies. Ce sont des aigreurs, ou de la pesanteur et du gonflement épigastrique accompagnés d'éructations qui relèvent d'un certain degré d'aérophagie paroxystique (Mauban). Tel sujet se plaint de *malaises tardifs* (Loeper). C'est là l'éventualité la plus fréquente, riche en erreurs. Des *douleurs paroxystiques* apparaissent à l'épigastre de deux à cinq heures après le repas, rythmées par lui, et si l'on ne songeait toujours à une affection vésiculaire en présence de tout état gastrique, on méconnaîtrait nombre de ces *crises gastrovésiculaires* (Enriquez).

Dans les cas typiques l'apparition brutale du paroxysme douloureux, son acuité atteinte d'emblée, sa brièveté relative, l'absence de signes gastriques dans l'intervalle des crises font penser aussitôt à la lithiase, *colique hépatique fruste* qui pourrait bien n'être qu'un *gastropasme réflexe*.

Mais bien souvent le tableau est moins net, cette ébauche de signes de colique vésiculaire fait défaut. Sur un fond de *dyspepsie hypersthénique* évoluent des phases paroxystiques plus ou moins longues (douleur tardive à caractère de brûlure, de constriction des flancs), ou bien même existe un véritable *syndrome pylorique* (douleur tardive, vomissements) qui masquent la lithiase (Soupault et Salignat, Loeper, Enriquez et Carrié).

B. **Ailleurs le malade attire l'attention sur son intestin** qu'il s'agisse de *constipation spasmodique* ou d'*entérocolite mucomenbraneuse*.

C. **Ailleurs encore le malade se présente comme un tuberculeux** : C'est un sujet fatigué, maigrissant progressivement, fébrile par accès. Souvent chez la femme l'aménorrhée vient compléter le tableau.

D. **Quelquefois le syndrome est plus complexe** : Aux signes gastriques ou intestinaux, s'ajoute une altération plus ou moins marquée de l'état général qui peut faire songer à un cancer.

Rien parmi ces symptômes n'attire donc spécialement l'attention vers la vésicule. Le diagnostic s'égare vers une tuberculose, une appendicite chronique, une affection gastro-duodénale. En présence d'un *syndrome du carrefour sous-hépatique* il faut systématiquement penser à une cholécystite chronique.

L'interrogatoire et l'examen clinique vont relever quelques signes de présomption, les signes vésiculaires de l'affection.

Plaident en faveur de la cholécystite lithiasique :

A. Les antécédents familiaux de lithiase, l'appari-

tion progressive des symptômes depuis une grossesse, une fièvre typhoïde, une grippe.

L'existence de crises de colique hépatique franche au milieu de ces symptômes trompeurs.

L'horaire NOCTURNE de la douleur, son irradiation dorsale, mais surtout sa VARIABILITÉ extrême et dans son acuité, et dans sa durée, et dans son moment d'apparition.

Le peu de soulagement que lui apportent les vomissements.

L'ÉTAT NAUSÉEUX spécial du malade; nausées avec sensation du vertige surtout marquées au réveil, calmées par l'ingestion du petit déjeuner mais reprenant presque aussitôt pour ne cesser qu'après le repas de midi.

La présence de *crises de diarrhée prandiale*.

La coïncidence de tous les troubles avec la menstruation, leur exagération en ces mêmes périodes ou lors d'une gestation.

L'influence sur eux d'un traumatisme physique ou moral.

L'influence nocive de l'**ingestion d'œufs**, de crèmes, de cervelle.

L'essai inefficace d'un traitement bismuthique s'il a déjà été tenté chez la malade (épreuve thérapeutique de Chauffard).

B. L'existence de fièvre au moment des crises douloureuses, accès souvent accompagnés de frissonnements, de sensation de chair de poule (Moyniham).

Les poussées de subictère ou d'ictère franc qu'il a pu présenter par angiocholite légère ou hépatite passagère en ces mêmes moments.

Mais les plus grandes réserves doivent être faites sur la valeur de ce signe, la possibilité d'ictère au cours d'un ulcus duodénal très adhérent au foie et à la vésicule est bien connue actuellement (Chauffard).

Le teint cholémique du sujet, le xanthélasma des paupières.

L'absence d'hémorragie intestinale ou d'hématémèse, signe que nous discuterons plus loin.

Enfin l'altération marquée de l'état général qui accompagne la cholécystite est rare dans l'ulcus.

C. Le point capital reste *l'examen physique* du malade.

On palpe la région vésiculaire : Le malade couché en décubitus dorsal, les cuisses fléchies, on enfonce lentement et progressivement les doigts en crochet sous le rebord costal, ou bien l'on emploie le procédé *de la pesée à double orientation* (Enriquez, Carrié). On provoque la **douleur vésiculaire**.

Au bord externe du grand droit, au milieu souvent d'une zone vaguement indurée, le point où elle est maxima est *fixe* aux examens successifs; c'est le *point vésiculaire* qui siège bien au-dessus du point de Mac Burney, au-dessus et à droite du point duodénal. La douleur augmente lors de l'abaissement du foie à l'inspiration qui d'ailleurs s'arrête comme bloquée. (Murphy), et ce signe de la *douleur inspiratoire*, l'un des meilleurs en faveur d'une lésion vésiculaire, la sépare nettement de l'atteinte duodénale.

La pression en même temps que la douleur provoque un état nauséeux et une demi-heure ou une heure après l'examen le malade se plaint encore de souffrir au point vésiculaire.

Le point d'Abraham lui aussi est douloureux, enfin l'on a récemment insisté (Ramond) sur la *fréquence du point de Mac Burney* dans la cholélithiase et cette coïncidence n'est pas faite pour éclaircir le diagnostic. On ne doit jamais négliger la *recherche du point phrénique* à la base du cou. La douleur au *point phrénique droit* est très caractéristique de la lithiase (Chauffard) alors que dans l'ulcus duodénal c'est le point phrénique gauche que l'on constate le plus souvent. (Cade et Parturier).

On ausculte enfin les bases thoraciques.

A droite, le murmure vésiculaire est aboli (Ramond).

L'on termine en percutant les réflexes, en examinant les pupilles : devant tout état gastrique il faut songer au tabes, en rechercher les signes pour ne pas passer à côté d'une *crise gastrique*.

L'examen radiologique, les recherches de laboratoire apportent une aide précieuse à la clinique.

Examen radiologique. — La palpation sous écran localise la douleur à la région cystique en un point fixe aux examens successifs, qui garde même localisation viscérale dans la station debout et le décubitus, conditions nécessaires pour y attacher de la valeur. Par la radioscopie et les radiographies en série on étudie l'image gastro-duodénale sur le malade debout de face et de profil et en *décubitus central*. On peut constater de l'hypertonie ou de l'atonie gastrique, un syndrome pylorique ou un syndrome duodénal (Barklay ou Holzknecht). Mais ces syndromes radiologiques peuvent relever aussi bien d'une cholécystite avec ou sans péri-cholécystite que d'un ulcus-duodénal d'une appendicite, d'une péritonite sous-hépatique. Sont considérés comme ayant une plus grande valeur les 4 signes suivants :

La fixation du pylore sous le foie, en haut et à droite réalisent un estomac oblique (Loeper, Aubourg, Colombier) signe spécifique d'une lésion vésiculaire. Enriquez conteste l'interprétation de ce signe et attache plus de valeur à une *déformation de l'estomac en haltère*.

L'*antéposition du bulbe duodénal et du vestibule pylorique* par rapport à l'image gastrique à l'examen de profil (Duval, Gatellier, Béclère).

La déformation du bulbe en feuille de sagittaire (Keller).

L'élargissement de l'ampoule de Vater se présentant comme une diverticule du bord interne de la deuxième portion du duodénum (Léonard et Georges).

Après lavement baryté enfin on peut observer un spasme de l'angle colique droit, et la fixité de la moitié droite du côlon transverse.

Mais ce ne sont là que signes indirects dont l'interprétation demande la plus grande prudence. La présence du ou des calculs peut seule faire affirmer le diagnostic. C'est au voisinage des IIe et IIIe costoïdes que se projettent les calculs d'une vésicule rétractée (Duval, Gatellier, Béclère). La radiographie de profil, la pyélographie les distingueront de calculs du bassinet dont la zone de projection (quadrilatère de Bazy) est sensiblement la même. Les progrès de la technique permettent de les reconnaître dans plus de la moitié des cas (Duval, Gatellier, Béclère) même lorsque leur teneur calcique est minime (Laroche et Ronneaux). *Mais un examen négatif ne peut en rien infirmer le diagnostic clinique.*

Les examens de laboratoire sont d'un intérêt primordial pour le diagnostic.

DANS LES URINES on recherche systématiquement

au moment des crises la présence de traces de pigments.

Les fèces doivent être étudiées de façon minutieuse. On les inspecte à la recherche d'une période de décoloration transitoire; par des réactions de Meyer en série (après régime lacto-végétarien) on s'assure de l'absence d'hémorragies occultes. Mais la présence de sang dans les selles sous forme de melæna ou même d'hémorragie intestinale ne doit pas faire admettre d'emblée le diagnostic d'ulcus duodénal. Les examens ont pu être positifs dans la cholélithiase du fait d'une poussée de *gastrite congestive* (Moyniham) ou plus souvent de *duodénite congestive ou érosive* (Chauffard, Moutier et Gosset). De toutes ces recherches la plus importante car elle décide du diagnostic est celle des calculs. C'est par tamisage des selles durant la semaine qui suit un paroxysme douloureux que l'on s'assure de leur présence, *signe de certitude de cholécystite lithiasique*; encore faudra-t-il examiner soigneusement ces calculs pour éviter une erreur grossière avec le sable intestinal, les pépins de fruits et diverses autres concrétions.

Le chimisme gastrique ne possède qu'une valeur très relative.

Dans les lithiases récentes il est presque de règle de rencontrer un état hyperchlorhydrique qui se transforme en hypochlorhydrie ou anachlorhydrie dans les cholécystites anciennes (Hohlweg, Ohly). L'on peut dire, néanmoins, que l'absence d'hyperchlorhydrie militera contre l'ulcus duodénal, « l'hypoacidité est la règle dans la dyspepsie des biliaires. » (Loeper).

Quant au tubage à jeun il peut montrer de la stase, de l'hypersécrétion qui témoignent d'un trouble de l'évacuation pylorique sans en indiquer la cause d'aucune façon.

Le tubage duodénal donne des résultats fort importants.

Après injection de sulfate de magnésie, épreuve de Meltzer Lyon, on étudie la *bile B*, bile vésiculaire, par comparaison avec la bile A, bile cholédocienne, et la bile C, bile hépatique.

Le mode de réponse vésiculaire est différent suivant les cas.

1° *Ou bien l'on obtient un liquide* trouble, verdâtre, *purée de pois* (Einhorn). Il est épais, sirupeux, caractère dû à l'abondance du mucus qu'il contient. Sur ces seuls signes l'on peut affirmer une atteinte vésiculaire, si le liquide n'est pas mêlé de suc gastrique : il est très rare que la limpidité du liquide persiste avec une vésicule malade (Einhorn, Brown).

Enfin on y voit souvent en suspension au milieu de flocons de mucus des grains brunâtres qui se déposent au fond des tubes collecteurs. Ce sont des *calculins* (Chiray et Blum) *véritables calculs en miniature*, qu'il s'agisse de calcul en formation ou de particules détachées de gros calculs. Examinés après écrasement entre lame et lamelle et coloration, ils apparaissent formés de cholestérine non cristallisée. Leur présence prend une valeur décisive en faveur de la cholélithiase sur laquelle ont insisté Chiray et Blum.

2° *Ou bien le liquide est d'aspect normal*, mais différents examens en montrent les modifications profondes.

Au microscope, examiné à l'état frais, on y trouve quelquefois, selon une fréquence différente suivant les auteurs, des *cristaux de cholestérine* isolés ou agglomérés en calculins microscopiques qui ont une certaine valeur séméiologique (Petry, Vincent Lyon, Einhorn, Chiray).

Presque toujours on y rencontre des *hématies* des *leucocytes polynucléaires* en quantité. Cette leucocytorrhée est d'autant plus frappante que dans la bile A et dans la bile C les éléments restent au contraire rares (Chiray et Triboulet, Chabrol, Bénard et Gambillard).

Enfin, existent de nombreuses cellules épithéliales et des germes microbiens en abondance : cocci et bacilles.

A l'examen chimique l'albumine existe en quantité notable.

3° *Ou bien il y a une réponse imperceptible*, ou même absence de réponse. Et ce résultat contrôlé par des épreuves de Meltzer-Lyon pratiquées en séries prend une grande valeur.

L'examen d'un malade que l'on suppose atteint de cholélithiase, ne saurait être complet tant que le dosage de la cholestérine du sérum sanguin (Chauffard, Grigaut, Laroche), n'a pas été fait.

L'hypercholestérinémie constitue l'un des signes les plus importants en faveur de la cholécystite calculeuse. Alors qu'elle manque presque toujours dans les autres affections du carrefour sous-hépatique, c'est de façon constante que dans la lithiase le taux de cholestérine du sérum s'élève à 2, 3 et même 5 grammes (1g50 normalement).

En résumé, le diagnostic de cholécystite scléro-atrophique calculeuse est l'un des plus difficiles qui soit. Diagnostic d'addition de symptômes, si dans les cas heureux il peut être posé sur la constatation de calculs à la radiographie ou dans les fèces, de calculins au tubage duodénal, de l'hypercholestérinémie, ailleurs, rien ne montre l'origine lithiasique de cette cholécystite chronique, ailleurs même, l'on attend l'apparition de signes vésiculaires ou une laparatomie exploratrice pour rattacher à un organe ce syndrome du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. Et l'hésitation clinique est parfois amplement justifiée par la découverte de deux lésions : cholécystite et ulcus (Auvray et Le Moniet, Gosset, Hartmann, Kehr), cholécystite et appendicite chronique.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 29 juin 1925)

Fixation héréditaire des caractères acquis constatée par la stabilité de l'optimum thermique déplacé. — M. Charles Richet, Mlle Eudoxie Bachrach et M. Henry Cardot.

Sur un nouveau cas d'inversion des effets adrénaliniques. — M. Raymond Hamet.

Traitement des tuberculoses externes par un extrait colloïdal des bacilles de Koch. — M. Arthur Grimberg.

Différenciation des « Paramelitensis » par la floculation sous l'action de la chaleur. — M. Et. Burnet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUIN 1925)

Variole et alastrim. — M. P. TEISSIER, s'appuyant sur les documents qu'il a pu réunir pour son enseignement comme sur les faits qu'il a été à même d'observer, notamment avec le docteur L. Camus et ses collaborateurs, indique les arguments cliniques et expérimentaux qui plaident en faveur de l'assimilation de l'alastrim et de la variole. Il montre notamment que s'il faut accorder le même crédit aux faits cliniques si opposés sur lesquels s'appuient les doctrines, uniciste ou dualiste, l'alastrim comporterait des types dont la dissemblance serait plus marquée que celle qui pour les dualistes existe entre la variole et l'alastrim. Il indique que l'argument majeur de la bénignité qui aujourd'hui ne peut plus être considéré comme un dogme, ne saurait justifier une terminologie nouvelle; que les caractères cliniques comme la bénignité attribués exclusivement à l'alastrim se rencontrent dans la variole; que quant à l'influence réciproque si controversée de l'alastrim et de la vaccine, elle est en réalité à rapprocher de l'influence réciproque de la variole et de la vaccine. Il résume les résultats des épreuves techniques et de l'inoculation à l'animal qui fournissent la preuve indiscutable de l'identité de la variole et de la vaccine.

Pour lui comme pour un certain nombre d'auteurs, réactions de la cornée avec présence de corps de Guarnieri, réaction de déviation complémentaire, dont avec le docteur Gastinel il a précisé en 1911 les règles pratiques pour le diagnostic de la variole et de la varicelle et que Netter a expérimentées pour l'alastrim et la variole, l'épreuve de Turcke et l'inoculation à l'animal ont été positives également pour l'alastrim et la variole. Pour toutes ces raisons il se range avec son collègue Netter parmi les partisans de la doctrine uniciste.

Il conclut en affirmant le souhait avec Rosenau et Moody que les mesures prophylactiques prises contre la variole soient appliquées contre l'alastrim. Au point de vue thérapeutique il regrette que la médication xylolée appliquée à l'hôpital des maladies infectieuses, sur l'initiative de son collègue Belin et dont il enseigne lui-même depuis vingt ans l'efficacité et que le sérum de convalescents de variole dont il a montré avec L. Marie en 1912 les effets curateurs ne soient pas appliquées, tout au moins aux formes graves de l'alastrim.

Mesures à prendre pour prévenir l'infection variolique qui peut être communiquée par les marchandises infectées. — M. L. CAMUS. Depuis un an, dans quatre départements, des germes varioliques ont été importés par des marchandises infectées, il y a eu plusieurs morts et des menaces sérieuses d'épidémie.

Une réglementation s'impose pour la manipulation de ces produits suspects, elle peut donner toute sécurité et être établie sans apporter aucune entrave aux industries qui utilisent ces matières premières.

La déclaration de désinfection des marchandises avant leur embarquement par les expéditeurs ne donnant aucune garantie, il importe que la désinfection soit faite en France. A la frontière, au poste sanitaire de terre ou de mer, la désinfection des balles en surface est facilement réalisable et suffit à assurer la sécurité pendant leur transport. Le contenu de ces balles sera désinfecté d'une façon complète à l'usine sous le contrôle de l'inspection d'hygiène départementale et suivant une technique appropriée à la nature des produits pour ne pas en altérer les qualités marchandes.

Les balles devront porter l'adresse précise du destinataire et recevront au poste sanitaire frontière une étiquette de garantie qui en interdira l'ouverture, celle-ci devant avoir lieu sous le contrôle de l'inspection départementale du travail et de l'hygiène.

Toute balle ayant subi la désinfection en surface à la frontière sera signalée par le poste frontière aux préfets des départements intéressés où se trouvent les destinataires.

L'inspection départementale du travail et de l'hygiène s'assurera que tout le personnel des usines intéressées est complètement vacciné. Aucune personne vaccinée depuis moins de quinze jours ou depuis plus d'un an ne devra être admise dans l'usine.

Les travailleurs qui manipulent les produits infectés ou suspects seront soumis à des soins corporels et vestimentaires qui empêcheront le transport des germes en dehors de l'usine.

Sur un cas de méningite à lymphocytes curable suivie d'une éruption vésiculeuse. — MM. NOBÉCOURT, Henri JANET, Y. KERMORGANT et Raymond GARCIN ont observé, chez une enfant de quatre ans, une méningite à lymphocytes primitives ayant pendant quelques jours simulé une méningite tuberculeuse et qui s'est terminée par la guérison; le dix-septième jour de la maladie, alors que l'enfant était convalescente, apparut sur le tissu une éruption vésiculeuse très particulière.

Le liquide des vésicules contenait un virus qui détermina chez le singe, cinq jours après l'inoculation intracérébrale, une maladie particulière dont les symptômes essentiels furent des tremblements et des contractions fibrillaires. Le même liquide vésiculaire inoculé par scarification à la cornée du lapin produisit une fine éruption vésiculeuse transmissible de lapin à lapin.

Les auteurs pensent que la méningite à lymphocytes qu'ils ont observée est causée par un virus spécial non encore signalé.

L'action de la spartéine sur le cœur. — M. SOULA. La spartéine exalte les propriétés contractiles du scarcoplasme et par là exerce à l'égard du muscle strié une action vératrinisante, d'ailleurs modérée. Elle agit sur la tonicité du myocarde en l'augmentant. C'est un agent de réaction contre la dilatation. Cette propriété vue par Griffe (1886) vérifiée par J. Weil (1913) a été laissé de côté et méconnue dans les recherches expérimentales qui ont expliqué les modifications du rythme et d'amplitude de la systole par une action sur les nerfs du cœur.

L'étude du cœur isolé en perfusion par la méthode de Pachon corroborée par l'étude de l'action de la spartéine sur le muscle a permis à M. Soula de vérifier les faits antérieurement connus sur l'action « *tonique* » de la spartéine vis-à-vis du muscle cardiaque, de reconnaître l'importance de cette action, de vérifier que sa méconnaissance a été le point de départ d'interprétations erronées et que cette propriété rend compte de ses bons effets, justifie son emploie et en précise les indications.

Election. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants étrangers dans la quatrième division (sciences biologiques, physiques, chimiques et naturelles.)

Etaient présentés en première ligne MM. Madsen (de Copenhague) et Sherrington (d'Oxford); en deuxième ligne MM. Escomel, Inada, Muttal et Rollier.

M. Madsen est élu par 49 voix sur 52 votants, M. Sherrington par 42 voix sur 49 votants.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUIN 1925)

Un cas de vertèbre noire. — M. A. LÉRI rappelle le cas de vertèbre noire qu'il a présenté à la dernière séance. Tout soupçon de cancer paraît pouvoir être écarté chez ce malade. D'autre part, le Bordet-Wasserman positif, l'influence favorable que le traitement semble exercer, sont des arguments en faveur de l'étiologie spécifique.

Sarcome télangiectasique du sacrum traité par la radiothérapie. — MM. BÉCLÈRE, PAPILLON, BENSAUDE et SALOMON présentent une jeune fille chez laquelle il existait une volumineuse tumeur sacrée pulsatile, avec anesthésie en selle, incontinence sphinctérienne, abolition des réflexes achilléens. Après application de 4.000 R en arrière et 4.000 R en avant, la tumeur a disparu. Il ne persiste plus, depuis quelques mois, qu'une légère parésie du sphincter vésical, l'abolition des réflexes et l'anesthésie en selle. La menstruation, qui venait de s'établir au moment des irradiations, n'a plus reparu depuis lors : la castration est vraisemblablement totale : cependant les caractères sexuels secondaires de la puberté se développent (seins, poils du pubis).

Amyotrophie lentement évolutive de type anormal avec troubles trophiques osseux. — MM. FOIX, BASCOURRET et

Chavany présentent un malade atteint d'amyotrophie lentement évolutive avec main d'Aran-Duchesne, atrophie symétrique massive du triceps, atrophie asymétrique des muscles de la ceinture scapulaire et du trapèze, des muscles du membre inférieur gauche. Cette atrophie appartient plutôt, d'après l'aspect clinique, l'état de la réflectivité, des réactions électriques et de la chronaxie, la présence de trémulations fibrillaires, l'intégrité relative des masses sacro-lombaires, au groupe des amyotrophies nerveuses proprement dites qu'à celui des myopathies. Le malade, dont l'amyotrophie ne se rapporte nettement à aucune variété clinique définie, présente en outre des troubles trophiques osseux importants : atrophie du membre inférieur gauche, atrophie du membre supérieur droit ou hypertrophie du côté opposé, où il semble que le deltoïde et les muscles de la ceinture scapulaire présentent également un certain degré d'hypertrophie.

Contracture en flexion des quatre membres. Hyperalgie; surréflectivité cutanée hyperalgique. Petite tumeur du septum lucidum comprimant la couche optique. — MM. Clovis Vincent, Giroire et David. Chez une femme qui présentait des signes de néoplasme intracranien et qui souffrait beaucoup spontanément des membres inférieurs, s'est installée, en même temps que la torpeur cérébrale, une contracture en flexion des deux membres supérieurs et des deux membres inférieurs. Cette contracture en flexion s'exagérait quand on tentait de la vaincre. Il existait de la surréflectivité cutanée hyperalgique. Le pincement de la jambe droite, par exemple, augmentait la flexion du membre pincé, mais aussi celle du côté opposé. Le pincement d'un point quelconque du tronc déterminait le même phénomène. Il n'existait pas de paralysie à proprement parler. Quand on faisait sortir la malade de sa torpeur, elle pouvait remuer bras et jambes. Les réflexes tendineux n'étaient pas exagérés. Pas de clonus du pied. Pas de signe de Babinski. Pas de flexion dorsale du pied. Dans les huit derniers jours de la vie, la torpeur s'accentua et le signe de Babinski apparut. A l'autopsie, on trouva, outre une distension ventriculaire marquée, un tubercule du septum lucidum bien limité, de la grosseur d'une noix, qui déprimait et comprimait la couche optique. A l'examen microscopique, il n'y avait aucune dégénérescence de la voie pyramidale, même par le Marchi; on notait seulement un certain degré de dégénérescence des cordons postérieurs à topographie radiculaire, comme il n'est pas rare de le voir dans les tumeurs cérébrales.

Cette observation vient confirmer l'opinion de M. Cl. Vincent, que certaines irritations douloureuses d'origine centrale, sans altération de la voie motrice, sont susceptibles de déterminer une contracture des quatre membres en flexion. C'est là une forme particulière de paraplégie en flexion, distincte de la forme habituelle.

Attitude de torsion dans un cas d'encéphalopathie infantile à type hémiplégique. Hypotonie posturale et contracture intentionnelle prédominant sur la face et le membre inférieur. — MM. Guillain, Alajouanine et Thévenard présentent un enfant de dix ans qui, en juillet 1924, fut pris d'hémiparésie droite. En octobre-novembre de la même année, apparurent des attitudes de torsion vers la droite, enfin de la dysarthrie. Actuellement, on note une hémiplégie droite, avec signes d'irritation du faisceau pyramidal, une instabilité choréiforme, qui se manifeste surtout dans le décubitus dorsal, des attitudes de torsion du tronc vers la droite, avec *genu recurvatum*, quand l'enfant est debout, des attitudes de torsion du membre supérieur rappelant celles de la contracture intentionnelle pendant la marche, du spasme péribuccal, avec inocclusion permanente des lèvres, salivation, dysarthrie, une certaine asynergie généralisée, bien que plus marquée à droite, avec hypotonicité musculaire, abolition du tonus postural. Les réactions labyrinthiques paraissent normales.

Autopsies de parkinsoniens post-encéphalitiques. — M. Maurice Renaud a fait l'autopsie de trois cas à évolution prolongée, la mort étant survenue respectivement deux, trois et quatre ans après l'épisode aigu d'encéphalite qui avait marqué le début de la maladie. Deux des malades étaient morts de tuberculose pulmonaire. L'inoculation de fragments du mésocéphale n'a dans aucun cas provoqué chez le lapin aucun accident. L'examen histologique de l'encéphale a montré des altérations des cellules nerveuses très diffuses, mais assez discrètes et d'interprétation difficile. Le tissu névroglique a paru sensiblement normal. On ne trouvait pas trace de lésions inflammatoires autour des vaisseaux ni dans les méninges.

L'auteur rapproche ces données biologiques et anatomiques des conditions d'évolution de la maladie, qui, d'après les seize cas étudiés, paraît cesser d'évoluer au bout de trois à dix-huit mois, et il conclut que le syndrome de Parkinson n'est pas lié au développement progressif d'une maladie en évolution, mais qu'il est la séquelle irréparable d'un processus depuis longtemps éteint.

MM. Souques, Schæfer, Cl. Vincent, Guillain discutent cette opinion pour ce qui a trait à l'évolution du parkinsonisme post-encéphalitique. Ils ont vu des reprises de somnolence, d'accidents encéphalitiques aigus, des poussées fébriles chez des parkinsoniens post-encéphalitiques qui évoluaient déjà depuis longtemps. M. Souques conserve l'opinion que le parkinsonisme post-encéphalitique peut suivre exactement la même évolution que la forme classique de la maladie de Parkinson.

M. Foix incline à croire, comme M. Revaut, que les lésions parkinsoniennes post-encéphalitiques continuent à évoluer, bien que le germe ait disparu des centres nerveux. Il a cependant vu, dans certains cas, des lésions de périvascularite persister trois ans après la phase aiguë de la maladie.

M. Cl. Vincent ne croit pas à la constance des lésions dégénératives cellulaires du locus niger dans les syndromes parkinsoniens. Il les a vues faire défaut à l'autopsie d'un cas de parkinsonisme post-encéphalitique.

Paralysie intermittente de la troisième paire associée à une névralgie faciale. — M. Tinel présente une malade qui, à la suite de l'avulsion de la canine supérieure gauche, a été prise de névralgies faciales gauches extrêmement violentes, qui, d'abord continues, sont ensuite survenues par crises. Au moment de chaque crise, la malade ressent, dans la moitié gauche de la face, une douleur atroce, en coup de poignard, qui est suivie d'un état subsyncopal. Peu après se produit une hémianesthésie gauche de la face, et tout le territoire musculaire de la troisième paire se paralyse : ptosis, strabisme divergent, mydriase extrême avec perte du réflexe pupillaire à la lumière. Tous les phénomènes régressent en cinq à dix minutes; et il ne reste aucune trace de la paralysie du moteur oculaire commun. Au cours même de la crise, une injection de novocaïne suffit pour faire disparaître douleur et paralysie.

Le sens du nystagmus rotatoire. — M. A. Thomas présente une note dans laquelle est étudié le sens du nystagmus rotatoire qu'on observe quelquefois dans les lésions basses et unilatérales du bulbe. M. Thomas admet que, en général, le nystagmus est horaire (dans le sens des aiguilles d'une montre) dans les lésions gauches, antihoraire dans les lésions droites. Mais il peut y avoir des exceptions, et M. Barré a montré que le nystagmus pouvait se faire en sens inverse, lorsque les labyrinthites sont non plus destructives, mais irritatives. M. Barré, signale, à ce propos, un nouveau fait, dans lequel il a observé un nystagmus rotatoire horaire par lésion du nerf vestibulaire droit.

Fibro-endothéliome dural latent. — M. Conos (de Constantinople) relate l'histoire anatomo-clinique d'un fibro-endothéliome dural qu'il a trouvé à l'autopsie d'une démente, et qui était resté latent malgré la compression exercée par lui sur la région de l'opercule rolandique gauche.

(Séance du 18 juin 1925, consacrée a l'**anatomie pathologique**)

Tumeur du troisième ventricule et de l'aqueduc de Sylvius. Syndrome d'hypertension intracérébrale sans signes de localisation. — MM. André-Thomas et Jumentié. Ce cas présentait les caractéristiques suivantes :

1° Au point de vue clinique, baisse de l'acuité visuelle par stase papillaire bilatérale; disparition après traitement médical. Six mois plus tard, céphalées, nausées, et au bout de quelques semaines, réapparition des troubles visuels : stase papillaire du stade atrophique, Il y a un léger déséquilibre, des troubles du tonus des membres, des bourdonnements d'oreilles,

qui ne paraissent pas devoir être considérés comme des signes de localisation. L'évolution dura onze mois, et se poursuit malgré la trépanation décompressive.

2° Au point de vue anatomique, on constate la dilatation du ventricule moyen et des ventricules latéraux ; l'existence d'une tumeur molle dans la plus grande partie du troisième ventricule, n'occupant pas toutefois l'infundibulum et la région tubérienne ; des adhérences de la tumeur en certains points du tissu cérébral, sur la glande pinéale, sur les plexus choroïdes ; le prolongement du néoplasme dans l'aqueduc de Sylvius, avec saillie postérieure, extraventiculaire, dans la fente de Bichat, et refoulement du thalamus en dehors, surtout au niveau du pulvinar.

La tumeur était de nature épithéliale, et son point de départ siégeait dans les plexus choroïdes du recessus suspinéal.

Dégénération des olives bulbaires. — MM. Ch. Foix et J.-A. Chavany. Les cellules de l'olive bulbaire présentent cette particularité de dégénérer consécutivement d'une part à l'atteinte du cervelet ou des voies cérébello-olivaires, d'autre part à l'atteinte du faisceau central de la calotte. Mais, tandis que, dans le premier cas, la lésion cellulaire, bien que grossière, ne se voit que sur les colorations cytologiques, dans l'autre elle est apparente même par les méthodes myéliniques, où elle revêt le type de la dégénération pseudo-hypertrophique (Marie et Guillain).

Celle-ci comporte trois facteurs : dégénération des cellules olivaires, dégénération du feutrage intra et péri-olivaire, dégénération du faisceau central de la calotte. Il est à noter que celui-ci n'entraîne pas toujours la dégénérescence pseudo-hypertrophique : dans les cas où cette dernière fait défaut, il s'agit en général de lésions hautes ; la dégénération cellulaire ne se produit pas ; le feutrage intra et péri-olivaire reste aussi indemne, et la dégénération du faisceau central de la calotte ne forme qu'une zone linéaire. Il faut noter en outre que ce faisceau dégénère de haut en bas, et que la dégénération olivaire qu'entraînent ses lésions basses porte par conséquent sur le deuxième neurone et constitue de la sorte un exemple de dégénération qui franchit l'articulation.

Foyers de ramollissement simultanés dans les deux hémisphères. Rôle des causes occasionnelles et des oblitérations incomplètes dans la pathogénie du ramollissement cérébral. — MM. Ch. Foix, J.-A. Chavany et Bascourret. Dans ce cas la lésion porte à droite sur la sylvienne, à gauche sur la cérébrale antérieure. Elle est remarquable :

1° Parce qu'elle montre de façon précise le territoire des deux artères ;

2° Surtout parce que la simultanéité des deux ramollissements, causés par l'artérite chronique à tendance oblitérante, établit l'importance du rôle d'un élément surajouté (spasme, chute de la pression, viscosité sanguine, etc.) dans la pathogénie du ramollissement cérébral. Celui-ci, en effet, ne comporte pas toujours — il s'en faut, une oblitération artérielle complète.

MM. Sicard, Vincent, Roussy, Foix discutent le rôle du spasme, de l'anémie, de l'hypertension artériolaire dans la pathogénie des ramollissements cérébraux.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 25 AVRIL 1925)

Maladie de Darier. — MM. Laurentier et Andrieu.

Entérorragie après réduction spontanée d'un étranglement herniaire. — MM. Baillat et Paul Mériel. Cette hémorragie indépendante de toute manœuvre de réduction, serait la conséquence d'un éclatement des capillaires, suivant la théorie de Schnitzler.

Cavernes muettes décelées par la radiographie. — MM, Jean Tapie, Lyon et Louis Morel présentent les radiographies de deux volumineuses cavernes tuberculeuses, muettes à l'auscultation. Elles se traduisent par des images annulaires caractéristiques qu'on ne saurait interpréter comme des pneumothorax partiels scissuraux.

Les auteurs rappellent les discussions récentes concernant le diagnostic radiologique des cavernes. Pour eux, l'image annulaire parfaite autrefois décrite par Bouchard doit faire toujours admettre l'existence d'une caverne. Un assez grand nombre de ces cavernes échappe à nos moyens d'exploration et en particulier à l'auscultation. Le syndrome cavitaire classique est très inconstant; les signes d'auscultation sont fonction, ainsi que l'a bien rappelé M. Ameuille, de la situation de la caverne, de son volume, de l'état de son contenu, enfin des modifications physiques du parenchyme pulmonaire voisin.

Au point de vue pratique, de pareils faits montrent bien la nécessité d'associer toutes nos méthodes d'exploration sans jamais oublier la radiographie.

PRATIQUE MÉDICALE

UN CAS D'ANURIE PAR DOUBLE INTOXICATION TRAITÉ PAR LE SCILLARÈNE (1).

Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'excès alimentaires, portant sur des viandes de charcuterie avariées (présence de moisissures) et renfermées dans des boîte de conserve, présenta les symptômes graves d'une double intoxication : par les ptomaïnes et par le sulfure de plomb, avec tout un cortège symptomatique grave et un état général des plus inquiétants, il existait en outre, une anurie complète depuis plusieurs jours.

Il fallait, à tout prix, rétablir la diurèse et vaincre le barrage rénal.

« La théobromine, essayée, peut-être à tort, n'amena aucune amélioration, bien plus, à partir de ce moment, le rein fut complètement bloqué ». Le professeur Gabriel Perrin établit alors, le traitement suivant : ventouses scarifiées à la région lombaire, sangsues sur le triangle de J. L. Petit, saignée, sérum physiologique caféiné. Aucune amélioration ne se produisit, l'état général devenait tout à fait alarmant, avec hypertension élevée, douleurs abdominales, excessives, et toujours anurie complète.

L'auteur s'adresse alors au Scillarène, et administre, par la voie intra-musculaire, dans les vingt-quatre heures, trois ampoules de 0 mmg 17 de ce cardio-rénal (une ampoule toutes les quatre heures), appparition, dès la troisième injection, de quelques gouttes d'urine, puis, véritable débâcle urinaire. Au bout de vingt-quatre heures, cinq litres d'urine avaient été émis.

A l'analyse, la toxicité urinaire apparut considérable; les jours suivants, deux injections d'une ampoule de Scillarène furent faites et la diurèse persista dans les meilleures conditions.

Le professeur Gabriel Perrin donne à cette observation la conclusion suivante :

« Ce qu'il importe de retenir dans cette observation fort instructive, c'est que dans les cas de néphrite aiguë par intoxication ou autre cause, lorsqu'il y a rétention urinaire ou plutôt insuffisance rénale il faut utiliser le glucoside de la scille. Grâce à ce puissant diurétique, dépourvu d'inconvénients, la perméabilité rénale est réveillée, souvent même dans les cas les plus graves d'anurie, et cela représente un véritable progrès en thérapeutique ».

Les processus naturels de guérison de la tuberculose pulmonaire, par le docteur Jacquerod (de Leysin), médecin directeur du Sanatorium Grand-Hôtel, à Leysin. Un volume de 124 pages avec 62 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Paraplégies spasmodiques syphilitiques, par le docteur L. Girot. In-8 de 168 pages avec figures. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin.

(1) Prof. Gabriel Perrin (de Royat). *Les sciences médicales,* nº du 31 mars 1925

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 2 FRANCS *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 31 août, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est provisoirement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, Ramadier, qui acceptent; Pinard, Chiray, Chabrol, Bazy, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

MARINE. — Sont promus :

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de 1re classe Curet.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe Paponnet et Gay. (*J. O.*, 2 juillet 1925.)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale des enfants. (Hôpital des Enfants-Malades.) — *Cours de clinique et de médecine des enfants,* sous la direction de M. le professeur Nobécourt et de M. Lereboullet, agrégé. — Cours de vacances, juillet-août 1925. — Programme. — Vendredi 24 juillet : 10 h. 30. M. Lereboullet. L'angine diphtérique et son traitement; — 16 h. M. Babonneix. Les réactions méningées chez l'enfant.

Samedi 25 juillet : 10 h. 30. M. Nadal. Diagnostic et traitement des pleurésies; — 16 h. M. Babonneix. Poliomyélite aiguë.

Lundi 27 juillet : 10 h. 30. M. Lereboullet. Les laryngites aiguës et le croup; — 16 h. M. Nadal. Pneumonie lobaire.

Mardi 28 juillet : 10 h. 30. M. Lereboullet. Le foie chez l'enfant; — 16 h. M. Babonneix. Les encéphalopathies chroniques chez l'enfant.

Mercredi 29 juillet : 10 h. 30. M. Lereboullet. La tuberculose du médiastin; — 16 h. M. Janet. Les néphrites de l'enfance.

Jeudi 30 juillet : 10 h. 30. M. Duhem. Radiographie du poumon et du médiastin; — 16 h. M. Lereboullet. Syndromes endocriniens.

Vendredi 31 juillet : 10 h. 30. M. Duhem. Radiographie du cœur; — 16 h. M. Duhem. Physiothérapie en médecine infantile.

Samedi 1er août : 10 h. 30. M. Tixier. La méningite tuberculeuse; — 16 h. M. Stévenin. Coqueluche et ses complications.

Lundi 3 août : 10 h. 30. M. Tixier. L'hérédo-syphilis et son traitement; — 16 h. M. Stévenin. Hypertrophie du tissu lymphoïde et insuffisance nasale.

Mardi 4 août : 10 h. 30. M. Tixier. Le rachitisme et son traitement; — 16 h. M. Milhit. Diagnostic et traitement des typhoïdes et paratyphoïdes.

Mercredi 5 août : 10 h. 30. M. Tixier. Les anémies. L'hémophilie; — 16 h. M. Stévenin. Diagnostic et traitement des stomatites.

Jeudi 6 août : 10 h. 30. M. Paraf. Péritonites tuberculeuses; — 16 h. M. Milhit. Diagnostic et traitement de l'appendicite et de la péritonite aiguë.

Vendredi 7 août : 10 h. 30. M. Paraf. Méningite cérébro-spinale; — 16 h. M. Milhit. Dyspepsies gastro-intestinales et syndromes coliques.

Samedi 8 août : 10 h. 30. M. Paraf. Tuberculoses aiguës; — 16 h. M. Mathieu. Encéphalite aiguë épidémique.

Lundi 10 août : 10 h. 30. M. Pichon. Rhumatisme articulaire aigu et ses complications cardiaques; — 16 h. M. Janet. Diabète infantile.

Mardi 11 août : 10 h. 30. M. Janet. Les chorées; — 16 h. M. Mathieu. L'épilepsie et ses nouvelles médications.

Mercredi 12 août : 10 h. 30. M. Pichon. La scarlatine et

ses formes malignes ; — 16 h. M. Janet. Prophylaxie et traitement des fièvres éruptives.

Jeudi 13 août : 10 h. 30. M. Bidot. Coprologie clinique ; — 16 h. M. Mathieu. Dilatation des bronches.

Vendredi 14 août : 10 h. 30. M. Pichon. Les complications de la rougeole.

Le droit est de 150 francs. Les bulletins de versement sont délivrés à la Faculté de médecine, guichet n° 3, jeudi et samedi, de 12 à 15 h.

Un certificat sera délivré à la fin des cours aux personnes régulièrement inscrites au secrétariat de la Faculté.

Enseignement clinique tous les matins, à 9 h. 1/4, par le professeur Nobécourt.

LIVRES NOUVEAUX

Les cancers (1), par E. Duroux. — **Théorie micellaire du cancer** (2), par Maurice et Paul Guérin. — **Le cancer. Technique de la thérapeutique médicale moderne** (3), par J. Leriche.

Les travaux qui paraissent actuellement sur le cancer sont innombrables. Beaucoup sont négligeables sans doute et cesseront d'offrir le moindre intérêt le jour où le problème du cancer sera résolu. Mais le problème reste toujours posé et dans l'ignorance où nous sommes, les hypothèses, les conceptions purement spéculatives elles-mêmes, moins valables certes que les faits bien observés, sont utiles, car nul ne saurait dire si les plus hasardeuses d'entre elles ne préparent pas d'intéressantes découvertes.

Ces hypothèses se rattachent toutes à l'une des deux grandes théories qui seules aujourd'hui semblent pouvoir expliquer la genèse du cancer : la théorie parasitaire et la théorie cellulaire. Mais alors que certains auteurs cherchent surtout à construire une pathogénie nouvelle à l'aide de toutes les recherches modernes, augmentées parfois de leurs propres observations, d'autres se placent sur un terrain moins doctrinal et supposant tranchée la question pathogénique, imaginent un traitement dont l'efficacité prouverait l'exactitude de la théorie préalablement admise.

Les monographies de M. Duroux et de MM. M. et P. Guérin appartiennent à la première catégorie, celle de M. Leriche à la seconde.

M. Duroux, dans son ouvrage fortement documenté, passe en revue les causes, les manifestations cliniques et le traitement du cancer. Partisan convaincu de la théorie parasitaire, il a su grouper et enchaîner toutes les notions qu'il expose, de façon à en faire autant d'arguments solides en faveur de sa thèse. Mais il ne s'est pas borné à ce travail théorique. Elève de Jaboulay et préparé à la recherche des éléments exogènes dans les tissus cancéreux, il y a découvert des figures spirillaires qui d'après lui représentent des micro-organismes de la même espèce que le tréponème, c'est-à-dire des flagellés. Ces néospirilles, ainsi qu'il les appelle « provoquent par pullulation l'excitation cellulaire qui, survenant chez des cellules amoindries et malades, entraîne leur prolifération dans un sens typique ou atypique suivant leur degré de vitalité. »

Les figures spirillaires de M. Duroux ont été rencontrées par d'autres auteurs dans des coupes de tumeurs, mais si elles ne sont pas de simples artefacts comme on l'a prétendu, leur rôle dans la pathogénie du cancer est très loin d'être démontré.

MM. Guérin rejettent délibérément les théories embryonnaire et parasitaire. Pour eux la pathogénie du cancer se ramène à un problème cellulaire. Ils examinent et critiquent tour à tour les diverses hypothèses basées sur ce principe avant d'exposer la leur qui fait du cancer un trouble d'ordre physico-chimique. Les causes variées du cancer n'agissent qu'en provoquant une réaction cellulaire spéciale qui est l'accroissement de la dispersion micellaire des colloïdes nucléo-protoplasmiques. Un tel phénomène a pour effet de ramener la cellule à un stade jeune qui la différencie des cellules voisines et le coefficient de malignité du cancer sera donné par le rapport entre la dispersion micellaire de la cellule cancéreuse et celle de la cellule normale.

Cette hypothèse, même s'il était démontré que l'accroissement de la dispersion micellaire caractérise essentiellement la cellule cancéreuse, serait plutôt une constatation qu'une explication, car, malgré les efforts des auteurs, le mécanisme par lequel l'agent cancérigène déterminerait la modification colloïdale de la cellule reste très obscur et n'est en tout cas qu'une nouvelle hypothèse ajoutée à la première.

M. Leriche a surtout voulu montrer qu'il existait dès maintenant un traitement médical actif du cancer.

Ce traitement repose sur l'idée ancienne et toujours très vague d'une diathèse cancéreuse, caractérisée « par des désordres physiologiques multiples dont l'accentuation finit par déclencher la prolifération cellulaire ». Pour traiter le cancer il faut avant tout rendre à l'organisme malade les éléments minéraux et biologiques dont il est appauvri et d'autre part provoquer la fonte des foyers néoplasiques par des ferments et des colloïdes métalliques. Pratiquement on administre tour à tour ou simultanément des médications très nombreuses et diverses : électrosélénium et cuprol, ferments de Backer, fer colloïdal, néoplastine, physiobiose, phosphure de térébentine, cholestérine et extraits endocriniens de toutes sortes.

L'auteur, a ainsi amélioré des malades atteints de tumeurs dont plusieurs avaient été reconnus inopérables.

Le traitement de M. Leriche est évidemment tout à fait empirique car, malgré diverses recherches, nous ne savons encore rien de précis sur les rapports qui existent peut-être entre le cancer et l'état des glandes endocrines pas plus que nous ne pouvons encore déterminer avec précision le rôle que joue dans la genèse du cancer l'insuffisance ou l'excès de certains sels métalliques constituants normaux de notre milieu intérieur. Mais l'empirisme qui a précédé de si longtemps toute thérapeutique causale ne mérite certes aucun dédain. Et les reproches qu'on peut à mon avis adresser à M. Leriche portent sur d'autres points.

La biopsie, quoi qu'en dise l'auteur, donne seule une valeur décisive à une observation de tumeur maligne et il est en effet toujours possible de contester la nature cancéreuse d'une tumeur quand ce renseignement fait défaut. Les erreurs cliniques et même opératoires au sujet du cancer sont trop nombreuses pour qu'il faille insister sur ce point. D'ailleurs la biopsie aurait pu aisément être pratiquée chez les malades des observations 4 et 5 (cancer du rectum), 9 (cancroïde de la face) et même 10 (sarcome du maxillaire avec adénopathie).

D'autre part il est vrai, comme le dit l'auteur, que le traitement médical est plus facilement accepté des malades au début de leur affection que l'exérèse chirurgicale. Mais dans l'état actuel des choses il serait très dangereux de laisser croire à un malade encore opérable qu'il peut guérir sans le secours de la chirurgie, seule ou associée à la thérapeutique par les radiations.

Enfin il est certainement fâcheux de dire que l'anus artificiel est une mauvaise pratique dans le traitement du cancer inopérable du rectum, car c'est l'opinion contraire qui est exacte de l'avis unanime et c'est sans aucun doute l'anus artificiel qui permet à certains cancéreux du rectum dont la tumeur n'a pu être enlevée, de survivre quelquefois fort longtemps et le plus souvent sans grandes douleurs.

Chastenet de Géry.

(1) Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, Amédée Legrand.
(3) Paris, A. Maloine et fils.

TRAITEMENT DU BUBON CHANCRELLEUX

PAR L'INJECTION INTRA-GANGLIONNAIRE D'UN VACCIN POLYMICROBIEN

PAR

L. FOURNIER et P. LONJUMEAU

Médecin de l'hôpital Cochin. Interne des hôpit. de Paris

Nous avons, depuis plusieurs mois, entrepris de traiter les bubons chancrelleux par l'injection dans les ganglions malades soit de vaccin spécifique à bacille de Ducrey (méthode de Habābou Sala), soit de vaccin polymicrobien, soit enfin de solutions oude suspensions protéiniques diverses susceptibles de provoquer une leucocytose locale importante et d'exercer ainsi une action favorable sur l'évolution de l'adénopathie (1).

Nous rapporterons seulement aujourd'hui les premiers résultats que nous a donnés le traitement local du bubon par la vaccinothérapie non spécifique. Ces résultats, en effet, nous paraissent des plus encourageants : 24 malades présentant des bubons chancrelleux à divers stades de leur évolution, la plupart (19) en voie de suppuration, ont reçu une à trois injections de vaccin polymicrobien dans les ganglions malades. Ils ont tous rapidement guéri après un séjour à l'hôpital d'une semaine en moyenne.

Le vaccin que nous avons employé n'est autre chose qu'un mélange à parties égales de cultures de staphylocoques polyvalents (eau peptonée), de streptocoques et d'entérocoques (eau peptonée glucosée ou lactosée), vieilles de deux à trois semaines et stérilisées à 100 degrés. Nous utilisons le liquide de culture et les corps microbiens.

En ce qui concerne les bubons suppurés, la technique usitée est la suivante :

Le jour de l'entrée du malade à l'hôpital nous injectons au centre du foyer, après ponction évacuatrice préalable, si la quantité de pus est déjà abondante, de 3 à 5 centimètres cubes de vaccin. Cette injection est indolore.

Une réaction générale, dont l'élévation thermique de 38 à 40 degrés est à peu près le seul symptôme, se manifeste le jour de l'injection dans un certain nombre de cas. Assez souvent, elle manque totalement ou se trouve à peine ébauchée.

Chez presque tous les sujets, nous constatons, dès le soir de l'injection, une diminution parfois très marquée de la douleur spontanée qui existait au moment de l'entrée à l'hôpital.

Chez les deux premiers malades que nous avons traités par cette méthode, nous avions cru devoir faire une deuxième injection, vingt-quatre heures après la première, d'une quantité égale de vaccin. Un autre malade qui s'était présenté avec bubon déjà fistulisé a reçu trois injections de vaccin à travers l'orifice de la fistule. Tous les autres malades n'ont reçu, avant l'incision, qu'une seule injection de vaccin.

Nous pratiquons ordinairement cette incision le lendemain du jour où le vaccin a été injecté dans le bubon. Lorsque le pus nous semble imparfaitement collecté, nous n'incisons qu'au bout de quarante-huit heures.

La région inguinale une fois rasée et lavée à l'alcool, nous pratiquons au bistouri, après anesthésie locale au chlorure d'éthyle, une incision parallèle au pli inguinal, d'une longueur d'un à deux centimètres. Nous exprimons ensuite aussi soigneusement que possible tout le pus contenu dans la poche et dont la quantité varie de 5 à 60 centimètres cubes. Nous procédons ensuite par l'orifice d'incision au lavage de la poche par 20 à 40 centimètres cubes de vaccin à l'aide d'une seringue. Nous pansons à plat à l'aide de compresses stériles imbibées de vaccin et recouvertes de coton humecté d'eau bouillie.

Après l'incision, le malade est mis au repos au lit jusqu'à sa guérison, la cuisse du côté malade fléchie légèrement sur le bassin afin que la plaie baille le moins possible.

En général, le lendemain de l'incision, tous les signes généraux, s'il en existait, ont disparu : il ne subsiste plus aucune douleur spontanée, la tuméfaction s'est affaissée notablement et l'inflammation péri-ganglionnaire a diminué dans de fortes proportions. La plaie linéaire ne donne issue, après une forte expression, qu'à quelques gouttes de pus mélangées de sérosité ou de vaccin.

Parfois toute inflammation a disparu, il n'y a plus trace de pus et la plaie commence à se cicatriser par première intention.

Il nous a été donné d'observer une guérison ultra-rapide chez un malade qui, entré le 15 avril à l'hôpital et injecté le même jour, eut son bubon incisé le 16 avril dans l'après-midi, incision qui donna issue à deux verres à liqueur de pus. Le 17 avril dans la matinée, la plaie due à l'incision était déjà cicatrisée. Le malade fut gardé quelques jours à l'hôpital par mesure de prudence et pour achever la guérison de son chancre, encore ulcéré à ce moment.

Lors du premier pansement, qui a lieu vingt-quatre heures après l'incision, on peut procéder à nouveau au lavage de la poche avec le vaccin ; on panse ensuite à plat avec des compresses imbibées de vaccin. Lors des pansements suivants qui n'auront plus lieu qu'à quarante-huit heures d'intervalle, il n'y a plus qu'à changer les compresses, la cicatrisation, qui se fait ordinairement par première intention, ne permettant plus de pénétrer dans la poche qui se comble, afin d'en effectuer un nouveau lavage, désormais inutile.

Sur 19 malades traités par cette méthode, la guérison complète du bubon (cicatrisation et affaissement de la tuméfaction) a été obtenue, chez 17 d'entre eux, en un temps variant entre cinq et dix jours à dater du moment de l'incision. Le chancre mou, lorsqu'il n'est pas déjà cicatrisé, est saupoudré d'iodoforme et évolue de son côté dans des délais normaux. Voici, par exemple ce que l'on observe le plus souvent :

Obs. XIII. — G... (Georges), trente ans, étudiant, salle Lasègue, n° 28, entre le 5 juin. Un chancre mou apparu deux mois plus tôt dans le sillon balano-préputial est cicatrisé depuis dix jours. Un énorme bubon de la grosseur d'une orange siège dans le pli inguinal droit : il est chaud, douloureux, fluctuant à son centre et entouré d'un large placard rougeâtre de péri-adénite. Le malade est fatigué, sa langue saburrale, sa température à 38° 5. On injecte aussitôt, après avoir retiré environ 1 centimètre cube de pus qui est mis en culture, 4 centimètres cubes de vaccin au centre du foyer; le soir de l'injection, la température atteint 38° 8, mais la douleur locale a déjà diminué.

(1) Cet article a été donné à l'impression avant que le travail de MM. Jansion et Diot ait paru au *Bulletin de la Société de dermatologie*. Les faits que nous rapportons aujourd'hui confirment pleinement l'opinion de ces auteurs sur l'efficacité du traitement local du bubon par la vaccinothérapie non spécifique.

Le 6 juin : incision du bubon. L'expression donne issue à 50 centimètres cubes de pus. Lavage avec 40 centimètres cubes de vaccin. Pansement à plat, sans mèche, avec des compresses imbibées de vaccin. Il existe encore un peu de fièvre (38° 5).

Le 7 juin : une forte pression ne donne issue qu'à 1/2 centimètre cube de sérosité. Il n'y a plus de péri-adénite. Tous signes généraux et fonctionnels ont disparu. Pansement au vaccin qui sera laissé quarante-huit heures. Le 9 juin : la plaie se cicatrise par première intention.

Pansement sec. Le 11 juin : le malade complètemunt guéri sort de l'hôpital.

Chez deux malades seulement, la guérison a été un peu retardée, la cicatrisation par première intention n'ayant pas été obtenue.

L'un deux, un peu indocile, n'a pas observé un repos complet, l'expression de la poche, après incision, n'a pas été aussi complète qu'il aurait fallu et les pansements ont été défaits fréquemment par le sujet lui-même. Il en est résulté une chancrellisation de la plaie, qui, traitée par des pansements au vaccin et à l'iodoforme, alternativement, a guéri en vingt-deux jours.

L'autre malade nous est arrivé, son bubon déjà fistulisé. L'incision n'ayant pas intéressé le pertuis, il en est résulté entre celui-ci et la surface de section, un mince pont tissulaire qui s'est rompu au bout de quarante-huit heures, donnant lieu à une plaie qui s'est chancrellisée. Traitée comme dans le cas précédent, elle a guéri en vingt-quatre jours.

Cinq autres malades venus plus précocement à l'hôpital présentaient des bubons non encore suppurés. Nous leur avons injecté en plein centre du foyer, une quantité de vaccin variant de 1 à 5 centimètres cubes.

L'un deux n'a reçu qu'une seule injection, les autres en ont reçu trois, ces injections étant répétées à quarante-huit heures d'intervalle.

Une réaction générale qui n'a été très marquée que chez un seul, s'est manifestée par de la fièvre le soir même de la première injection. Les injections suivantes n'ont déterminé qu'une réaction très légère.

Le lendemain de la première injection toute douleur spontanée a disparu, et, en quarante-huit heures, on constate un affaissement notable de la tuméfaction avec diminution ou disparition de la zone inflammatoire péri-ganglionnaire ; on note en même temps une disparition des signes généraux. Tous nos malades ont pu être considérés comme guéris (disparition de tous signes locaux et généraux) au bout d'un temps variant entre six et dix jours.

Pour qui connaît la durée vraiment désespérante d'un bubon suppuré, une méthode de traitement susceptible de guérir cette affection tenace en quelques jours semblera des plus recommandables.

Il est à remarquer que le pus, dans aucun de nos cas, n'a donné de culture, avant ou après l'incision, sur les milieux ordinaires (bouillon peptone, gélose, milieux glucosés ou lactosés).

Il ne s'agit donc pas ici d'une vaccinothérapie véritable, spécifique, semblable à celle que réalise l'injection de culture de bacille de Ducrey.

S'agit-il d'une protéinothérapie ? Ceci est plus vraisemblable, et l'on pourrait alors être tenté d'expliquer par une sorte de choc local, l'afflux leucocytaire intense qui suit rapidement l'injection de vaccin. Il faut noter ici que la guérison de nos malades a été d'autant plus rapide que la quantité de pus ainsi formée était plus considérable.

Si la protéinothérapie bactérienne a donné de si favorables effets, ne peut-on penser que des résultats analogues seront obtenus par l'emploi de différentes autres protéines ? Ce que nous pouvons dire à l'heure actuelle, d'après quelques expériences encore trop peu nombreuses, c'est que les solutions de diverses peptones ne semblent pas, en effet, dépourvues de toute efficacité thérapeutique.

COMMENT TRAITER LA CYSTITE TUBERCULEUSE?

Par Henry BLANC,
(Du service Civiale, hôpital Lariboisière.)

Nous n'avons pas pour but dans cet article de passer en revue toutes les médications d'ordre médical ou chirurgical qu'on peut mettre en œuvre contre la tuberculose vésicale. Aussi bien le traitement de la tuberculose vésicale se confond-il avec celui de la tuberculose rénale. *Sublata causa, tollitur effectus*, et quand on aura enlevé aussi précocement que possible un rein tuberculeux, on aura réalisé la meilleure thérapeutique contre les lésions vésicales. Nous savons en effet que dans la majorité des cas la vessie s'améliore progressivement après la néphrectomie, qui exerce une action favorable sur les troubles vésicaux dans 86 p. 100 des cas (Thévenot).

Cependant la cystite tuberculeuse peut persister même après néphrectomie, les lésions vésicales exigeant des mois et parfois des années pour disparaître complètement, pour peu qu'elles soient très accentuées ou que le processus bacillaire qui a atteint la vessie soit ancien.

Que cette persistance des troubles vésicaux après néphrectomie soit dû à une sensibilité exagérée du col par polynévrite tuberculeuse, à une altération du muscle vésical par le processus inflammatoire, à un processus infectieux banal surajouté, à une tuberculose du rein opposé, ou de l'appareil génital, ou encore de l'uretère tuberculeux persistant du côté opéré, bref quelle que soit la cause, il faudra agir directement sur la vessie et calmer cette pollakiurie douloureuse qui empoisonne l'existence des malades. Disons tout de suite d'ailleurs que le traitement local dont nous allons nous occuper agira d'autant mieux que les lésions vésicales seront plus récentes, plus superficielles, plus aiguës. Et si on peut supprimer rapidement les phénomènes de cystite tuberculeuse qui persistent après la néphrectomie, on sera moins bien armé contre la pollakiurie et la cystalgie rebelle par exemple, qui restent parfois les témoins lointains d'une ancienne cystite tuberculeuse, alors que l'aspect de la vessie est redevenu à peu près normal.

Avant la néphrectomie libératrice d'autre part il faudra souvent calmer la vessie intolérante pour pouvoir pratiquer une cystoscopie et l'exploration fonctionnelle des reins, indispensable.

Enfin c'est le traitement médical seul qu'il faudra envisager dans les tuberculoses bi-latérales où tout traitement chirurgical causal est impossible, et où il faut se contenter d'un traitement palliatif qui mettra un terme à l'existence intolérable des malades, qui urinent constamment, qui souffrent, qui saignent, qui ont parfois de l'incontinence et auxquels toute activité sociale est interdite.

Laissant de côté tous les traitements chirurgicaux

de la vessie bacillaire (1), et le traitement médical général de la tuberculose rénale, qui est d'une importance capitale, nous envisagerons seulement les *moyens médicaux locaux* qu'on peut mettre en œuvre avec succès dans cette affection si pénible qu'est la *cystite tuberculeuse*.

Les traitements employés jusqu'à ce jour pour améliorer sinon guérir la cystite tuberculeuse sont très nombreux et nous n'avons pas la prétention de les décrire tous en détail. Au surplus, peu importe au médecin ou au chirurgien de connaître toutes les méthodes préconisées : l'essentiel est qu'il soit informé de celle qui peut donner les meilleurs résultats. Nous citerons donc les divers traitements préconisés nous réservant d'étudier ensuite en détail la méthode que nous avons présentée récemment à la Société française d'Urologie, que nous employons exclusivement dans le service de notre maître, M. le docteur Marion, et qui tend à se généraliser en raison des résultats obtenus.

Pour traiter la vessie malade on a autrefois préconisé les *lavages* au sublimé (Guyon). Ils ont été depuis longtemps abandonnés en France. Cependant à l'étranger, Rovsing emploie encore les lavages avec une solution phéniquée à 6 p. 100 et Cifuentes emploie une solution d'oxycyanure de Hg à 1/8000. Ce dernier obtient paraît-il de bons résultats. Quant à nous, sachant combien est douloureux le lavage d'une vessie atteinte de cystite tuberculeuse, nous n'employons ce moyen-là dans certains cas, qu'à titre mécanique, pour déterger autant que possible une vessie de la masse de pus qui peut recouvrir sa muqueuse et pour favoriser ainsi l'action du médicament que nous employons, ainsi que nous le dirons plus loin.

La majorité des urologues préfère les *instillations* :

- Sublimé, 1/20000 à 1/2000 (Guyon).
- Perchlorure de Hg à 1/10000 (Newmann).
- Acide picrique à 1 p. 1/1000 (Guillon).
- Ichlyol en solution aqueuse à 1/400 ou 1/100 (Noguès).
- Acide pyrogallique à 1/50 ou 1/10 (Minet).
- Huile gaiacolée iodoformée (Picot).
- Bacilles lactiques cultivés dans du lait écrémé (Marion et Vinay) etc., etc...

Toutes ces méthodes sont, ou bien douloureuses et impossibles à pratiquer, ou bien inopérantes, ou bien très inconstantes.

D'un intérêt beaucoup plus considérable sont les instillations d'huile iodoformée à 5 p. 100 (Bazy) et surtout celle d'huile goménolée à 10 et 20 p. 100 (Pasteau). Ce dernier médicament est d'un usage courant à l'heure actuelle et chacun a pu en apprécier les propriétés analgésiques qui rendent d'indéniables services. Nous avons cependant rencontré des malades qui n'en n'éprouvaient aucun bienfait (surtout au point de vue de la pollakiurie) et même qui le supportaient difficilement, ce qui prouve une fois de plus qu'aucun médicament, si efficace soit-il ne saurait avoir des applications universelles (2).

L'enfumage iodé (Farnarier, Marion, Normand, etc.) détermine des réactions douloureuses très intenses qui l'ont fait à peu près abandonner, d'autant que les résultats obtenus étaient très inconstants.

Plus intéressant est *l'étincelage de lésions vésicales*, c'est-à-dire leur cautérisation par le courant de haute fréquence (Heitz-Boyer, Raynaud, Parisi). A vrai dire cette méthode s'adresse plus à la tuberculose vésicale qu'à la cystite tuberculeuse, et ce sont surtout les ulcérations tuberculeuses persistantes qui pourront en bénéficier.

Si en effet la capacité vésicale s'améliore, si la purulence des urines diminue, si les douleurs s'apaisent malgré d'ailleurs que la fréquence persiste le plus souvent, il n'en est pas moins vrai que ce traitement est difficile à mettre en œuvre chez les sujets qui présentent une cystite un peu intense. Sans parler du matériel qu'il faut avoir sous la main, les difficultés de technique chez les sujets à vessie intolérante en contre-indiquent l'emploi, car la douleur oblige à pratiquer parfois la rachi-anesthésie ou même l'anesthésie générale. C'est là un inconvénient suffisant. D'autre part il se produit une réaction pollakiurique et douloureuse qui dure deux et trois jours, plus rarement une fausse incontinence nocturne. Aussi l'étincelage de la vessie tuberculeuse a-t-il des indications limitées. Encore ne parlerons nous pas des perforations vésicales qu'on a pu signaler quelquefois.

Enfin nous venons d'introduire récemment dans la thérapeutique locale de la cystite tuberculeuse un médicament qui nous a donné toujours des résultats remarquables, *le bleu de méthylène*, et dont l'emploi très simple selon la méthode que nous préconisons a permis une utilisation très étendue.

Le bleu de méthylène est un dérivé de l'aniline qui joint à des *propriétés antiseptiques* depuis longtemps connues, des *propriétés antinévralgiques* incontestables. Mais surtout le bleu de méthylène possède des propriétés physiologiques remarquables, savoir : *affinité élective pour la chromatine à l'état vivant* (d'où son action parasiticide), *affinité remarquable vis-à-vis du cylindraxe des fibres nerveuses* (d'où son action anti-névralgique). De plus son élimination se fait en majeure partie par le rein.

Partant de ces principes nous avons eu l'idée de faire agir directement le bleu de méthylène sur les lésions de la tuberculose vésicale et nous l'avons employé en *instillations* pour traiter la cystite tuberculeuse.

Depuis plusieurs mois nous avons traité systématiquement toutes les cystites tuberculeuses du service de notre maître, M. le docteur Marion, avec des résultats tout à fait remarquables. D'ailleurs notre méthode s'est rapidement généralisée et tous ceux qui l'ont employée nous ont fait part des bienfaisants effets qu'ils en ont obtenus.

Quelle est la technique de la méthode? Nous employons une *solution à 1 p. 100 de bleu de méthylène dans le sérum artificiel* (1), de façon à augmenter par l'isotonicité du liquide la faculté d'imprégnation du colorant.

Le titre de la solution ne doit pas être supérieur à 1 p. 100, mais un titre inférieur peut être utilisé dans certains cas si le malade présentait une certaine intolérance. Dans plus de 90 p. 100 des cas traités la

(1) Voir, à ce sujet, le remarquable rapport de Thévenot : « La vessie des néphrectomisés pour tuberculose ». *XXIVe session de l'Association française d'urologie* (Paris, octobre 1924).

(2) Un de nos malades avait une hématurie après chaque instillation d'huile goménolée. C'est là d'ailleurs un fait exceptionnel.

(1) Il faut avoir soin de bien faire dissoudre le bleu et filtrer la solution. Il est bon d'employer du bleu chimiquement pur, exempt de sels de zinc. Les laboratoires Bruneau, sur nos indications, ont mis dans le commerce une solution de bleu de méthylène chimiquement pur, en flacons de 100 et 200 centimètres cubes.

solution à 1 p. 100 a été parfaitement tolérée. Dans quelques cas nous avons employé une solution à 1 p. 200. L'instillation n'est généralement pas douloureuse, mais s'il arrive, ce qui est rare, que dans les minutes qui suivent, le malade accuse une sensation douloureuse, celle-ci cesse rapidement et peut d'ailleurs être facilement calmée par un suppositoire analgésique. Mais ce sont là des faits d'exception.

Le liquide doit être injecté tiède de préférence : il suffit pour cela de laisser un instant le flacon dans l'eau bouillante. On instille dans la vessie 5 à 10 centimètres cubes suivant la plus ou moins grande capacité et on recommande au malade de rester le plus longtemps possible sans uriner. Si la vessie est très sale, la pyurie étant intense, il convient de commencer par la nettoyer avec une solution tiède d'oxycyanure de Hg à 1/5000 ou du sérum artificiel, de façon à déterger la surface de la muqueuse, l'enduit purulent qui la recouvre risquant autrement de la protéger contre l'action de pénétration bienfaisante du bleu. Inutile de dire que ce lavage vésical, lorsqu'il est nécessaire, doit être pratiqué *avec la plus grande douceur.*

Combien faut-il faire d'instillations ? Il est évident que c'est une question d'espèce et qu'il n'y a pas de règle à ce sujet. L'action de l'instillation, *immédiate*, est en effet *durable*, mais plus ou moins selon les malades et l'état de la vessie. Nous rapportons plus loin l'observation d'un malade très instructive à cet égard.

Dans la majorité des cas, et au début, lorsque la pollakiurie est intense, nous conseillons de renouveler l'instillation *tous les deux jours.* On peut dans les cas moins aigus attendre trois jours, quatre jours, huit jours parfois, de même qu'on peut la pratiquer quotidiennement pendant quelques jours, puis laisser la vessie au repos quelque temps. Toutes les variétés de traitement sont donc possibles quant à la fréquence des instillations suivant la plus ou moins grande intensité des phénomènes de cystite. Mais d'une façon générale l'instillation doit être pratiquée tous les deux jours.

On peut d'ailleurs combiner un traitement mixte consistant à alterner les instillations de bleu de méthylène et d'huile goménolée : c'est là une méthode de traitement qui donne également de bons résultats.

Pendant combien de temps faut-il faire les instillations de bleu ? Le plus souvent quatre ou cinq instillations suffisent à donner la quiétude au malade pour un temps assez long. Mais parfois il faut prolonger le traitement. On peut également suspendre le traitement pendant quelque temps et le reprendre après la période de repos si les phénomènes vésicaux tendaient à reparaître.

Bien entendu, en dehors du traitement général, sur lequel nous n'insistons pas, nous conseillons de continuer durant la période de ces instillations l'absorption de pilules de bleu. Lorsqu'il s'agit en effet de tuberculose bi-latérale ou si la néphrectomie n'a pas encore été faite, le bleu imprègne tout l'arbre urinaire, alors que les instillations n'agissent que sur les parties inférieures. Nous rappelons la formule des pilules que nous utilisons :

Bleu de méthylène................	0g,05
Excipient........................	Q. S.

pour une pilule.

Deux pilules par jour. (Marion.)

Nous n'avons jamais observé de troubles quelconques à la suite de l'emploi de ce médicament, utilisé pendant une période de quinze jours alternée avec dix jours de repos.

Comment agit le bleu dans la vessie ? Il agit nous l'avons vu par ses propriétés microbicides et antinévralgiques et *par imprégnation.* Mais ce qui est le plus remarquable, c'est *son action élective pour les parties malades.* On s'en rend bien compte à la cystoscopie : quelques heures après une instillation de bleu dans une vessie bacillaire, la muqueuse saine a son apparence normale ou paraît légèrement bleutée, tandis que les ulcérations, les parties qui ont perdu leur épithélium de revêtement, les moindres effractions de la muqueuse sont entièrement colorées en bleu. *Ces parties malades ont absorbé le colorant et s'en sont imprégnées* ; il n'est donc pas étonnant que l'action bienfaisante du médicament se prolonge. Il se produit au niveau de la vessie ce que nous avons constaté au niveau du rein tuberculeux après absorption de bleu : les cavernes et les portions lésées du parenchyme rénal sont complètement imprégnées de bleu.

Il serait intéressant au point de vue anatomo-pathologique d'étudier l'absorption ou la fixation du bleu par la muqueuse vésicale, au niveau des parties saines et des parties malades. Nous soumettons la question aux histologistes qui pourraient s'y intéresser.

Quels sont les résultats obtenus par les instillations de bleu de méthylène ? L'effet des instillations est remarquablement rapide : sur la pollakiurie il est généralement *immédiat*, et les douleurs sont très vite apaisées. Quant à la capacité vésicale elle augmente notablement et régulièrement, en même temps que la purulence des urines diminue, de sorte que dans ces vessies intolérantes qui ne permettent aucun examen, la cystoscopie devient bientôt possible.

D'autre part si l'effet des instillations de bleu est immédiat il est également *prolongé* pouvant persister dans certains cas une semaine et plus.

Enfin, même chez les malades qui présentent de l'incontinence, le bleu est encore un palliatif précieux, le soulagement temporaire provoqué par l'instillation étant très apprécié des malades dont l'incontinence, généralement améliorée, peut parfois disparaître ainsi que nous l'avons vu dans un cas.

L'observation ci-dessous, prise parmi un nombre déjà considérable, donnera une idée de l'efficacité du traitement :

Gr..., vingt-huit ans, a quitté le service Civiale, il y a quelques mois avec le diagnostic de *tuberculose rénale bilatérale.* C'est un garçon d'aspect floride d'ailleurs, amputé d'une jambe à la suite de blessures de guerre. Il revient nous voir dans le courant du mois de janvier, sa cystite devenant intolérable : il urine toutes les heures, parfois toutes les demi-heures le jour, quinze ou vingt fois la nuit, avec douleurs très vives et petites hématuries terminales.

La première instillation est gardée *deux heures.* La miction s'établit toutes les deux heures à partir de ce moment.

La deuxième instillation est gardée *trois heures.*

A partir de la troisième instillation le malade peut rester facilement *cinq heures* sans uriner.

Nous pratiquons alors deux instillations par semaine, le malade urinant normalement. Les douleurs ont cessé dès la première instillation, les hématuries ont disparu, et le malade est complètement transformé physiquement et moralement.

Il ne vient plus nous voir alors qu'une fois par semaine, puis l'amélioration persistant, *tous les quinze jours* seulement. Enfin

il peut partir se reposer à la campagne avec une vessie absolument normale quant à son fonctionnement.

Cette observation, qui est loin d'être unique, montre mieux que tout commentaire, combien son remarquables les résultats qu'on peut attendre de cette méthode thérapeutique. Nous n'insistons pas davantage sur les propriétés du bleu de méthylène que nous sommes tenté de considérer comme un *spécifique de la bacillose réno-vésicale*, tant il apparaît supérieur à tous les médicaments préconisés jusqu'à ce jour.

Le bleu guérit-il à lui seul les lésions tuberculeuses de la vessie? Le fait n'est pas démontré. Les améliore-t-il? C'est certain si nous en jugeons par les cystoscopies que nous avons pratiquées. En tout cas c'est incontestablement un palliatif précieux, et il donne au malade dans les cas inopérables l'impression de la guérison, ce qui est considérable.

Donc, en présence d'un malade atteint de cystite bacillaire, quelle conduite tenir?

Si la vessie n'est pas trop atteinte, faire immédiatement un cathétérisme urétéral et supprimer au plus tôt le rein malade. Si la cystoscopie est impossible « *mettre le malade au bleu* » en pratiquant des instillations vésicales et en lui faisant prendre des pilules, et quand la vessie sera calmée, on pourra pratiquer l'examen fonctionnel.

Continuer ce traitement après la néphrectomie jusqu'à remise en état de la vessie. Et si on a affaire à une tuberculose bilatérale qui rend toute intervention impossible, se contenter du traitement local par le bleu, associé bien entendu à tous les moyens d'ordre général qu'on croira devoir employer. Si le bleu de méthylène ne guérit pas la tuberculose vésicale à lui tout seul, du moins il peut débarrasser le malade de la pénible infirmité que constitue la pollakiurie douloureuse bacillaire, et cela, c'est quelque chose (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1925)

Ostéofibrose vacuolaire de Recklinghausen. — MM. ACHARD et THIERS ont observé un malade qui avait, outre des troubles gastriques et une paralysie de la IIIe paire, sans autre signe de tabes, des saillies osseuses qui furent prises pour des exostoses syphilitiques, d'autant mieux que la réaction de Wassermann était positive. Mais la radiographie montra que ces saillies osseuses résultaient de vacuoles. Il s'agissait de la maladie osseuse de Recklinghausen, qu'on pourrait nommer, en tenant compte de ses caractères essentiels, ostéofibrose vacuolaire.

Troubles respiratoires de l'urémie. — M. ACHARD rapporte 2 observations d'urémie avec troubles respiratoires. L'une concerne une jeune femme atteinte de tuberculose rénale, qui avait une concentration maxima de l'urée dans l'urine à 7g75 et une azotémie de 4g25 p. 1000, sa respiration présentait le type Kussmaul. La réserve alcaline était tombée à 18,5.

L'autre cas est celui d'une femme de soixante-quatre ans, atteinte de sclérose rénale compliquée d'infection urinaire. Sa respiration avait par moments le type Cheyne-Stokes. L'urée dans l'urine n'était qu'à la concentration maxima de 5g25 et l'azotémie atteignait 3g50.

Ces faits tendent à montrer que la respiration de Cheyne-Stokes ne dépend pas de l'acidose, mais que la dyspnée de Kussmaul est déterminée par l'acidose, même non accompagnée de la cétose qui s'observe dans le coma diabétique.

Neurofibromatose héréditaire et familiale avec virilisme. — M. P. SCHIFF (service du docteur Toulouse) présente une malade atteinte de neurofibromatose typique, dans la famille de laquelle on a trouvé, au cours de trois générations, de nombreux cas de la même affection. Cette malade offre en outre des signes d'hirsutisme avec virilisme, un virilisme d'aspect spécial, comportant une réduction du tissu adipeux normal chez la femme, des masses musculaires saillantes et noueuses, un modelé nettement masculin. Ce virilisme maigre et musclé diffère donc quelque peu du type décrit par MM. Guinon et Apert, où l'hirsutisme-virilisme s'accompagne de formes alourdies et obèses.

Réveil de la nutrition chez un athrepsique sous l'influence de l'héliothérapie. — M. ARMAND-DELILLE et Mlle LINOSSIER présentent un nourrisson d'un an, qui depuis l'âge de trois mois était resté stationnaire à 3kg500, malgré toute une série d'essais thérapeutiques. Mis au bain de soleil depuis le début de mai, la nutrition s'est réveillée chez lui et il pèse maintenant 4kg300.

Tuberculose du nourrisson traitée par l'héliothérapie. — M. ARMAND-DELILLE et Mlle LINOSSIER présentent une fillette de deux ans, arrivée à l'hôpital dans un état lamentable, avec de l'adénopathie trachéo-bronchique, une ostéo-arthrite fistuleuse suppurée de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil droit.

Guérison d'ostéo-arthrite tuberculeuse du pied chez un enfant de deux ans par l'héliothérapie à Paris. — M. ARMAND-DELILLE et Mlle LINOSSIER présentent une enfant arrivée à l'hôpital dans un état lamentable et guérie simplement par l'héliothérapie dans les cours de l'hôpital.

Néphrite azotémique pure. — MM. AUBERTIN et WIDIEZ rapportent un cas de néphrite chronique d'origine saturnine azotémique pure, c'est-à-dire ayant évolué jusqu'à la mort sans œdèmes, sans hypertension et même sans albuminurie.

Toxidermie au luminal ayant simulé la rougeole. — MM. G. CAUSSADE, A. TARDIEU et J. LACAPÈRE attirent l'attention sur les toxidermies imputables aux dérivés de la malonylurée (véronal, etc.) et signalent les erreurs de diagnostic et de pratique qu'elles peuvent occasionner. Les éruptions surviennent dans environ 20 p. 100 des cas d'intoxication par le véronal. Prurigineuses, souvent symétriques, éphémères et très polymorphes, elles simulent tous les exanthèmes et notamment ceux de la rougeole, de la scarlatine, de l'érysipèle ou de la variole.

Dilatation des bronches et lipiodol. — M. COYON présente les radiographies d'un cas de dilatation bronchique après épreuve de lipiodol.

Un cas d'actinite chronique avec myasthénie. — MM. CARNOT et TERIS.

Tumeur cérébrale et hyperalbuminose méningée. — MM. POLLET et STIEFFEL.

Les injections intraveineuses de convallamarine en thérapeutique cardiaque. — MM. Ch. LAUBRY et Daniel ROUTIER. Il existe pour les auteurs trois grands principes directeurs en thérapeutique cardiaque : 1° les médicaments toni-cardiaques n'ont pas des propriétés physiologiques sensiblement différentes, mais leur activité en pathologie car-

(1) Cf. H. BLANC. L'urotropine et le bleu de méthylène dans la tuberculose urinaire. *Journal d'urologie*, t. XVIII., n° 4. oct. 1924.

H. BLANC. Les instillations de bleu de méthylène dans la cystite tuberculeuse (*Soc. fr. d'urologie*, séance du 16 février 1925, in *Bulletin de la soc. fr. d'urologie*, n° 2, 1925).

H. BLANC. La technique des instillations vésicales de bleu de méthylène dans la cystite tuberculeuse (*Journal d'urologie*).

H. BLANC. Le traitement médical de la tuberculose rénale (*Rinascenza Medica*, Naples).

H. BLANC. Un médicament de la tuberculose urinaire : le bleu de méthylène (*Union méd. du Canada*).

H. BLANC. Le bleu de méthylène dans la tuberculose réno-vésicale (*Arch. franco-hispano-américaines*).

diaque dépend de chaque individu et de l'état du cœur ; 2° un cœur réfractaire tout d'abord à telle médication donnée peut être sensibilisé par cette médication à l'action d'un nouveau toni-cardiaque ; d'où l'intérêt d'avoir à sa disposition un grand nombre de toni-cardiaques ; 3° la voie intraveineuse est la voie de choix pour le traitement des insuffisances cardiaques : on assure ainsi à la médication le maximum de puissance et de rapidité d'action.

C'est en conformité du premier de ces principes que les auteurs ont choisi la convallamarine, dont l'action, d'après leurs recherches expérimentales avec L. Deglaude, est identique à celle de l'ouabaïne.

La dose à employer par injection est de 5 milligrammes en solution dans 1 centimètre cube d'eau distillée. La dose de 1 centigramme semble ne pas être toujours bien tolérée, il se produit alors des vomissements et de la diarrhée. La dose de 2 centigrammes n'est pas exempte de danger. Les injections doivent être faites quotidiennement et peuvent être continuées aussi longtemps qu'il est nécessaire. Comme pour l'ouabaïne on peut faire dans les cas graves deux injections par jour, en s'en tenant toujours à la dose de 5 milligrammes pour chaque injection.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1925)

Tension veineuse et varices. — MM. Maurice VILLARET, Fr. SAINT-GIRONS et L. SALASC, après avoir établi que la tension veineuse est normalement plus élevée de 2 centimètres d'eau au membre inférieur qu'au membre supérieur dans le décubitus horizontal, ont étudié trente-quatre sujets porteurs de varices et ont constaté que l'on peut les classer en deux groupes : 1° les varices symptomatiques liées à une compression de la veine cave inférieure (grossesse, fibrome, ascite, etc.) et dans lesquelles la tension veineuse est augmentée ; 2° les varices essentielles, idiopathiques, à tension veineuse inférieure à la normale. Les auteurs ont enfin étudié sur les varices l'action de différents médicaments et ont constaté qu'ils tendent à ramener la tension veineuse à la normale.

Sur les propriétés pathogènes du bacille de Johne à l'égard du rat blanc et de la souris blanche. — M. BOQUET. Le bacille de Johne ressemble, par ses propriétés, au bacille de Koch. Il s'en distingue par une affinité beaucoup plus grande pour les organes lymphatiques. Au lieu d'envahir le poumon et d'y former des tubercules, il se fixe électivement sur les ganglions trachéo-bronchiques dont ils provoquent l'hypertrophie, la sclérose et la dégénérescence par petits foyers périphériques.

Les mouvements des articulations du bassin chez la parturiente. — MM. H. VALLOIS et A. THOMAS donnent les chiffres obtenus chez une secondipare de vingt-deux ans morte de septicémie très peu après son accouchement. Toutes ses articulations du bassin et en plus les articulations des vertèbres lointaines étaient ramollies, infiltrées, et leur mobilité beaucoup plus considérable que d'habitude.

Essais d'immunisation contre la typhose des souris avec le bactériophage de d'Hérelle. — MM. Charles RICHET fils et Paul HAUDUROY ont tenté de vacciner des souris contre le B. typhi murium avec le bactériophage. Ils l'ont inoculé sous la peau ou l'ont fait absorber par la bouche. A aucun moment ils n'ont pu obtenir de survie et les animaux préparés succombaient dans les mêmes temps que les témoins.

Action des sels biliaires et de la bile sur l'excitabilité neuromusculaire. — M. LYON-CAEN. In vitro, les sels biliaires ne modifient pas la chronaxie nerveuse, mais allongent la chronaxie musculaire ; in vivo, par injection de bile ou de sels biliaires à des grenouilles, les effets sont les mêmes ; les sels biliaires sont donc des poisons musculaires du type curare ; ils agissent plus rapidement sur le muscle lent (pédieux de l'escargot) que sur le muscle rapide (gastrocnémien de grenouille).

Variations de concentration ionique de la bile et du suc pancréatique pendant la sécrétion acide du suc gastrique. — M. P. CARNOT et Mme GRUZEWSKA ont recherché expérimentalement si la sécrétion acide de suc gastrique influence l'alcalinité réelle de la bile et du suc pancréatique. Dans ce but, ils ont provoqué, par injection sous-cutanée de 1 milligramme d'histamine, une sécrétion gastrique acide abondante et ont recherché le Ph des sucs recueillis par des fistules cholédocienne et pancréatique. Ils ont vu que, très rapidement, sous l'influence de la sécrétion gastrique acide, il se produisait une réaction antagoniste de la bile tendant à augmenter notablement son alcalinité. Par exemple, la bile cholédocienne qui avait antérieurement un Ph = 7,80 a, après l'histamine, un Ph montant successivement à 8,34, puis 8,50, puis 8,34, puis 8,70, puis 9, puis 8,84. Ce phénomène est constant.

Il ne se retrouve pas avec le suc pancréatique dont le Ph reste constant et dont la vitesse d'écoulement seule est augmentée.

L'acidité gastrique est donc automatiquement compensée par une augmentation d'alcalinité biliaire.

Le test de l'histamine comme mesure de l'activité sécrétoire de l'estomac. — MM. P. CARNOT et LIBERT ont étudié une épreuve de sécrétion gastrique consistant à pratiquer une injection sous-cutanée d'histamine de 1 milligramme : il se produit en une demi-heure à une heure une sécrétion gastrique pure abondante, riche en acide chlorhydrique libre et en pepsine. Chez les sujets normaux, les chiffres de sécrétion d'acidité et d'activité fermentaire sont comparables pour un même sujet et peuvent chiffrer l'activité sécrétoire de la muqueuse. Chez les hypersécrétants, la sécrétion est surabondante, très acide. Chez les hyposécrétants, elle est presque nulle, non acide, non peptique. Ce test a sur le repas d'épreuve l'avantage de donner un suc pur, sans mélange avec des aliments exagérant les différences de qualité des divers types sécrétoires et pouvant par là même rendre service au clinicien.

Le réflexe oculo-cardiaque chez quelques espèces animales domestiques. — MM. F. ARLOING, JUNG et LESBATS ont recherché chez quelques espèces domestiques le sens du réflexe oculo-cardiaque. Ils ont constaté que le réflexe oculo-cardiaque est positif chez le mouton jeune (156-136-168-120), le porc (132-110-212-188), la chèvre (128-100). Cette hypervagotonie est absente chez le chien dont le réflexe est faiblement positif (118-104, 136-128, 96-88). Chez le cheval, les bovidés, les moutons âgés et le lapin, la compression des globes oculaires n'influence pas le rythme cardiaque de façon notable. Quelques sujets de ces espèces et en particulier des bovidés ont une inversion du réflexe oculo-cardiaque. Les pulsations passent par exemple de 136 à 144, de 56 à 64.

Cette étude est préliminaire aux recherches que poursuivent les auteurs sur les variations du réflexe oculo-cardiaque chez ces mêmes espèces au cours de divers états physiologiques et pathologiques.

Aspect des coupes de cultures de bacilles tuberculeux sur pomme de terre. — MM. Fernand ARLOING et MALARTRE, ayant pratiqué des coupes à travers des colonies sur pomme de terre de bacilles tuberculeux humains, bovins, aviaires et pisciaires, ont constaté que ces colonies ne pénètrent pas à l'intérieur du milieu nutritif.

Il existe entre la pomme de terre et la face profonde des colonies une zone nébuleuse où l'on ne distingue aucune forme bacillaire. Elle est exclusivement cyanophile. Au-dessus apparaît la culture proprement dite. Sa région profonde est surtout cyanophile ; quelques grains acido-résistants commencent à s'y différencier. La culture ne revêt l'aspect bacillaire franchement acido-résistant que dans la couche la plus superficielle des colonies verruqueuses.

Les bacilles bovins, aviaires et pisciaires présentent les mêmes aspects avec des variations dans l'acido-résistance.

Sur l'existence de formes filtrables du parasite du sodoku dans la rate de souris expérimentalement infectées. — MM. SALIMBENI, KERMORGANT et GARCIN démontrent l'existence, dans la rate de souris infectées avec le spirille de sodoku, de formes de ce parasite capables de traverser la bougie Chamberland L3.

MM. LEVADITI, NICOLAU et NAVARRO-MARTIN ont fait des

expériences pour contrôler les affirmations de Kochmann et Grouwen au sujet de l'**action thérapeutique exercée par le cadmium dans la syphilis.** Ils ont examiné en plus du cadmium métallique l'oxyde de cadmium, le chlorure de cadmium, le tartrocadmiate de soude et le chlorocadmiate de pyridine, ces deux derniers composés préparés par M. Madinavetia (de Madrid). Il résulte de ces recherches que les dérivés cadmiques étudiés par ces auteurs n'exercent aucune action curative ou spirochéticide chez les animaux infectés avec le *Spirochæta cuniculi.*

Ils concluent que le cadmium ne sera pas d'une grande utilité dans la thérapeutique de la syphilis. Si, même à l'avenir, on démontrait que ce métal possède quelques propriétés tréponémicides ces propriétés ne sauraient être rapprochées de celles du bismuth ou du vanadium.

Sur la pluralité des virus filtrables neurotropes. — MM. A.-T. SALEMBENI, Y. KERMORGANT et R. GARCIN. Il semble difficile d'attribuer aux « virus » dont l'existence nous est connue (poliomyélite, encéphalite épidémique) tous les cas cliniques classés sous la dénomination d'encéphalites aiguës ou de méningo-encéphalites aiguës. Poursuivant l'étude expérimentale d'un virus filtrable (bougie Ch. L³) prélevé dans plusieurs cas d'encéphalites aiguës de l'enfance, les auteurs, en raison de l'allure clinique des maladies expérimentales provoquées chez le singe (signomonie), se demandent s'ils sont en présence d'un virus voisin de celui de la maladie de Heine-Medin (parapoliomyélite) ou d'un virus différent. De même, dans un cas de méningite à lympho, ils ont pu mettre en évidence un virus spécifique montrant ainsi la pluralité des virus neurotropes.

La gono-réaction dans le diagnostic du rhumatisme blennorragique. — MM. F. BEZANÇON, Mathieu-Pierre WEIL et M. RUBINSTEIN ont recherché la présence d'une sensibilisatrice spécifique vis-à-vis d'un antigène gonococcique dans le sérum des malades atteints de rhumatisme blennorragique. La réaction y est positive dans près de 90 p. 100 des cas, tandis qu'elle est constamment négative dans les arthropathies d'une autre nature. La gono-réaction est donc un élément important du diagnostic de la nature blennorragique de manifestations articulaires.

Chez la femme, où la gonococcie est souvent si difficile à mettre en évidence, sa recherche s'impose, elle souligne la fréquence chez ces sujets de la nature blennorragique des manifestations articulaires. Chez l'homme, son intérêt n'est pas moindre : grâce à elle, les auteurs ont pu montrer l'existence d'une forme de rhumatisme gonococcique susceptible de survenir de manière particulièrement tardive, cinq, sept, voire vingt-quatre ans après une gonococcie, dont la phase urétrale, depuis longtemps, pouvait sembler totalement guérie.

Des épanchements pleuraux survenus au cours du pneumothorax thérapeutique. — MM. N. DURAND et CHARCHANSKI ont constamment noté et en grande abondance même au simple examen direct, la présence de bacilles de Koch dans les épanchements pleuraux survenus au cours du pneumothorax thérapeutique, mais il s'agit alors de bacilles à forme granuleuse qui reproduisent par inoculation une tuberculose expérimentale typique. Les auteurs expliquent la présence de ces formes, non par une semence bacillaire mais par un phénomène de Koch pleural sur un organisme déjà infecté; la morphologie de ces bacilles étant analogue à celle que revêtent les bacilles de Koch dans les escarres obtenus par inoculation sous-cutanée chez les animaux tuberculisés.

— Société de biologie de Marseille (séance du 15 juin 1925) :

A propos du mécanisme de la vaccinothérapie. Les hyperleucocytoses locales. — MM. S. COSTA, L. BOYER et M. GUY rappellent des observations et des expériences déjà anciennes desquelles il résulte que chaque injection de vaccin gonococcique formolé, à fortes doses, est suivie d'une hyperhémie loco dolenti et d'une hyperleucocytose générale et locale, cette dernière étant nettement plus marquée que la première.

Sérums de convalescents formolés. — MM. S. COSTA et L. BOYER préconisent la formolation des sérums de convalescents utilisés dans un but curatif ou préventif, pour assurer à la fois leur stérilisation et leur conservation.

Des recherches qu'ils ont faites, il résulte que la formolation au 1/2.000 n'atténue pas l'action immunisante des sérums.

Variations des interactions épithélio-conjonctives dans certains épithéliomas malpighiens. Leurs relations avec l'évolution cytologique des éléments néoplasiques. — M. CAUDIÈRE. Les variations des interactions épithélio-conjonctives sont importantes à envisager pour comprendre certains points de l'évolution histologique des tumeurs. Cette notion est très nette en particulier en ce qui concerne les épithéliomas malpighiens. Ces variations paraissent conditionnées par l'évolution cytologique des éléments néoplasiques.

MM. L. PAYAN et Ed. GIRAUD, utilisant l'appareil à tension veineuse décrit précédemment, étudient l'**action du nitrite d'amyle et de la trinitrine sur la tension veineuse.** Ils observent, sous l'influence de ces drogues, une baisse prolongée et considérable (40 à 60 p. 100) de celle-ci. Cette baisse est parfois précédée d'une courte phase hypertensive.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 21 AVRIL 1925)

Propriétés de la di-urotropine iodo-benzométhylée (septicémine). — M. R. SUZEAU. Les essais faits sur le chien par diverses voies d'introduction établissent l'innocuité absolue de la septicémine. Des doses atteignant 60 fois la dose thérapeutique ne déterminent aucun trouble. L'inoculation péritonéale permet l'introduction de doses très élevées.

Chez le chien, la di-urotropine iodo-benzométhylée (septicémine) donne de bons résultats comme agent de la médication abortive et curative de la maladie.

La vitalité du gonocoque. — Mlle LE SOUDIER et M. J. VERGE.

Présentation d'un vœu relatif au mode de prélèvement des organes destinés à l'opothérapie. — M. Félix REGNAULT. Projet de vœu :

La récolte des organes destinés à l'opothérapie se faisant parfois dans les abattoirs dans des conditions d'hygiène mauvaises, la Société émet le vœu :

1° Qu'elle soit réalisée avec une asepsie rigoureuse ;

2° Que les spécialités opothérapiques portent l'indication de la proportion d'extrait par rapport à la quantité de substance fraîche. Ainsi, par exemple, 10 centigrammes d'extrait thyroïde correspondent à 50 centigrammes de glande fraîche;

3° Que pour les spécialités opothérapiques injectables, la date de la fabrication soit indiquée;

4° L'activité des extraits opothérapiques différant suivant leur mode de préparation, que ce mode de préparation soit indiqué par les spécialistes.

Le vœu est renvoyé à une commission composée de MM. les professeurs Marcel Labbé, G. Petit, Panisset et le docteur Félix Regnault.

Le métabolisme basal des obèses. — M. STEVENIN.

Les réactions sériques et leur traitement. — M. QUÉRY.

Les prétendues altérations des stock-vaccins microbiens. — MM. L. GOLDENBERG et L. PANISSET.

Du diagnostic des pleurésies interlobaires. — M. Ed. DOULCET s'efforce de montrer que les pleurésies interlobaires sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le suppose et qu'à côté des interlobites suppurées, à signes d'emprunt masquant la lésion primitive, on rencontre fréquemment des inflammations interlobaires séreuses, souvent non diagnostiquées, mais qu'un examen minutieux peut déceler.

Matité à topographie spéciale, signes d'auscultation difficiles à mettre en évidence dans les cas légers, égophonie et pectoriloquie assez caractéristiques dans la gouttière scapulo-vertébrale. Tous symptômes qui sont portés au maximum quand le pus a envahi l'interlobe, mais qui sont fort souvent masqués, dans ce cas, par le retentissement congestif pulmonaire de voisinage.

(SÉANCE DU 12 MAI 1925)

Vœu relatif à la préparation des extraits opothérapiques. — En présence des applications toujours plus nombreuses de l'opothérapie, soucieuse de l'innocuité et de l'efficacité des produits utilisés, renseignée sur les difficultés de la récolte des organes, et la courte durée de leur conservation,

La Société de pathologie comparée émet le vœu :

1° Qu'un contrôle rigoureux veille à l'origine anatomique, à la propreté méticuleuse de la récolte, au transport, à la conservation, à la manipulation et au traitement des organes destinés à la préparation des produits opothérapiques;

2° Qu'une réglementation, analogue à celle qui existe pour les sérums et les vaccins, soit édictée pour les produits opothérapiques.

Ce vœu a été élaboré par une Commission composée de MM. les professeurs Marcel Labbé, G. Petit, Panisset et du docteur Félix Regnault.

Recherches expérimentales sur l'action pharmacodynamique de l'adrénaline. — M. Bru.

A propos de l'athérome chez le cheval. — M. Prévost rappelle que le professeur Ball, de Lyon, a montré que l'athérome du cheval est celui qui rappelle le mieux celui de l'homme, qu'il existe chez cet animal un athérome spontané et la coexistence de l'athérome avec la thrombose de l'aorte postérieure qui représente chez cet animal, comme chez l'homme, une complication de l'artérite chronique athéromateuse.

M. Prévost a recueilli une observation qui confirme l'opinion du professeur Ball.

Hémorragie intra-péricardique. Rupture d'un anévrisme des artères coronaires. — M. Prévost.

Comparaison de la résistance dans les états pathologiques entre les races anglo-saxones et les races latines. — M. Gérin-Lajoie. Une expérience de vingt-cinq ans aux Etats-Unis, appuyée sur les statistiques des divers pays, montre que certaines classes de maladies, scarlatine, pneumonie, grippe, anémie pernicieuse, cancer, sont plus fréquentes et plus graves dans les pays anglo-saxons, peuples qui sont surtout des mangeurs de viande, alors que les peuples latins sont plutôt des mangeurs de légumes et de pain.

Quelques considérations étiologiques sur les anémies humaines. — M. Prosper-Emile Weil. Du magistral exposé de la question des anémies ressort :

a. Que les anémies humaines, légères ou graves, sont déterminées soit par des infections, soit par des intoxications, soit par des hémorragies;

b. Que la différence symptomatique des anémies et de leur évolution (anémies légères ou graves) tient soit à l'intensité d'action de la cause hémolysante lésant le sang ou les organes hématopoiétiques, soit au terrain organique normal ou atteint de débilité congénitale hématique.

Chez les animaux, moins sujets à des intoxications que l'homme, les anémies relèvent vraisemblablement d'infections. Il importe de fixer leur étiologie d'autant qu'on voit par le cas de Peters, que certaines de ces anémies peuvent exister dans l'espèce humaine et que nous ignorons à peu près tout encore de ce coin de nosographie.

L'étude des affections du sang offre un terrain où la collaboration des médecins et des vétérinaires pourrait se montrer particulièrement efficace.

Dans la discussion qui suit M. le Président émet le vœu que les vétérinaires apportent leur collaboration à ce sujet. Il serait intéressant pour les médecins d'être renseignés sur les anémies des animaux.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 9 MAI 1925)

Compressions médullaires; lipo-diagnostic. — MM. Riser et Paul Mériel montrent une série de radiographies de compressions médullaires : 1° un cas de tumeurs intradurales multiples avec arrêt massif du lipiodol en dôme; 2° un cas de pachyméningite cancéreuse secondaire à un cancer du sein, où le lipiodol donne une image en U analogue à celles qui ont été décrites par Laplane : 3° un cas d'arachnoïdite chronique avec arrêt en égrènement de la masse lipiodolée.

Les auteurs montrent aussi une radiographie de spina bifida occulta sacré avec déhiscence complète de la paroi postérieure du canal sacré; le lipiodol a permis dans ce cas d'éliminer l'hypothèse d'une compression par tumeur.

Corps étrangers intravésicaux. — MM. Martin et Caffort, à propos de deux observations de corps étrangers intravésicaux, présentent d'intéressants clichés radiographiques. Ils signalent la rareté chez l'homme de ces corps étrangers introduits accidentellement dans un but d'excitation sexuelle. Les manœuvres de masturbation expliquent le passage du sphincter membraneux par le corps étranger qui remonte à la façon de l'épi de blé dans une manche. Les auteurs insistent encore une fois sur l'absolue nécessité de pratiquer une radiographie lorsqu'on a portée le diagnostic de calcul vésical.

Dans les deux cas, l'ablation du corps étranger et du calcul secondaire par taille hypogastrique a fait rapidement disparaître les troubles urinaires.

Tubercules crétacés ou ganglions calcifiés intrapulmonaires. — MM. Laporte et Gayral présentent un cliché radiographique qui montre une calcification des ganglions du médiastin, des ganglions sus-claviculaires et des ganglions cervicaux; ces derniers sont aisément perceptibles à la palpation. Dans la région sous-claviculaire, le cliché révèle deux taches ovalaires, de même densité, bien isolées et reliées par des ombres linéaires aux ganglions médiastinaux. Le champ pulmonaire ne présente par ailleurs qu'un voile très discret dans la région du sommet.

Correction orthopédique d'un prognathisme inférieur. — M. E. Cadenat. Présentation du malade et des appareils utilisés pour la correction d'un pseudo-prognathisme inférieur lié à un développement défectueux du maxillaire supérieur.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT MÉDICAL DE L'ANTHRAX

Dans le traitement de l'anthrax, le docteur Michel-Dansac, ancien interne des hôpitaux, conseille l'emploi permanent de compresses imbibées d'une solution huileuse d'acide élaiérinique. D'après cet auteur, sous l'action décongestionnante de cette médication, les phénomènes douloureux disparaissent ou s'atténuent très vite ; l'abcès perce et se vide spontanément au bout de un ou deux jours. La guérison serait très rapide et la cicatrisation parfaite. L'auteur se contente de recouvrir la région malade d'une simple feuille de gaze trempée dans la solution d'acide élaiérinique. Il la recouvre d'un tissu imperméable et d'une couche d'ouate. Il la renouvelle une ou deux fois par jour jusqu'à cicatrisation complète.

Précis de gynécologie, par A. Boursier. Troisième édition, revue, corrigée et très augmentée, par M. Auvray, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. Deux volumes formant 1.984 pages avec 595 figures dans le texte, dont une partie en couleurs. Collection Testut. — Prix : cartonnés toile, 90 fr. — Paris, G. Doin.

Expertise des professions dans les accidents du travail. Rééducation. Orientation et aptitudes professionnelles. Mutilations. Travail et salaire. Apprentissage, répertoire médical des professions et industries. In-16 de 328 pages, avec album de 73 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot, frères.

La Conductibilité électrique du corps humain, par André Strohl, docteur ès sciences, professeur à la Faculté de médecine d'Alger. Préface du professeur G. Weiss. Un vol. de 132 pages avec 16 figures. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

COMPLICATIONS MAMMAIRES DE L'ALLAITEMENT [1]

Etat. — SIGNES PHYSIQUES. — Une BOSSELURE apparaît au niveau du sein, en bas et en dehors ; elle saille sous une peau normale, non adhérente.

Elle est *ferme, dure, très douloureuse.*

En l'écrasant sur le plan costal, le doigt recueille parfois une sensation caractéristique. On a l'impression de pénétrer dans un trou, au fond duquel on perçoit une vague fluctuation.

IL N'Y A PAS D'ADÉNITE.

Mais déjà est apparu le SIGNE CAPITAL de l'affection, signe de *suppuration intraglandulaire.*

L'EXPRESSION DU SEIN fait sourdre au mamelon DU LAIT MÉLANGÉ DE PUS.

En effet, ce liquide recueilli sur de l'ouate est aussitôt dissocié en ses deux éléments (signe de Budin).

LE PUS, sous forme de *gouttelettes jaunâtres,* reste à la surface du tampon.

Il contient des microbes variés ; du *streptocoque, parfois du gonocoque.*

SIGNES GÉNÉRAUX. — *L'état général reste bon.*

La fièvre persiste et oscille irrégulièrement entre 38 et 39 degrés.

Souvent existe de la GLYCOSURIE liée à la rétention lactée.

Tels sont les signes du véritable *abcès du sein,* de l'*abcès de la glande.* Il faut immédiatement *interrompre l'allaitement de ce côté,* faire prendre seulement le sein opposé pour conserver la fonction.

Evolution. — NON TRAITÉ, il évolue vers l'OUVERTURE en *quelques jours* : la douleur augmente, la *peau rougit, s'œdématie, devient adhérente,* la collection est nettement fluctuante, puis elle s'ouvre à la peau ; une fistule est créée ; la suppuration va durer plus ou moins longtemps, puis se tarir.

Formes cliniques. — 1. *L'abcès bilatéral* fréquent : un cinquième des cas.

2. L'ABCÈS PROFOND de la glande qui se traduit non pas par une bosselure, mais par une *déviation ou soulèvement de la glande.*

SON ÉVOLUTION est beaucoup plus lente, *subaiguë.* Plus que tout autre abcès il va se compliquer.

Complications. — LA PRISE SUCCESSIVE des lobes glandulaires. C'est la mastite à foyers multiples, à évolution prolongée pendant des semaines, qui peut détruire la glande.

L'ABCÈS RÉTROMAMMAIRE.

Le pronostic de toute *mastite est donc grave.*

POUR LA MÈRE : si, rarement, le *pronostic est vital* il s'agit toujours d'une affection longue et pénible qui peut aboutir ultérieurement à des *indurations,* à une *rétraction du mamelon,* à une *atrophie de la glande* avec *perte de la valeur physiologique du sein.*

Enfin, la mastite est souvent à l'origine de la *mammite chronique.*

POUR L'ENFANT : Si l'allaitement n'est pas interrompu, la *diarrhée,* la *broncho-pneumonie* peuvent venir emporter l'enfant.

L'ABCÈS RÉTROMAMMAIRE est la complication la plus sérieuse de la mastite.

SIGNES GÉNÉRAUX. — La fièvre devient violente.

SIGNES PHYSIQUES. — Le sein est *soulevé en masse.*

Il semble reposer sur une éponge, l'on a une sensation de résistance élastique au palper.

La peau garde une coloration normale.

Evolution. — Mais un bourrelet œdémateux apparaît à *la périphérie de la glande.* C'est là qu'on sentira la fluctuation, c'est là, au point le plus inférieur, que la collection va s'ouvrir.

Il faut d'ailleurs toujours prévenir cette éventualité pour éviter les *fusées purulentes,* les *vastes décollements.*

AUTRES COMPLICATIONS PLUS RARES. — Nous citerons seulement :

Les abcès tubéreux, furoncles des glandes de l'aérole. Multiples, douloureux, mais sans gravité.

L'érysipèle du sein.

La pammastite, phlegmon diffus et souvent gangréneux de la *région mammaire.* Mortel en quelques jours.

Tout à fait exceptionnel aujourd'hui.

COMPLICATIONS CHRONIQUES

LE GALACTOCÈLE est une affection très rare.

Il apparaît au cours de l'allaitement ou au sevrage. Une *tumeur* se développe *à peu près indolente.*

Elle est *arrondie, régulière,* d'un volume *modéré, rénitente.* Parfois elle est *mollasse,* gardant l'empreinte du doigt, *signe du godet,* aussi caractéristique qu'exceptionnel.

La tumeur n'adhère nullement ni à la peau, ni aux plans profonds.

Elle est mobile, aucun ganglion ne l'accompagne.

Parfois la pression de la tumeur fait sourdre du lait au mamelon.

Non extirpée, la tumeur peut rester *stationnaire,* plus souvent elle *s'accroît* ou *suppure.*

LA MAMMITE CHRONIQUE est d'une fréquence beaucoup plus grande. Son étude est du plus haut intérêt. Il faut la bien connaître pour la diagnostiquer car on la confond le plus souvent avec *le cancer.*

Début. — Des plus insidieux est son début.

C'est parfois *au sevrage* ou *dans les semaines qui suivent* que la femme remarque par hasard la présence d'une tumeur dans son sein.

Mais dans la règle *c'est bien plus tardivement qu'elle apparaît* ou qu'on s'en aperçoit.

Examen. — 1° C'EST TOUT L'ASPECT D'UN CANCER.

ON PALPE bien à plat en écrasant le sein contre le gril costal.

Un *noyau induré,* plus ou moins *volumineux,* plus ou moins *irrégulier,* à *limites diffuses,* existe dans la glande.

IL ADHÈRE *à la peau* qui ne se mobilise plus sur lui.

IL ADHÈRE AU MAMMELON qui *saille mal* lorsque les mains mises à plat de chaque côté du mamelon exercent une pression.

IL ADHÈRE AU GRAND PECTORAL : la contraction du muscle immobilise le noyau à peu près complètement.

Des *ganglions axillaires* existent plus ou moins volumineux et indurés.

2° MAIS QUELQUES SIGNES BIEN OBSERVÉS DOIVENT FAIRE PENSER A LA MAMMITE CHRONIQUE.

LE NOYAU un peu douloureux spontanément l'est plus à la pression, et la douleur constitue toujours un signe *contre* le cancer.

De plus, s'il est très vite adhérent, on peut néanmoins relever une *certaine mobilité sur les plans profonds.*

LES GANGLIONS, de par leur volume, contrastent souvent avec la tumeur. Ils sont moins durs que dans le cancer. Ils sont très souvent douloureux à la pression.

L'interrogatoire apporte d'autres signes de présomption : la malade qui a allaité a pu être traitée pour une mastite aiguë. C'est depuis cette époque qu'elle souffre du sein par périodes. Et c'est PENDANT LES RÈGLES, PAR POUSSÉES, qu'avec les douleurs on a remarqué un accroissement de la tumeur.

Mais bien souvent on hésite.

En aucun cas il ne faut rester sur un doute. Il faut :

Pratiquer une incision exploratrice qui montrera les lésions de l'abcès chronique de Tillaux.

Evolution. — Après un temps plus ou moins long, après une *évolution par poussées,* le noyau peut suppurer. Rarement les ganglions participent à cette suppuration. Mais il n'est pas rare d'assister à *sa résorbtion.* *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 54, p. 890.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

LIPIODOL
du Docteur **LAFAY**
à 54 % d'Iode (en volume)
Sans aucune trace de chlore
54, Chaussée d'Antin PARIS (IXe)

R. C., 32.286, Seine.

LYSOL le plus puissant des antiseptiques, ne présentant aucun danger, est un savon liquide complètement soluble dans l'eau. Employé avec plein succès pour les accouchements et maladies de la femme.
SOCIÉTÉ DU **LYSOL**
IVRY (Seine).

CESSIONS DE
CLIENTÈLES MÉDICALES
Docteur GUILLEMONAT, Licencié en droit, Directeur.
Assurance gratuite de la RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE des REMPLAÇANTS
Service gratuit de REMPLACEMENTS
CABINET GALLET (38e ANNÉE)
47, Boul^d St-Michel, PARIS. *Tél. GOBELINS* 24.81
R.C. Seine 244.461

DÉSINFECTION INTESTINALE = CHLORAMINE FREYSSINGE
1 à 3 pilules à chaque repas. — 6, Rue Abel, PARIS. — Le flacon, en France,

Épilepsie !!
dans l'état actuel de la Science, les
Dragées Gelineau
(Bromure de potassium arsenical et Picrotoxine)
demeurent toujours
le remède le plus actif, le plus puissant à combattre l'Épilepsie
J. Mousnier, Sceaux (Seine) près Paris.

Sels de Lithine effervescents LE PERDRIEL
GOUTTE
GRAVELLE
RHUMATISMES
CARBONATE, BENZOATE.
BROMHYDRATE, SALICYLATE.
GLYCÉROPHOSPHATE, CITRATE.
SUPÉRIEURS à tous les autres dissolvants de l'acide urique par leur action curative sur la diathèse arthritique même.
SPÉCIFIER le nom LE PERDRIEL pour éviter la substitution de similaires inactifs.
LE PERDRIEL - PARIS 11, Rue Milton (9e)
R. C., 44.342, Seine.

OPOTHÉRAPIE
TOUTES MÉDICATIONS
Extr. HEPATe : doses, 1. Suppos. 1 à 4 ; sphér. 4 à 16.
EXTRAIT gastrique : 4 à 16 sphérulines pr jour.
EXTRAIT intestinal : 2 à 6 sphérulines par jour.
EXTRAIT pancréatique : 2 à 10 sphérul. p. jour.
EXTR. entéro-pancréatique : 1 à 4 sphérul. pr j.
SPHERULINES Thyroïdiennes (adultes) : 1 à 6.
BONBONS Thyroïdiens (enfants) : 1 à 4.
SPHERULINES ovariennes : 1 à 3.
SPHERULINES de poudre surrénale : 3 à 6.
SPHERULINES cholagogues à l'ext. de bile : 2 à 6.
MONCOUR, 49, av. Victor-Hugo, Paris-Boulogne.

TUBERCULOSE — ASTHME — ANEMIE — CHLOROSE — DIABÈTE
ARRHENAL
CHIMIQUEMENT PUR
ADRIAN

GOUTTES	à 2 millig.	12 à 20	par jour
AMPOULES	à 50 —	1 à 2	—
COMPRIMÉS	à 25 —	1 à 3	—
GRANULES	à 1 centig.	2 à 6	—

Préparé par les
LABORATOIRES du NUJOL
STANDARD OIL Co.
(New-Jersey)
NEW YORK



Agent de Vente
A.W.B. SCOTT
38, Rue du Mont-Thabor, PARIS.

Nujol *Contre la Constipation*
MARQUE DÉPOSÉE
Le Prototype de toutes les huiles de vaseline
Le Nujol est absolument pur, inodore et sans goût et possède un degré de viscosité exactement adapté à la physiologie de l'intestin.
Echantillon et brochures sur demande
BEDFORD PETROLEUM COMPANY
88, Avenue des Champs Elysées, PARIS.
ERG
R.C. Seine. 83.633.

CHARBON DE PEUPLIER sous forme de GRAINS ANISÉS de **CHARBON TISSOT**
Humectent, divisent, aseptisent, expulsent.
DIVISION du BOL ALIMENTAIRE
CONSTIPATION
et conséquences : MAUVAISES DIGESTIONS, MIGRAINES, LOURDEURS de TÊTE
HÉMORROÏDES, etc. — *Une cuillerée à café avalée comme des graines de lin, après chaque repas.*
Toutes Pharmacies. — Echantillons : PARIS, 34, BOULEVARD DE CLICHY (Service A).

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

ABONNEMENTS DE VACANCES

La Gazette des hôpitaux *met à la disposition de ses lecteurs des abonnements de vacances au prix de* 2 FRANCS *par mois pour MM. les Docteurs, du 1er juillet au 31 août, et des abonnements* GRATUITS *de deux mois pour MM. les Etudiants.*

Il ne pourra être accepté de changement d'adresse au cours de ces abonnements.

S'adresser directement aux bureaux du journal.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Le jury est définitivement composé de MM. May, Leveuf, Houdard, Lemeland, Ramadier, Chabrol, Bazy, Binet et Weissenbach.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Valence. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Kocher, E. Thiers et Prothon, tous trois ex-internes des hôpitaux de Lyon.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Poitiers. — M. le docteur Delaunay est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1er mai 1925.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère de l'Intérieur. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Knoeri, conseiller général de la Marne.

Ministère de la Guerre. — (Active.) *Grand officier.* — M. le médecin inspecteur général Rouget.

Au grade de commandeur. — M. le médecin inspecteur de Schuttelaere.

MM. les médecins principaux Thooris et Vuillaume.

Ministère de l'Instruction publique. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Garnier (de Nancy) et Voronoff (de Paris).

Ministère des Colonies. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Noël (de la Guadeloupe) et Monnier, médecin de colonisation à Madagascar.

(Armée coloniale.) *Au grade de chevalier.* — MM. les médecins aides-majors Meydien et Rossi.

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. Nguyen Si Dung, médecin auxiliaire de l'assistance médicale indigène en Annam.

Médailles d'argent. — MM. Alphand, médecin de l'assistance médicale indigène en Afrique occidentale française; Meydieu, médecin chef de section de prophylaxie au Gabon; Le Saint, médecin chef de section de prophylaxie au Moyen-Congo; Urvois, médecin chef de section de prophylaxie (Oubangui-Chari); Le Hur, médecin-major de 2e classe des troupes coloniales; Pinaud, médecin chef du Service de santé de la colonie du Niger.

M. Beaugeard, interne à l'hôpital Saint-Louis, à Paris.

M. Mabille, externe à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris.

Médailles de bronze. — MM. Mouriquand, médecin des hôpitaux à Lyon; Bui-Duc-Khang, médecin auxiliaire à l'hôpital consulaire à Yunnanfou (Yunnam).

MM. Bouvier, interne à l'asile public d'aliénés de Saint-Ylie; Gerbault, interne aux hospices civils de Nancy; Mlle Dreyfus-Sée, interne à l'hôpital Trousseau, à Paris; MM. Jouniaux, interne à l'hôpital civil de Versailles; Samama, interne en médecine à l'hôpital d'Amiens.

MM. Maître, externe à l'hôpital général de Dijon; Gagnière, externe à l'hôpital de la Croix-Rousse, à Lyon; Regnault et Janvier, externes à l'hôpital Trousseau, à Paris; Roulin et Jamet, externes à l'hôpital des Enfants-Malades, à Paris.

Mlle Huret, préparateur à l'Institut Pasteur de Tunis.

GUERRE. — (Armée active.) — Mutations :

Médecin principal de 1re classe. — MM. Coullaud, de l'hôpital militaire Villemin à Paris, est désigné comme médecin chef dudit hôpital.

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Vedrines, de l'armée française du Rhin, est affecté comme médecin chef de l'hôpital militaire de Perpignan et président de commission de réforme; Jeandidier, médecin des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire Percy, est affecté temporairement à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Fournereaux, des salles militaires de l'hospice mixte de Dijon, est désigné

comme médecin chef de ces salles militaires et président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Baron, de l'armée française du Rhin, détaché à la mission militaire française en Pologne, est affecté au gouvernement militaire de Paris (par ordre) et maintenu détaché à ladite mission; Vendeuvre, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au centre de réforme de Casablanca; Noirclaude, du 110e d'infanterie, est affecté au 31e d'artillerie divisionnaire du Mans; Théobalt, médecin des hôpitaux militaires, du laboratoire de bactériologie de Besançon, est affecté à l'hôpital militaire Percy, à Clamart.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Dordain, hors cadres, troupes d'occupation du Maroc, est réintégré dans les cadres et affecté au bataillon de la Légion étrangère en Indochine (volontaire).

Médecin aide-major. — M. Guerbert, de la division d'occupation de Tunisie, est mis hors cadres et affecté aux troupes d'occupation du Maroc (volontaire).

SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Un concours sera ouvert le 9 décembre 1925, à 9 heures, à l'Ecole d'application du Service de santé militaire de Paris, pour l'admission à vingt emplois de médecins aides-majors de 2e classe de l'armée active.

Les docteurs en médecine admis à concourir devront remplir les conditions ci-après indiquées :

1° Etre Français ou naturalisés Français;

2° Avoir eu moins de vingt-neuf ans au 1er janvier 1925, c'est-à-dire nés après le 1er janvier 1890. Cette limite d'âge sera élevée d'une durée égale au temps passé sous les drapeaux pendant la durée des hostilités;

3° Avoir satisfait aux obligations imposées par la loi sur le recrutement de l'armée;

4° Souscrire l'engagement de servir au moins pendant six ans dans le Corps de Santé de l'armée active, à partir de leur nomination au grade de médecin aide-major de 2e classe.

SECRÉTAIRES DE FACULTÉS. — Par arrêté en date du 11 juillet 1925, est nommé :

Secrétaire de la Faculté de médecine de l'Université de Paris : M. Magnin, sous-chef de bureau au ministère de l'Instruction publique.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE. — Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, sous la direction de M. le professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national, du 26 octobre au 20 novembre 1925, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire : MM. Arloing, Barjon, Bérard, Blanc-Perducet, Cordier, Courmont, Dumarest, Gardère, Gaté, Lannois, Mouisset, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy, Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon.

Le Comité national de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le docteur Paul Courmont.

LE BAIN DE THÉ. — Le nouveau bain, le bain à la mode, c'est le bain de thé. Il paraît qu'il constitue une hydrothérapie excellente.

Le thé doit être préparé avec soin et infusé suivant les meilleurs principes dans l'eau bouillante. Le séjour dans cette infusion de grande proportion est excellent pour la peau, qu'elle adoucit et qu'elle colore, par sa répétition quotidienne, d'une légère teinte ocrée fort à la mode en ce moment.

Le bain de thé doit être pris d'une façon régulière. Bientôt les établissements de bains l'offriront à tous leurs clients, il n'en faut point douter. (*Bruxelles médical.*)

COURS D'ORTHOPÉDIE DE M. CALOT A BERCK-PLAGE (Institut Calot, lundi 3 août 1925). — Avec exercices pratiques individuels. En une semaine, de 9 à 19 h. Enseignement de l'orthopédie indispensable aux praticiens. Pour médecins et étudiants de toutes nationalités. Le nombre des places étant limité, écrire dès maintenant au docteur Fouchet, clinique Calot, 69, quai d'Orsay, Paris, ou Institut Calot, Berck-Plage (Pas-de-Calais).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Bourdier (d'Arcachon).

LIVRES NOUVEAUX

Traité de stomatologie (1), publié sous la direction de MM. GAILLARD et NOGUÉ, t. VII, *Maladie de la bouche*, par le docteur R. NOGUÉ, professeur à l'Ecole française de stomatologie, stomatologiste de l'hôpital de la Charité.

Après un chapitre consacré à des considérations générales sur la cavité buccale dans lequel il montre l'importance au point de vue de la pathologie générale du carrefour respiratoire et digestif, M. Nogué aborde la séméiologie de la bouche.

Les signes tirés des modifications des diverses parties de la bouche, du degré de vascularité, de la température, de la modification des sécrétions buccales, des enduits buccaux, de l'état des gencives et des dents, de l'odeur, de la coloration sont étudiés de la façon la plus claire ainsi que les troubles de la sensibilité, de la motricité et l'état de la langue.

L'auteur passe ensuite en revue les maladies des lèvres et de la cavité buccale. Il établit notamment une classification des gingivo-stomatites avant de les étudier en détail.

Les maladies de la langue complètent cet excellent livre clair et pratique qui sera aussi utile aux praticiens qu'aux étudiants.

L. G.

Les fruits de France, historique, diététique et thérapeutique (2), par M. Henri LECLERC.

Les cures de fruits frais ne sont pas, comme on l'a cru longtemps, une invention germanique; de tout temps on a attribué en France, avec raison, une action bienfaisante aux beaux fruits de notre pays. L'auteur après avoir rappelé les travaux français parus sur cette question et sur la question des vitamines, passe en revue les fruits savoureux de nos vergers en les étudiant au point de vue alimentaire, diatétique et thérapeutique.

L. G.

Le traitement du diabète (3), par Marcel LABBÉ.

M. Marcel Labbé a l'art de présenter sous une forme attachante les questions les plus ardues, il a le grand talent de rendre clairs les sujets les plus confus et de donner une forme pratique aux théories scientifiques les plus compliquées. C'est dire avec quel intérêt sera lu ce petit volume qui en moins de 200 pages donne un aperçu exact du diabète, et expose son traitement, par insuline et ses cures de régime.

F. L. S.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Un vol. in-8. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.
(3) Un vol. in-8. — Prix . 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

FORMES ANATOMO-CLINIQUES DES CHOLÉCYSTITES CALCULEUSES [1]

Par Albert DURUY,
Interne des hôpitaux de Paris.

Evolution. — Il est de la plus haute importance de ne pas méconnaître une cholécystite scléro-atrophique. Par le traitement médical on prépare le malade à l'intervention qui seule préviendra les redoutables complications — évolution normale, semble-t-il, de l'affection.

Il en est une dont la crainte doit pousser à l'intervention précoce : *la descente du calcul dans le canal cholédoque*, car les grandes complications de la lithiase biliaire sont dès lors infiniment plus fréquentes.

La lithiase est passée au STADE HÉPATO-CHOLÉDOCIEN, le malade va devenir un *infecté* ou un *ictérique*, le pronostic opératoire est entièrement changé, la mortalité décuplée.

I. L'ANGIOCHOLITE SUPPURÉE transforme brutalement le tableau clinique. Brusquement le malade prend l'aspect d'un grand infecté. La fièvre apparaît, *fièvre bilio-septique* intermittente qui procède par grands accès pseudo-palustres durant six à huit heures et revenant tous les trois à six jours.

Pendant le frisson, l'hémoculture se montre positive (colibacille, streptocoque). Pendant l'accès, la leucocytose à polynucléaires est intense.

Le facies du malade prend une teinte terreuse parfois subictérique. Le foie est gros et douloureux, la rate tuméfiée. Devant ces signes l'infection biliaire est certaine. Mais il est cliniquement impossible d'en distinguer la forme : angiocholite suppurée simple ou compliquée d'abcès miliaires du foie, ou pyléphlébite suppurée?

Le malade meurt au bout d'un temps variable des seuls progrès d'une déchéance rapide ou des localisations multiples de la septicémie biliaire : *Pleurésie purulente droite*, *broncho-pneumonie*, endocardite, végétante, abcès du cerveau, arthrites purulentes, néphrite.

II. L'ICTÈRE CHRONIQUE PAR RÉTENTION est la complication la plus habituelle.

A. *Tantôt il relève de l'enclavement du calcul dans le cholédoque*, et c'est alors un ictère variable, douloureux, fébrile. L'existence de la cholécystite scléro-atrophique est d'une importance capitale pour le diagnostic de l'obstruction calculeuse. Rétractée par la sclérose, bridée par la péricholécystite la vésicule ne se dilate pas : signe de Courvoisier et Terrier. Ouvrant ici une parenthèse, nous insisterons sur la fréquence des calculs du cholédoque sans ictère. Systématiquement au cours de toute intervention sur la vésicule on doit explorer la voie biliaire principale même quand aucun signe clinique n'a été relevé en faveur d'un calcul cholédocien.

B. *Tantôt il est lié à la pancréatite chronique*. Ictère du type néoplasique progressif et continu, il va sans rémissions, sans fièvre ni douleurs, foncer jusqu'au vert noir s'accompagnant d'une profonde cachexie.

III. AILLEURS DES ACCIDENTS DRAMATIQUES SURVIENNENT : *pancréatite aiguë*, hémorragique ou suppurée d'un redoutable pronostic, *iléus biliaire* où le calcul passé dans l'intestin à la faveur de l'ulcération des parois de la vésicule et du côlon ou du duodénum soudées par des adhérences détermine une occlusion aiguë le plus souvent mortelle.

IV. SI LE MALADE ÉCHAPPE A TOUS CES ACCIDENTS le pronostic n'est guère meilleur. La cholécystite évolue par poussées aiguës successives (que nous étudions plus loin). Les douleurs constantes provoquent l'habitude des piqûres, entraînent la *morphinomanie*. L'amaigrissement devient extrême; lentement, insidieusement le pancréas et le foie se désorganisent (pancréatite scléreuse, cirrhose calculeuse).

Enfin dans nombre de cas, LE CANCER, conséquence là encore d'une irritation chronique (théorie de Menetrier) est au terme de l'évolution. Tout signe de cholecystite apparaissant à un âge avancé doit être tenu pour suspect. Il faut se défier du cancer chez un vieux lithiasique qui après une longue accalmie, pendant laquelle il a cru à la guérison, se remet à souffrir ou à maigrir sans interruption. Il est évident que l'œdème malléolaire, la tuméfaction vésiculaire dure, lourde, douloureuse viennent trancher le diagnostic.

Ainsi ces cas de cholécystite scléro-atrophique, ces cas de « *lithiase mal tolérée* » (Papin) constituent une indication opératoire des plus précises

Par le traitement médical ou prépare le malade à subir l'intervention.

Enfin, il est de toute nécessité de procéder à un examen minutieux des organes du patient : cœur, reins, *foie*, *pancréas* avant de l'adresser au chirurgien. Le degré d'insuffisance hépatique, le degré d'insuffisance pancréatique rendent compte de la *résistance* du sujet *au shock opératoire*, donnent le pronostic immédiat.

Cholécystites aiguës. — Les cholécystites aiguës lithiasiques ne sont le plus souvent qu'une poussée aiguë ou subaiguë sur une cholécystite chronique.

Déjà, il n'est pas rare au cours d'une crise de colique hépatique de déceler par les recherches hématologiques une minime réaction d'infection : leucocytose à 12 ou 15.000 avec polynucléose à 70 p. 100 (Parmentier, Lutier et Salignat, Montceaux). Le point douloureux, la légère tuméfaction vésiculaire qui succèdent au paroxysme peuvent être attribués à une cholécystite, et pour nombre d'auteurs, la colique vésiculaire colique non expulsive relève de poussées répétées de cholécystite catarrhale.

Dans d'autres cas, l'on croit à une distension intermittente de la vésicule alors qu'il ne s'agit en réalité que d'une cholécystite avec réaction de péricholécystite, d'une « *pseudo-colique hépatique* » (Hartmann) ou d'une poussée de péritonite sous-hépatique (Riedel, Tripier et Paviot). L'élévation de température, la contracture de défense de la région sous-hépatique, le léger météorisme de l'abdomen, sont autant d'arguments en faveur de cette conception.

Il n'est donc pas toujours facile de distinguer le simple spasme fonctionnel, le trouble mécanique, des accidents inflammatoires, et de fait ils coexistent souvent.

La véritable cholécystite aiguë lithiasique, poussée

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 55, p. 897.

aiguë ou subaiguë greffée sur une cholécystite chronique, « CHOLÉCYSTITE CHRONIQUE SUPPURÉE » (Hartmann) possède une symptomatologie plus tranchée.

Début. — Une douleur vive survient dans la région sous-hépatique, le malade vomit, la température s'élève à 38°5, 39 degrés.

Etat. — Et ces phénomènes sont manifestement inflammatoires.

La douleur n'est plus paroxystique comme dans une simple crise de colique hépatique. Mal calmée par la morphine, elle s'accroît de façon continue. Lancinante, elle devient pulsatile. Elle irradie à l'épigastre, DANS LE FLANC DROIT, parfois à la région lombaire, à la fosse sus-épineuse. Elle est exagérée par la toux, l'inspiration profonde, le moindre contact l'exaspère.

Les vomissements persistent.

La constipation est de règle.

La fièvre est à 39 degrés, 40 degrés.

Le pouls reste le plus souvent normal à 70, 80.

Localement la région sous-hépatique est douloureuse au palper. L'hyperesthésie cutanée, la contracture de défense y interdisent toute palpation profonde. La respiration abdominale bien que diminuée n'est pas abolie.

Les urines enfin sont peu abondantes. Systématiquement on y recherche les pigments biliaires; l'urobiline.

Evolution. — Tout peut en rester là et en trois ou quatre jours le malade peut être guéri. Plus souvent :

La douleur S'ATTÉNUE DE FAÇON PROGRESSIVE sous les applications chaudes :

La température descend à 38 degrés, 37°5 en lysis, affectant une *courbe en dôme, en colline*. C'est une « *température d'abcès* » (Villard et Perrin) qui s'oppose *au clocher* de la fièvre cholédocienne. Mais cette courbe est irrégulière, souvent sur elle se détache une brusque poussée à 40 degrés.

Le malade est pâle, les traits tirés, il maigrit rapidement ; souvent un léger subictère apparaît aux conjonctives témoignant d'une angiocholite ou d'une hépatite associée. De façon inconstante on peut trouver de la polynucléose sanguine, qui complète ce tableau d'infection.

L'*abdomen* est un peu météorisé, la contracture diminue à droite et l'on peut sentir sous le rebord costal une *tuméfaction* qui parfois se dessine en une voussure soulevant la paroi. Il faut se garder d'affirmer une distension vésiculaire : c'est un véritable *gâteau à limites diffuses*, douloureux dans toute son étendue. Sa matité se continue en haut avec celle du foie. Il s'étend plus ou moins loin en bas : *plastron de péricholécystite* ou *appendicite sous-hépatique* ?

Et dans certains cas le diagnostic est encore plus malaisé. Le processus inflammatoire s'est étendu au grand épiploon, le plastron dépasse l'ombilic, *envahit la fosse iliaque droite*, peut même être séparé du foie par une bande de sonorité colique. Mais toujours la défense musculaire est plus marquée dans la région sous-hépatique ; c'est là aussi qu'est le maximum douloureux, douleur qui s'accroît aux inspirations profondes.

ON ÉTUDIE LES ANTÉCÉDENTS DU MALADE pour retrouver le point de départ des lésions. Mais ce sont les signes de la cholécystite scléro-atrophique et ils peuvent tout aussi bien avoir pris l'aspect d'une affection intestinale que d'une affection gastrique.

ON POURRA PROCÉDER AU TUBAGE DUODÉNAL : la bile B franchement purulente contient des polynucléaires altérés et des microbes (Gosset et Lœwy).

Quoi qu'il en soit, l'évolution du plastron tranche le diagnostic. Sous l'influence du repos, de la glace, *il fond de bas en haut* jusqu'à former une tuméfaction sous-hépatique qui disparaît peu à peu. La poussée aiguë a durée dix, quinze jours ou plus.

Elle peut être plus insidieuse encore : le plastron se développe sans crise aiguë.

Il semble donc que l'évolution d'une telle affection soit essentiellement bénigne et qu'un traitement uniquement médical puisse lui être appliqué. Mais tôt ou tard viendront forcer la main du chirurgien *des récidives*. La marque essentielle de la cholécystite chronique suppurée, est en effet cette évolution *par poussées successives* pendant lesquelles le malade est plus que jamais exposé à une complication.

Complications. — LA PÉRITONITE BILIAIRE. — Dans le péritoine sus-mésocolique que des adhérences anciennes cloisonnent encore plus, la perforation de la vésicule ne peut produire qu'une péritonite enkystée. La rareté des péritonites aiguës diffuses oppose nettement cholécystite et appendicite et rend compte des différences dans la conduite opératoire. Il faut d'ailleurs insister sur la diminution considérable de ces cas de péritonite enkystée depuis que les indications de la cholécystectomie sont mieux connues.

Cliniquement, une poussée aiguë se prolonge, l'état général s'aggrave, la fièvre oscille, on a l'impression d'une suppuration profonde. L'on intervient : une nappe purulente se trouve entre la vésicule et le foie. Ou bien, peu à peu les signes physiques se précisent : un abcès sous-phrénique, ou plus souvent un abcès sous-hépatique se développent. Il faut opérer rapidement, sinon la suppuration envahit la paroi abdominale, produit un phlegmon profond qui va s'ouvrir à la peau au-dessous de l'hypocondre : *fistule biliaire externe* avec ou sans écoulement de bile.

Souvent le foyer périvésiculaire évolue vers le tube digestif : exceptionnellement l'estomac, rarement le côlon, duodénum le plus souvent. Ainsi est créée une *fistule biliaire interne* qu'une débacle de pus et de selles contenant parfois le calcul, l'affaissement de la collection viennent signaler.

Nombreux sont les aspects cliniques des péritonites biliaires.

Nous insisterons sur les *formes latentes* où sans réaction fébrile, se constitue, lentement à bas bruit, le foyer enkysté que l'on diagnostique seulement à l'occasion de son ouverture.

Un malade par exemple, consulte pour un phlegmon de la paroi dans la région de l'hypocondre. On incise, un trajet conduit à une collection suppurée en rapport avec la vésicule perforée. Tel autre malade consulte pour une fistule de l'hypocondre, séquelle d'un abcès de la paroi incisé. Après incision du trajet fistuleux on découvre une vésicule perforée et adhérente. Tel autre malade enfin est amené en état d'occlusion : l'opération ou l'autopsie en montrent seules la cause.

L'ANGIOCHOLITE associée à la cholécystite n'est pas rare. L'ictère ou le subictère qui accompagne les poussées aiguës se rencontre si souvent et est d'un tel intérêt pour distinguer la cholécystite de l'appen-

dicite, que nous l'avons déjà mentionné aux symptômes. Une question pathogénique peut être soulevée à ce propos : *S'agit-il d'angiocholite ou d'hépatite?*

Quant à l'angiocholite suppurée des grandes voies, à la septicémie biliaire, c'est tout exceptionnellement qu'on la verra compliquer une poussée aiguë. Toujours dans ce cas il faudra suspecter une lithiase associée de la voie principale.

Formes cliniques. — Nous citerons à peine *la choléystite suppurée survenant chez un malade ictérique,* par calcul enclavé du cholédoque. C'est au cours généralement de la grande infection des voies biliaires que se produit ce réveil de cholécystite, dont les symptômes restent perdus au milieu de la gravité des signes généraux. Nous insisterons beaucoup plus sur d'autres formes plus intéressantes.

La forme suraiguë, cholécystite à forme aiguë infectieuse, *pancholécystite* (Lecène) survient fréquemment sur une vésicule à peine touchée. . .

Au lendemain d'une crise de colique hépatique SOUVENT LA PREMIÈRE (Papin), la douleur persiste intense au creux épigastrique irradiant vers l'épaule droite vers la région lombaire. Le malade vomit; ni matières ni gaz. La céphalée, la prostration, ou le délire, la sécheresse de la langue indiquent la gravité de l'affection. La température à 40, le pouls rapide qui bat à 110 irrégulier, la diminution de la respiration abdominale, la contracture intense qui empêche de sentir la *tumeur vésiculaire*, la douleur exquise dans une zone d'hypéresthésie, confirment l'impression première. Si l'intervention que dictent *la possibilité d'une appendicite sous-hépatique, la crainte d'une perforation* n'est pas tentée d'urgence, il faut étroitement surveiller le malade. Pour peu que la douleur devienne plus diffuse, que la *contracture s'étende progressivement,* que la température et le pouls s'élèvent, l'indication opératoire est formelle.

La forme perforante d'emblée n'a été bien décrite que dans de récents travaux (Cotte et Arnaud, Marconnet, Thébault, Delahaye, Gosset Desplas et Bonnet) qui sont venus en préciser l'histoire, en montrer l'extrême gravité. Comme pour une perforation gastro-duodénale c'est d'un traitement d'urgence que dépend la vie du malade.

Il s'agit le plus souvent d'une femme de cinquante à soixante ans qui brusquement ressent une douleur atroce, localisée à la région sous-hépatique, irradiant à l'épigastre aux lombes. Des vomissements l'accompagnent parfois.

Si l'on est appelé à ce moment quelques signes écartent le diagnostic de colique hépatique que l'on serait tenté de poser chez cette lithiasique d'ancienne date : ce sont l'atrocité de la douleur, douleur de perforation, l'état de shock de la malade, enfin et surtout *l'existence d'une zone de contracture localisée* dans le quadrant supérieur droit de l'abdomen. C'est une zone indurée qui donne l'impression d'un « *disque de métal glissé dans la paroi* », zone douloureuse, zone qui ne suit pas les mouvements respiratoires de la paroi abdominale, zone qui par sa rigidité contraste avec la souplesse de la fosse iliaque droite et du reste de l'abdomen.

Sur ces signes, l'on doit opérer.

Mais lorsqu'on voit la malade, quelques heures le plus souvent se sont déjà écoulées. Les signes sont bien moins dramatiques; elle souffre moins, la douleur a diffusé à tout l'abdomen, l'état de shock a disparu. Un signe cependant à lui seul indique l'urgence de l'intervention : *la contracture généralisée de la paroi qui ne respire plus.*

La localisation première de la douleur, les antécédents vésiculaires décident du siège de l'incision. A ces signes il faut ajouter l'ictère d'intensité variable qui très souvent apparaît dès les premières heures.

Il est cependant des cas moins nets : la douleur d'emblée ou presque a siégé *dans la fosse iliaque droite*, la malade répond mal, les antécédents se bornent à des crampes gastriques.

Perforation appendiculaire, vésiculaire ou gastro duodénale? Et si le maximum de douleur et de contracture sus-ombilical est contre l'appendicite perforante, c'est toujours le même problème qui est à discuter, celui des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. Mais ici le temps presse : plus qu'un diagnostic causal c'est un diagnostic topographique qu'il importe de faire.

La perforation est-elle sus ou sous-ombilicale? De toute urgence il faut opérer quitte à redresser le diagnostic après l'incision. Sinon de la huitième à la douzième heure, *plus rapidement que dans les perforations gastro-duodénales*, l'abdomen se ballonne, le facies se grippe, la température et le pouls se dissocient, la péritonite est diffusée inopérable.

Le pronostic des perforations vésiculaires est d'une gravité effroyable.

Le pourcentage de mortalité post-opératoire s'élève à 52,2 p. 100 dans l'ensemble, nettement supérieur à celui des perforations gastroduodénales. Et ceci se conçoit si l'on songe à l'extrême septicité du contenu de ces vésicules infectées depuis longtemps.

La forme septique est tout particulièrement grave. La maladie évolue presque sans élévation de température, le facies est plombé, la langue sèche, le pouls petit et mou, l'abdomen météorisé. La mort survient souvent dans le collapsus en dépit même de l'intervention.

La forme gangréneuse est rare dans la lithiase; elle évolue sous l'un des types précédents.

Telles sont donc les formes cliniques des cholécystites calculeuses. Des formes chroniques aux formes aiguës, un même diagnostic à discuter toujours : l'APPENDICITE.

Reste à étudier maintenant l'association des deux lésions, l'*appendiculo-cholécystite* de Dieulafoy. Aussi souvent d'ailleurs que de cholélithiase il s'agit de cholécystite non calculeuse et leur distinction clinique est fort malaisée; ce n'est dans bien des cas qu'après laparatomie que l'on peut reconnaître l'existence des calculs.

La question des rapports de la cholécystite et de l'appendicite a été très discutée : y a-t-il seulement coïncidence entre les deux affections, ou l'une des deux est-elle consécutive à l'autre. « Je crois pour ma part », dit le professeur Chauffard dans ses leçons, « que la vésicule commence plus souvent que l'appendice mais il peut parfois être délicat de faire la part des deux processus ». Les observations du professeur Hartmann ne lui permettent pas de prendre parti : « Le seul point qui importe est *la nécessité de penser à la coïncidence possible des deux affections*, coïncidence peut-être plus fréquente qu'on ne le croit » écrit-il dans ses travaux de chirurgie des voies biliaires. Enriquez pense que dans la plupart des faits l'appendicite est la première en date. Durand et Binet

concluent de leur statistique que dans un peu moins de la moitié des cas l'affection biliaire était contemporaine de l'affection appendiculaire, l'appendicite ayant été seule reconnue, dans un peu plus de la moitié des cas l'appendicite paraît nettement précéder la cholécystite.

Cliniquement, tantôt il s'agit d'accidents aigus où il est impossible de distinguer l'une ou l'autre affection : tout le flanc droit est douloureux, tantôt une crise appendiculaire franche succède à une crise vésiculaire typique (ou réciproquement) à quelques jours ou quelques semaines de distance.

Ailleurs il s'agit d'un état chronique où les phénomènes douloureux se manifestent et dans la fosse iliaque droite, et dans la région sous-hépatique. Toujours dans ces cas l'on pensera à la *cholécystite associée* : tous les examens spéciaux seront mis en œuvre pour reconnaître s'il s'agit d'une *périviscérite des organes du carrefour*, consécutive à une épiploïte, ou de l'association d'une *cholécystite*, d'un *ulcus gastro-duodénal*. C'est par exclusion seulement que l'on peut admettre l'existence de troubles hépatiques ou gastriques réflexes. La méconnaissance de la cholécystite, car c'est presque toujours elle qu'on ignore, pour ne voir que l'appendicite, expose à bien des déboires. Le malade après l'intervention s'étonne de n'être pas soulagé ou de l'avoir été seulement un temps, et proclame l'inutilité de l'opération.

Nombre de « *séquelles de l'appendicectomie* » (Enriquez) ne reconnaissent d'autre cause qu'un diagnostic incomplet qui a entraîné une opération incomplète elle aussi.

La sanction pratique de ces faits est la suivante : chaque fois qu'une intervention est pratiquée pour une appendicite aiguë ou chronique, et qu'existe le moindre doute sur la possibilité d'une affection vésiculaire associée, l'incision doit être assez haute pour permettre l'exploration facile de l'un et l'autre organe.

Nous insisterons encore en terminant sur la prudence avec laquelle il faut poser le diagnostic de cholécystite lithiasique.

Là où l'on a annoncé l'extraction de calculs, « l'opération peut très bien ne faire trouver qu'une inflammation chronique d'une vésicule DÉSHABITÉE. La chirurgie biliaire est une chirurgie A SURPRISES » (Chauffard). Enfin des travaux récents (Chiray et Semmelaigne, Brulé et Garban, Durand et Binet) ont bien montré la fréquence des *cholécystites non calculeuses*, d'origine intestinale dans la plupart des cas. En matière de lithiase, seul peut compter un examen positif. Il n'existe qu'un signe de certitude absolue, la constatation de calculs à la radiographie ou dans les selles auquel il faut ajouter un signe presque décisif, de connaissance récente (Chiray et Blum), la présence de calculins à l'examen macroscopique et microscopique du liquide duodénal.

Ainsi, grande est la difficulté du diagnostic étiologique d'une cholécystite. Est-elle calculeuse ou non? L'erreur est fréquente, nous n'en citerons pour preuve que certains cas de *cholécystite typhique*, de *cholécystite dite gravidique*, où il ne s'agit en réalité que de cholélithiase aggravée et compliquée d'accidents aigus.

BIBLIOGRAPHIE

Pour l'ensemble. — CHAUFFARD. *La Lithiase biliaire*, Masson, 1922.

HARTMANN. *Chirurgie des voies biliaires*, Masson, 1923.

FIESSINGER. Art. LA LITHIASE BILIAIRE, in *Traité de médecine* Sergent.

Pour l'anatomie pathologique. — LECÈNE. Les lésions microscopiques de la vésicule biliaire lithiasique, *Presse méd.*, 6 déc. 1913; — Ce que nous a appris la chirurgie de la vésicule biliaire, *Journ. méd. franç.*, avril 1914.

GOSSET, LŒWY et MAGROU. Un mode de formation des calculs de cholestérine, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1920; — Sur le mode de formation des calculs de cholestérine, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, déc. 1921.

GOSSET. Sur les indications de la cholécystectomie, *Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1922, p. 546.

RENAUD. Etude anatomopathologique des cholécystites, in Hartmann. *Loc. cit.*

Pour la clinique. — PAPIN. Le traitement chirurgical de la lithiase biliaire, *Journ. de méd. de Bordeaux*, 10 mars 1925 (où l'on trouve les renseignements les plus précieux pour la présentation clinique d'ensemble).

I. ***Lithiase vésiculaire simple.*** — LINOSSIER. La diarrhée prandiale des biliaires, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1907.

MOYNIHAM. Cholélithiasis : its early recognition and its early surgical treatment, *Practitionner*, London, déc. 1908.

LOEPER. *Leçons de pathologie digestive*, 1914.

LOEPER et FORESTIER. L'estomac des biliaires, *Journ. méd. franç.*, août 1920, p. 327 (où l'on trouve une bibliographie importante).

BINET. Le syndrome clinique initial de la lithiase biliaire, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1921, p. 242.

GILBERT. La colique vésiculaire, *Presse méd.*, 1906; — *Journ. méd. franç.*, avril 1914.

GILBERT, CARNOT et JOMIER. Rapport au *Congrès de méd.*, Genève 1908.

PARTURIER. La colique vésiculaire, *Th. de Paris*, 1910.

VILLARD et COTTE. De l'hydropisie intermittente de la vésicule par oblitération du canal cystique, *Revue de chir.*, Paris, janv.-fév. 1906.

II. ***Lithiase vésiculaire compliquée.*** — *A*. **Hydrocholécyste.** — MOCQUOT. L'état de la vésicule dans les obstructions des voies biliaires, *Th. de Paris*, 1909.

VILLARD. Hydropisie de la vésicule biliaire, *Th. de Paris*, 1910.

PARTURIER. Séméiologie de la vésicule biliaire, *Journ. méd. franç.*, avril 1914.

GOSSET, LŒWY et MESTREZAT. Sur la nature de la bile blanche dans les cas d'hydropisie de la vésicule par oblitération du cystique, *Presse méd.*, 8 juin 1921.

B. **Cholécystite scléro-atrophique.** — **1° Symptômes.** — SOUPAULT et SALIGNAT. Le syndrome pylorique chez les lithiasiques hépatiques, *Bull. méd.*, Paris, mai 1904.

HOUDARD. Les troubles dyspeptiques d'origine biliaire, *Th. de Paris*, 1904.

SALIGNAT et FOUCAULT. Les dyspepsies des lithiasiques biliaires, *Gaz. des hôpit.*, 19 mai 1908.

LOEPER. Les douleurs gastriques des biliaires, *Monde méd.*, 1913; — Loc. cit.

ENRIQUEZ, BINET et DURAND. Les crises gastro-vésiculaires, *Presse méd.*, 9 juillet 1921.

ENRIQUEZ et CARRIÉ. Le diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique, *Journ. méd. franç.*, janv. 1923.

ENRIQUEZ et DURAND. *Ulcères de l'estomac et du duodénum*, sept. 1923, Masson.

LONGUET. Traitement chirurgical de l'angiocholécystite non calculeuse, *Th. de Paris*, 1896.

EINHORN et MEYER. Diagnosis and treatment of recurrent cholecystis without stone, *Medical Record*, New-York, 7 août 1920.

CHIRAY. Les trois cholécystites chroniques, *Journ. méd. franç.*, mai 1923.

CHIRAY et SEMMELAIGNE. La cholécystite chronique non calculeuse, *Presse méd.*, 12 août 1922.

SEMMELAIGNE. Id., *Th. de Paris*, 1922.

RAMOND. La douleur appendiculaire au cours de la lithiase biliaire, *Médecin franç.*, 1er juin 1921.
DURAND et BINET. Appendicite et cholélithiase, *Monde méd.*, 1er juin 1922.
ENRIQUEZ. Séquelles de l'appendicectomie, *Acad. de méd.*, 10 mars 1920.
BRULÉ et GARBAN. Hépatites et cholécystites d'origine intestinale, *Presse méd.*, 3 mars 1923.
FIESSINGER. Le diagnostic des cholécystites à vésicules déshabitées, *Journ. des prat.*, 1923, p. 267.
DURAND et BINET. Les typhlocholécystites chroniques, *Médecine pratique*, 31 mars 1924, et *Presse méd.*, 4 mars 1925.

2° **Radiologie.** — MAINGOT. Radiodiagnostic de la lithiase biliaire, *Th. de Paris*, 1909.
COLOMBIER. L'examen radiologique des voies biliaires, *Th. de Paris*, 1914.
DUVAL, GATELLIER et BÉCLÈRE. Etude radiologique des voies biliaires normales et lithiasiques, *Arch. des mal. de l'app. dig.*, déc. 1922.
DUMONT. Le radiodiagnostic de la lithiase biliaire, *Vie méd.*, 1922, p. 1551.
LAROCHE et RONNEAUX. L'exploration radiologique des voies biliaires, *Journ. méd. franç.*, mai 1923.

3° **Tubage duodénal.** — CHIRAY et BLUM. Sur la valeur séméiologique des calculins du liquide duodénal dans le diagnostic de la lithiase biliaire, *Presse méd.*, 14 oct. 1922.
CHIRAY et LEBON. *Le Tubage duodénal*, Masson, 1924.
CHIRAY et MILOCHEWITCH. *Diagnostic et traitement des maladies de la vésicule biliaire par l'excrétion vésiculaire provoquée*, Masson 1924. (Bibliographie complète dans ces deux ouvrages.)
CHIRAY et TRIBOULET. Etude cytologique du suc duodénal prélevé par tubage, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 24 avril 1925.
CHIRAY, BENDA et MILOCHEWITCH. Le tubage duodénal dans le cancer de l'ampoule de Vater, *Paris méd.*, 1924, n° 20.
GOSSET et LŒWY. Valeur diagnostique de l'exploration des voies biliaires au moyen du tubage duodénal, *Soc. de chir.*, 15 fév. 1922.
GAMBILLARD. Tubage duodénal en pathologie hépatique, *Th. de Paris*, 1924.
CHABROL, BÉNARD et GAMBILLARD. Le diagnostic de la lithiase biliaire par le tubage duodénal, *La Médecine*, juillet 1924; — Le tubage duodénal en pathologie hépatique et biliaire, *Journ. méd. franç.*, déc. 1924.
LABBÉ, DE MOOR et NEPVEUX. L'épreuve de Meltzer-Lyon, *Journ. méd. franç.*, déc. 1924.

C. **Cholécystites aiguës.** — 1° **Accidents mixtes : mécaniques et infectieux.** — LUTIER et SALIGNAT. *Soc. de méd. de Paris*, 11 avril 1913.
HARTMANN. Anatomie et chirurgie des voies biliaires, *Bull. de la Soc. anat.*, Paris, juillet 1891.
TRIPIER et PAVIOT. Pathogénie péritonitique de la colique hépatique et des crises douloureuses épigastriques, *Semaine méd.*, 28 janv. 1903.

2° **Cholécystite suppurée.** — LONDE. Art. PÉRITONITE BILIAIRE, in *Traité de médecine* Widal, Roger et Teissier.
TRÉMOLIÈRES et CAUSSADE. Art. PÉRITONITE BILIAIRE, *Traité de médecine* Sergent.
BRULÉ. *Recherches sur les ictères*, Masson.
MAC CARTY et JACKSON. The relation of hepatitis to cholecystitis, *Minnesota med.*, 1921, p. 377.

3° **Cholécystite perforante.** — GOSSET, DESPLAS et BONNET. Les perforations de la vésicule biliaire lithiasique en péritoine libre, *Journ. de chir.*, mars 1925 (où l'on trouvera la bibliographie complète).

4° **Cholécystite gangréneuse.** — ZUBER et LEREBOULLET. Cholécystite calculeuse, perforation, péritonite localisée à pus fétide, présence de microbes anaérobies dans le pus, *Gaz. hebd. de méd.*, 18 déc. 1898.
HALLÉ et MARQUÉZY. Cholécystite perforante et gangréneuse à bacillus perfringens, *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1922, p. 49.

ACTUALITÉS

TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE

La pneumonie, maladie à évolution cyclique, semble le type d'affection sur lequel la thérapeutique a le moins d'action. C'est, au moins, la conclusion que semble comporter l'examen des divers traitements tour à tour mis en œuvre, tant par empirisme que par application de conceptions doctrinales. L'examen de statistiques un peu importantes ne les montre, en effet, guère modifiées quel que soit le traitement.

Il s'en faut, cependant, que le rôle du médecin soit nul. Non seulement l'examen quotidien ne doit laisser passer aucun signe de complications mais ces dernières doivent être prévues; un traitement préventif permet d'en atténuer la gravité. De même une thérapeutique préventive réduit au minimun certains symptômes au cours de l'évolution, dont l'exagération ou la persistance peuvent mettre la vie en danger.

Récemment enfin, les ressources nouvellement acquises de la thérapeutique anti-infectieuse ont permis de concevoir à nouveau la possibilité d'agir directement sur l'évolution de la pneumonie en l'empêchant ou en l'abrégeant. Si le recul manque encore pour juger, il n'en reste pas moins que ces méthodes récentes peuvent dès maintenant jouer, dans un nombre de cas d'ailleurs restreint, un rôle utile.

HYGIÈNE GÉNÉRALE. — Quelles que soient la forme clinique et l'évolution qu'elle semble présager, un certain nombre de précautions générales s'imposent sur lesquelles nous n'insisterons pas.

Le malade devra demeurer au lit jusqu'à ce que la défervescence soit achevée depuis plusieurs jours; l'atmosphère de la chambre sera fréquemment renouvelée et la pratique de *fenêtre entr'ouverte* ne peut qu'être conseillée toutes les fois que la température le permet, à la condition que le lit du malade soit préservé des courants d'air. Le traitement en plein air conseillé par certains auteurs américains est réservé à des climats particulièrement cléments. Les *pulvérisation antiseptiques* (térébenthine, créosote), influencent heureusement la respiration du malade.

L'alimentation sera exclusivement lactovégétarienne. Pendant toute la période aiguë on devra donner des *boissons en abondance*; elles pourront servir de véhicule à l'alcool dont la place est si grande dans le traitement. Chez des sujets adultes non tarés antérieurement on devra faire prendre *environ deux litres* de liquides par jour, quantité qu'il faudra réduire si le rein a été antérieurement atteint ou si le cœur doit être protégé contre toute surcharge.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Il est sensiblement le même pour toutes les formes de la pneumonie et c'est par son moyen que les complications seront prévues et évitées (dépression générale, défaillance cardiaque. asphyxie).

Une *purgation* dès le début du traitement est toujours indiquée et il est indispensable de veiller pendant toute l'évolution de la pneumonie à la régularité des selles.

Plus important encore est le rôle des *toniques*

généraux (acétate d'ammoniaque, café, kola). Mais c'est surtout *l'alcool* dont l'importance est prépondérante ; on doit pour un adulte normal tabler sur une ration quotidienne de 100 grammes environ ; on l'administrera en nature ou sous forme de potions diverses dont la potion de Tood est la plus habituelle ; mais on devra au moins en doubler la teneur habituelle en alcool (40 gr.) ce qui n'empêchera pas d'administrer concurremment de l'alcool dans d'autres véhicules.

Le camphre, à employer en injections sous-cutanées ou intramusculaires d'*huile camphrée,* éthérée ou non est un élément cardinal du traitement de la pneumonie où il joue un rôle double de stimulant, à l'égard du système nerveux en même temps que de l'appareil circulatoire. Jusqu'à ce que la crise de la défervescence soit terminée on devra l'employer largement.

A côté du camphre, les *tonicardiaques* proprement dits gardent toute l'importance de leur rôle. Ils devront être employés *pendant toute la période aiguë* en raison de l'importance primordiale qu'il y a d'assurer au cœur la résistance correspondant au surcroît de travail dû à l'hépatisation pulmonaire. C'est surtout à la *digitale à dose d'entretien* que l'on s'adressera (V à VIII gouttes de digitaline ou doses correspondantes d'autres préparations) ; on devra au contraire s'abstenir des strophantus de toute variété.

La *spartéine* (cinq à dix centigrammes) peut aussi rendre des services, associée ou non à la strychnine ; on a préconisé également les injections d'adrénaline dont l'effet est rapide mais passager.

Il faut au contraire dans les formes habituelles faire toutes réserves sur l'emploi de la caféine en raison de ses effets excitants sur le système nerveux et de sa brutalité d'action sur un myocarde qu'il importe de ménager.

A noter l'importance qu'il y a, lorsque le cœur menace de céder, à réduire la ration en liquides, quelle qu'en soit la voie d'introduction, afin d'éviter la surcharge cardiaque et l'apparition d'œdème pulmonaire.

Les réactions du système nerveux, habituellement peu inquiétantes, peuvent cependant s'exagérer parfois.

Tantôt c'est *l'agitation* qui prime et qu'on devra combattre par des *bains tièdes* à 32 degrés d'une durée de dix à quinze minutes. Si l'on ne peut donner de bains on pourra lutter contre l'excitation nerveuse par l'application de glace sur la tête, par l'administration de *bromure de potassium* (un à deux grammes par jour, en potion). Mais tous ces moyens thérapeutiques trouvent une *contre-indication* formelle dans la moindre tendance au *collapsus cardiaque.* Il ne faudra donc y avoir recours qu'avec la plus grande prudence en raison de leur dangereuse action dépressive sur le cœur. On pourra également recourir aux hypnotiques ou aux opiacés (véronal, vingt-cinq centigrammes ; morphine un centigramme. Ces extraits d'opium totaux contenant de la narcotine ont l'avantage de présenter un moindre effet dépressif. Lorsque le délire nécessite des doses opiacées trop fortes on peut avoir avantage à se servir *d'hyoscine* (un dixième de milligramme) calmant du système nerveux et stimulant des centres respiratoires (Waldbott).

D'autres fois le malade est *adynamique.* On donnera alors de la *strychnine* (un à deux milligrammes). Dans ces cas aussi, la *caféine* (vingt-cinq centigrammes) dont il faut s'abstenir dans les formes habituelles pourra rendre des services par son action générale.

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE. — Au contraire du traitement général il n'a d'autre indication que celle de chaque cas particulier — son efficacité dépend uniquement de l'appropriation aux nécessités cliniques.

La *douleur* n'existe le plus souvent qu'au début ; on la fait en général disparaître aisément au moyen d'applications révulsives : sinapismes au point douloureux ou *ventouses scarifiées.* On peut administrer des analgésiques à l'intérieur (antipyrine, aspirine) mais leur action concomitante sur la température et sur la circulation en font une thérapeutique à déconseiller. Si les agents révulsifs cités plus haut sont insuffisants des *enveloppements humides du thorax* soit tièdes (30 degrés) soit froids (22 degrés) amèneront habituellement un soulagement rapide ; ils présentent de plus l'avantage de soulager toux et dyspnée et de stimuler la circulation. Dans quelques cas enfin, pour faire disparaître le point de côté atroce des premières heures une injection de morphine peut être indispensable.

Contre *la fièvre* un traitement spécial est en général inutile et même nuisible ; les modifications artificielles de la courbe thermique s'accompagnant souvent d'une gravve dépression générale. Toutefois lorsque la température demeure de façon permanente supérieure à 40 degrés et s'accompagne de signes nerveux on pourra agir sur la fièvre par l'*hydrothérapie,* on donnera au malade jusqu'à trois et quatre fois par jour un bain tiède à 32 degrés que l'on refroidira graduellement jusque vers 26 degrés. Si l'on ne peut donner de bains on pratiquera des *enveloppements au drap mouillé froid* ; des enveloppements *partiels*, thoraciques suffisent en général, si renouvelés assez souvent, à faire tomber la température, soulager la dyspnée et procurer au malade un certain bien-être.

Les *contre-indications* à l'hydrothérapie sont *l'âge* des malades, leur nervosité, leur impressionnabilité et surtout la présence de *cardiopathies* ou de signes de *défaillance cardiaque*, contre-indications absolues.

Certains auteurs américains et allemands ont proposé après Morgenroth l'emploi d'un dérivé de la quinine, l'éthyl-hydrocupréine (optochine) qui en plus de propriétés antithermiques aurait vis-à-vis du pneumocoque des propriétés bactéricides électives. L'expérience n'a guère jusqu'ici confirmé les espoirs conçus, en dehors de quelques cas très particuliers ; mais elle a montré la possibilité d'accidents oculaires graves d'origine médicamenteuse.

Contre la dypnée et la cyanose on agira en diminuant la douleur qui entrave l'ampliation thoracique, en administrant de l'oxygène, en luttant contre les congestions et les œdèmes locaux par une révulsion énergique et surtout par une *saignée* de 200 à 300 grammes dont l'effet sur la respiration et sur le cœur est en général rapide.

TRAITEMENTS ANTI-INFECTIEUX. — Ils n'ont pas donné jusqu'à ces dernières années d'effets absolument constants ; néanmoins des résultats intéressants semblent avoir été obtenus par des techniques récentes tant en France qu'à l'étranger. L'étude des méthodes et des résultats thérapeutiques fera l'objet

d'une prochaine étude faute de pouvoir trouver place dans le cadre du présent article.

La *protéinothérapie* (sérum de cheval, caséine, lait) n'a pas encore assez clairement fait ses preuves pour permettre de passer outre aux réactions violentes qui la contre-indiqueraient dans tous les cas où le malade est trop fragile ou trop gravement atteint.

De même pour les *colloïdes* (collargol, électrargol) administrés par injections intraveineuses. Ils peuvent cependant rendre des services soit en frictions (pommade au collargol à 15 p. 100, soit en injections sous-cutanées ou intramusculaires chez des sujets débilités ou dans des cas graves à condition d'être employés *dès le début* de l'évolution.

La thérapeutique de la pneumonie doit enfin et surtout se modeler sur les *caractères* de la maladie et surtout sur les modifications que lui imprime le *terrain*. Si chez l'enfant l'hygiène générale peut suffire à mener le malade à la guérison, l'action du médecin est beaucoup plus importante chez le vieillard où cœur et état général devront être particulièrement surveillés, chez l'alcoolique où l'élément toxique et l'élément nerveux devront accaparer l'attention, chez les cardiaques enfin où la menace principale est du côté du cœur.

A noter que dans les pneumonies post-opératoires Neuer a cru pouvoir réhabiliter l'éthyl-hydrocupréine comme traitement abortif et même préventif en raison d'une électivité antipneumococcique durant les premiers jours qui demeure du reste à vérifier.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1925)

Endocardite végétante apexienne de nature éberthienne. — MM. LEMIERRE, DESCHAMP et BERNARD rapportent l'observation d'une femme atteinte de fièvre typhoïde chez qui survinrent de gros accès fébriles répétés. L'hémoculture donna un bacille d'Eberth à l'état de pureté; de plus, l'hyperleucocytose faisait défaut. Au bout d'un mois apparurent les symptômes d'une gangrène par oblitération artérielle des deux membres inférieurs et la malade succomba. A l'autopsie, il existait une énorme végétation, implantée dans l'extrémité apexienne du ventricule gauche. Le bacille d'Eberth fut retrouvé dans la végétation et dans les lésions inflammatoires de la fémorale.

La vaccination antidiphtérique des nourrissons. — MM. RIBADEAU-DUMAS, LOISEAU et LACOMME.

Une mesure prophylactique contre le choléra infantile. — MM. RIBADEAU-DUMAS et FOUET ont constaté qu'en employant des laits de conserve en remplacement du lait d'hôpital pendant l'été on évitait dans la plupart des cas le choléra infantile.

L'élévation du taux de l'antitoxine dans le sang des nouveau-nés après vaccination maternelle. — MM. RIBADEAU-DUMAS, LOISEAU et Mlle TISSERAND pensent que la vaccination maternelle ne constitue pas pour l'enfant un moyen de prophylaxie antidiphtérique absolument constant.

Lympho-sarcome extradural métastatique ayant déterminé une compression médullaire d'apparence primitive, d'évolution rapidement progressive. Laminectomie. Extirpation et radiothérapie. Guérison. — MM. Georges GUILLAIN, ALAJOUANINE et PÉRISSON.

Sur la pathogénie des vergetures. — MM. RIST et BRISSAUD, à propos de deux cas observés chez des porteurs de pneumothorax, pensent que les vergetures sont de cause générale.

A propos de trois cas de sodoku observés chez l'enfant. — MM. APERT, KERMORGANT et GARCIN apportent trois nouvelles observations de cas de sodoku chez l'enfant. A propos de l'étude clinique de ces cas les auteurs insistent sur un certain nombre de points : retard de l'apparition des éruptions par rapport à la présence du parasite dans le sang, localisation élective des éruptions à la face. Ils indiquent, en outre, le parallélisme de l'évolution de la maladie en clinique humaine et dans les reproductions expérimentales chez le cobaye (Salimbeni, Y. Kermorgant et R. Garcin) et montrent l'intérêt que présente l'étude clinique et expérimentale du sodoku. Cette affection, due à un spirille facilement inoculable à l'animal, provoque en effet chez le cobaye une affection dont l'évolution rappelle celle de la syphilis chez l'homme par la multiplicité de ses déterminations cliniques chez l'animal adulte et les troubles dystrophiques qu'on observe chez le nouveau-né. Les auteurs, ayant essayé le traitement par le quinby et l'arsenic, préconisent l'emploi des composés arsenicaux.

Le faux hydrothorax d'origine ascitique et la méprise de l'évacuation transthoracique du liquide péritonéal. — M. A. RICALDONI (de Montévidéo).

Exploration du foie par la phénoltétrachlorephtaléine (méthode de Rosenthal). — MM. MERKLEN, WOLF et ARNOVLJEVITCH.

Diagnostic des « côtes cervicales ». Troubles cachés de la circulation de retour décelés par la mesure de la tension veineuse. — MM. A. RICALDONI et PLA (de Montévidéo).

Le mécanisme de la rétention chlorurée sèche. — MM. Léon BLUM et VAN CAULAERT. Les modifications du sang qui caractérisent la rétention chlorurée sèche telle que l'hyperchlorémie, l'hyponatrémie et la concentration sanguine relèvent d'un mécanisme complexe.

L'hyperchlorémie qui indique la rétention de chlore dépend de la teneur du régime en sel et de la lésion rénale : la lésion rénale est la condition première de la rétention du chlore; mais le chlore retenu aggrave de son côté le trouble fonctionnel rénal. Il s'établit un cercle vicieux, l'élément retenu provoquant par la suite sa propre rétention. L'imperméabilité rénale pour le chore n'est pas absolue; le rein, en élimine une certaine quantité mais avec lenteur et par polyurie (diabète insipide hyperchlorurique).

L'imprégnation des tissus par le chlore peut être mise en évidence à l'aide des bilans chlorurés, et à l'aide du dosage du chlore renfermé dans les globules rouges, dans le liquide céphalo-rachidien et dans certains tissus.

L'hyponatrémie provient d'un passage de sodium vers les tissus; une certaine quantité de sodium suit le chlore; mais une partie non moins importante du sodium est éliminée par le rein dans une proportion plus forte que le chlore. C'est un processus opposé au processus normal où le rein retient les bases et élimine les acides. L'incapacité du rein à retenir le sodium est le trouble fondamental des néphrites accompagnée de rétention chlorurée sèche.

La concentration du sang et la dessiccation des tissus s'explique par une rétention plus forte de chlore que de sodium, la prédominance du chlore sur le sodium déterminant la déshydratation.

A propos de deux cas de tuberculome protubérantiel de l'adulte. — MM. PILOD et FRIBOURG-BLANC (du Val-de-Grâce) rapportent l'observation de deux soldats atteints de tuberculomes protubérantiels. L'un présentant un hémisyndrome pyramidal droit et cérébelleux gauche, l'autre une hémiplégie droite avec superposition de symptômes cérébelleux.

Après avoir rappelé la rareté relative de cette localisation des tuberculomes chez l'adulte, ils insistent sur l'absence de troubles de la sensibilité et de signes d'altération des Ve et VIe paires dans le premier cas, alors que le tuberculome détruisait la presque totalité de la calotte protubérantielle.

Il font remarquer que chez les deux sujets le syndrome de compression intracranienne était très réduit et qu'en particu-

lier la stase papillaire, absente chez l'un, fut très tardive et modérée chez l'autre.

Ils signalent enfin un aspect particulier de la réaction du benjoin colloïdal dans le liquide rachidien du premier malade.

Sur un cas de maladie de Hodgkin, à caractères atypiques. (Granulo-sarcomatose de Pappenheim.) — MM. LÉVY, JAUSION et GRANDCLAUDE (du Val-de-Grâce) rapportent l'observation d'un malade ayant présenté durant neuf mois un syndrome fébrile spléno-ganglionnaire profond, sans éosinophilie sanguine, sans adénopathies superficielles, sans leucémie, mais avec anémie marquée et polynucléose neutrophile intense. L'évolution en fut fatale.

A la nécropsie l'énorme magma ganglionnaire lombo-aortique et iliaque externe, masse d'aspect néoplasique, les taches de bougie péritonéales, un noyau bourgeonnant du foie, une « rate porphyre », un nodule endo-péri-artéritique de l'iliaque externe font incliner vers la lymphosarcomatose.

L'examen histopathologique des ganglions et des métastases montre qu'il s'agit de maladie de Hodgkin avec cellules de Sternberg typiques, gros polymorphisme cytoganglionnaire avec polynucléose très marquée, larges bandes de sclérose enserrant des îlots nécrotiques.

Cette lymphogranulomatose certaine s'oppose à l'aspect faussement lymphosarcomateux tant clinique que nécropsique. C'est là un cas de granulo-sarcomatose de Pappenheim.

Encéphalite aiguë léthargique guérie par le salicylate de soude intraveineux. — MM. DÉNÉCHAU (d'Angers) et BARBARY (de Chemillé).

Un cas de compression chronique de la IIIe portion du duodénum par la mésentérique supérieure athéromateuse et augmentée de volume. Opération. Guérison. — MM. BRIN et DÉNÉCHAU (d'Angers).

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 4 JUILLET 1925)

Répartition de l'arsenic dans le placenta après injection de novarsenobenzol. — MM. L.-H. DEJUST et H. VIGNES. Porak et, plus récemment, Meyer, puis Underhill et Amatruda ont montré que l'arsenic ne franchit pas, ou pour ainsi dire pas, le filtre placentaire. A. Lacassagne a observé cette même quasi-imperméabilité pour le polonium et H. Vignes pour le manganèse.

A. Lacassagne, a montré, de plus, que le polonium se fixe dans le placenta et que cette fixation se produit presque uniquement sur le revêtement des villosités, alors que la partie maternelle du placenta ne retient qu'une quantité insignifiante du métal.

Les auteurs ont recherché s'il en était de même dans le placenta humain à terme ou au voisinage du terme après injections de novarsenobenzol pendant la gestation.

Pour cela, ils ont dosé l'arsenic : dans un premier échantillon, prélevé par un épluchage aussi soigné que possible de la surface maternelle du placenta, avec l'idée de nous procurer *surtout* de la caduque; et dans un second échantillon prélevé sur le côté fœtal du placenta, avec l'idée de nous procurer *surtout* des villosités.

La teneur en arsenic a été nettement plus élevée dans la partie *surtout* fœtale du placenta que dans la partie *surtout* maternelle et pour chacun des trois cas, le rapport entre la teneur des deux échantillons s'est trouvé être, — sinon exactement proportionnel, — du moins, dans un ordre de grandeur approximativement comparable (dix fois plus dans la partie fœtale que dans la partie fœto-maternelle).

Modifications du plasma sanguin dans la néphrite aiguë. Epreuve d'acidose. — MM. H. BIERRY, F. RATHERY et SIGWALD. Au cours d'un cas d'anurie aiguë secondaire à un empoisonnement par l'oxycyanure de mercure, les auteurs ont noté les modifications du plasma sanguin en ce qui concerne les courbes de l'urée sanguine, du sucre libre, du sucre protéidique, du calcium et des phosphates inorganiques. Ils ont également étudié l'état d'acidose, recherché l'état de la réserve alcaline aux différentes périodes de l'intoxication et comparé les résultats obtenus par la recherche de la réserve alcaline évaluée par la méthode gazométrique de Van Slyke et l'épreuve du bicarbonate de soude en ingestion; cette dernière épreuve dont ils ont déjà montré l'intérêt pour apprécier l'état d'acidose dans les néphrites est restée négative alors que le chiffre de la réserve alcaline était déjà fortement remonté; elle n'est devenue positive que plus tardivement. Elle permettait donc de déceler un état d'acidose que la recherche de la réserve alcaline était impuissante à révéler.

Essai de protection de la souris contre la typhose murine par l'ingestion de bactériophage. — M. Max M. LÉVY poursuivant des recherches sur le rôle du bactériophage dans l'immunité, au cours d'une série d'expériences, n'a pu protéger la souris contre le bacille typhi murium par l'ingestion de bactériophage.

Essai de traitement de la typhose murine par le bactériophage. — M. Max M. LÉVY. Dans les conditions expérimentales mises en œuvre, le bactériophage n'a en aucune manière modifié le cours de la septicémie due au bacille typhi murium.

Cuti-vaccination et cuti-immunité anti-charbonneuse chez le cobaye. — MM. BROCQ-ROUSSEU et URBAIN démontrent que la cuti-vaccination confère au cobaye une immunité anti-charbonneuse solide. Cette immunité est générale, elle s'étend à tous les organes, y compris le cerveau. Les cobayes cuti-vaccinés résistent. en effet, à l'inoculation de doses plusieurs fois mortelles de virus, pratiquée dans la voie cérébrale, soit directement, soit par la voie trans-orbitaire.

Glycolyse et variations du phosphore inorganique dans le sang « in vitro ». Action de l'insuline. — MM. H. BIERRY et L. MOQUET ont suivi dans le sang, *in vitro*, la glycolyse et les variations du phosphore inorganique.

Ils ajoutaient au sang des solutions de phosphates et de glucose isotoniques et de Ph 7. 4. Les tubes de sang étaient additionnés ou non d'insuline et placés à 40 degrés.

Ils ont constaté que, pour un certains nombre d'expériences, il se produit dans les tubes additionnés d'insuline une disparition plus marquée de glucose et de P inorganique que dans les témoins.

Sur l'évolution de la chronaxie dans la dégénérescence expérimentale. — M. Georges BOURGUIGNON. Dans cette note l'auteur montre que si M. Apostolaki et Mlle Dériand ont avec raison montré que la chronaxie du muscle augmente chez la grenouille après sections nerveuse, il n'en reste pas moins vrai que, comme le disent MM. Brener et Gérard il y a une différence considérable entre les hétérothermes et les homœothermes au point de vue de la dégénérescence. De ses propres expériences sur l'homme et le chien, rapprochées des expériences de Brener sur les oiseaux, l'auteur conclut qu'il y a une augmentation moindre de la chronaxie chez les oiseaux que chez les mammifères. Il émet l'hypothèse que, dans la dégénérescence, il doit y avoir deux phénomènes : 1° Une action du centre nerveux sur le muscle, qui est générale et se retrouve dans toute la série animale; 2° Une action de la circulation qui est spéciale aux homœothermes et d'une importance variable suivant qu'on a affaire aux oiseaux ou aux mammifères. Il fait remarquer en outre que la répercussion qu'il a décrite chez l'homme et le chien sur le côté sain est générale et confirmée sur la grenouille.

Notes sur les variations de l'équilibre acide-base au cours de l'hyperpnée. — MM. R. TARGOWLA, MONTASSUT et R. RAFFLIN, étudiant les variations du rapport de Derrien, du Ph, urinaire et du volume d'urine excrétée au cours de l'hyperpnée, ont noté la constance relative du rapport d'Hasselbach, l'abaissement du rapport de Derrien, l'élévation concomitante du Ph., et la polyurie. Il n'existe pas de différence sensible dans ces variations chez le sujet normal et chez l'épileptique.

Appareil de Golgi. — M. AVEL définit ce qu'il appelle appareil de Golgi comme une inclusion cytoplasmique qui ne se superpose ni aux mitochondries ni aux gains de sécrétion ou aux vacuoles visibles sur le vivant, et qu'on peut mettre en évidence par des méthodes appropriées d'imprégnation osmique. L'appareil de Golgi classique, qu'on met en évidence

par des imprégnations argentiques, se superpose généralement au précédent. Toutefois, ces imprégnations par l'argent donnant des résultats très variables (contrairement aux méthodes osmiques), il n'est pas douteux que certaines formations décrites après imprégnation argentique comme appareils de Golgi peuvent se superposer au vacuome de Parat et Painlevé, c'est-à-dire coïncider avec des grains ou des vacuoles visibles sur le vivant.

Techniques destinées à la démonstration du vacuome et à sa comparaison avec l'appareil de Golgi. — MM. PARAT et J. PAINLEVÉ. Les auteurs exposent les techniques vitales et la méthode de fixation des colorations vitales (liquide de Turchini, Lugol, ou vapeurs d'iode) ainsi que les techniques d'imprégnation métallique qui leur ont permis d'assimiler l'appareil de Golgi au système vacuolaire (vacuome).

Observations cytologiques sur l'épiderme d'embryons et d'alevins de truite : vacuome et appareil de Golgi. — MM. PARAT et J. BOURDIN. Les auteurs montrent un nouveau cas de superposition du vacuome et de l'appareil de Golgi.

Remarques cytologiques sur la constitution de la cellule cartilagineuse. — MM. PARAT et R. GODIN. Les auteurs montrent que le protoplasme de la cellule cartilagineuse dans laquelle on a décrit une foule d'éléments figurés renferme uniquement un chondriome et un vacuome (appareil de Golgi).

1° Infection expérimentale du cobaye, provoquée par le parasite de Sodoku.

2° La transmission héréditaire du Sodoku chez le cobaye. MM. A. T. SALIMBENI, Y. KERMORGANT et R. GARCIN. Les auteurs étudiant l'infection expérimentale du cobaye par le parasite du Sodoku montrent qu'à côté de la forme septicémique à évolution rapidement mortelle, il existe deux formes cliniques d'évolution cyclique et prolongée également mortelles. L'une (forme cutanée), est caractérisée par des éruptions cutanées successives. L'autre (forme viscérale), ne se traduit par aucun signe clinique appréciable ; l'autopsie de ces sujets montre au contraire une énorme tuméfaction de la rate. Il n'existe aucune spécificité tissulaire élective des spirilles qui provoquent l'une ou l'autre de ces formes : seule, certaines races de cobayes (cobaye à poil blanc) sont atteintes de lésions cutanées.

Le parasite du Sodoku n'est pas seulement transmissible entre rongeurs par morsures ou ingestion de matériel virulent, mais aussi par hérédité ; car les auteurs ont pu observer dans une portée née de sujets atteints de spirillose expérimentale, deux jeunes animaux qui dès la naissance étaient infectés par le parasite : L'un de ces jeunes sujets était sain en apparence, l'autre était un petit monstre au crâne difforme, avec malformations congénitales du bassin, doigt surnuméraire et kératite interstitielle. Il est inutile d'insister sur le parallélisme de ces lésions héréditaires avec celles que l'on observe dans la syphilis humaine.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 1er MAI 1925)

Ictus laryngé chez un bronchitique. — MM. EUZIÈRE, PAGÈS et SACAZE.

A propos de l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle. — M. ETIENNE.

Transfusion du sang pour hémorragie grave. Donneur frère du malade. Epreuve de Nurnberger-hémoglobinurie. Mort. — MM. SICARD et BONNET.

Tuberculose linguale. — MM. FORGUE, MOURGUE-MOLINES et VILLA rapportent un cas de tuberculose linguale chez un homme robuste, à état général excellent, cliniquement indemne de toute autre lésion bacillaire. Il s'agirait donc d'une tuberculose linguale primitive, affection rare puisque Morrow et Miller, dans leur récent mémoire, n'en ont recueilli que trente et un cas. Les signes classiques du diagnostic différentiel des ulcérations de la langue semblent bien secondaires puisque la biopsie seule tranche le diagnostic.

(SÉANCE DU 8 MAI 1925)

Algies abdominales à type de coliques néphrétiques dues à un projectile inclus dans la fosse iliaque. — MM. EUZIÈRE, PAGÈS et SACAZE. Un ancien blessé de guerre, chez lequel une balle était restée incluse dans la fosse iliaque droite, a présenté après une longue période de tolérance relative un syndrome de colique néphrétique.

En l'absence de tout élément endo-urétral ou rénal, capable d'expliquer ces douleurs, l'origine doit en être rapportée à l'irritation des plexus sympathiques péri-urétraux, soit par le projectile lui-même, soit plus probablement par le développement autour de ce projectile d'un tissu scléreux réactionnel. Certaines constatations objectives permettent d'éliminer la sinistrose et la simulation.

Corps étrangers de la vessie. Calcul développé autour d'une épingle chez l'homme. — MM. COULAZOU, SIMONNET et TRUC.

Radio-activité de l'eau des Thermes Sextius à Aix-en-Provence. — MM. SIGAUD et CASTAGNE. Mesurée par la méthode classique à l'électroscope de Chéveneau et Laborde, la teneur en émanations du radium de l'eau de la source Sextius a été trouvée égale à 0,35 millimicrocurie par litre à l'émergence.

La puissance radioactive correspondante, pour un débit moyen de 1.100 mètres cubes par jour, est de 2mmg1 de radium.

Un cas de luxation congénitale de la rotule. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et BRÉMOND. Luxation externe, intermittente, de la rotule droite chez une hérédo-syphilitique ; genu valgum, atrophie du quadriceps, atrophie et déformation du condyle externe.

(SÉANCE DU 15 MAI 1925)

La dégénérescence mucocytaire de la névroglie. Sa valeur clinique. Son intérêt doctrinal. — MM. PAGÈS, BENOIT, G. PÉLISSIER et F. JAULMES.

Causalgie de la main après traumatisme. Sympathectomie. Guérison. — MM. SICARD et BONNET.

(SÉANCE DU 21 MAI 1925)

Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur ; décollement épiphysaire aigu ; thrombo-phlébite de la jugulaire externe. — MM. ETIENNE, GUIBAL et LAPEYRIE.

Fracture de l'épitrochlée ; diastasis articulaire : interposition du fragment épitrochléen dans l'articulation. — MM. FORGUE, MOURGUE-MOLINES et VILLA. Un jeune homme de dix-sept ans présentait, trois jours après une chute sur le coude, une articulation tuméfiée dont les mouvements d'extension forcée étaient limités et douloureux. Douleur nulle au niveau de l'interligne articulaire interne. La radiographie montre, sans qu'il y ait de luxation en dehors, un baillement de l'interligne huméro-cubital interne par lequel l'extrémité épitrochléenne arrachée a pénétré dans l'articulation. Par arthrotomie latérale interne le fragment a été facilement enlevé. Suites normales.

Les auteurs rappellent la rareté d'une semblable lésion.

La Transfusion du sang. Etude biologique et clinique, par P.-Emile WEILL, médecin de l'hôpital Tenon, et P. ISCH-WALL, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. de 248 pages avec 18 figures. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

L'Urologie en clientèle, par M. LE FUR. In-8. — Prix : 30 francs. — Paris, A. Maloine.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — La première épreuve écrite du concours de l'internat aura lieu à la date fixée, le jeudi 30 juillet 1925, à 9 heures, à la Faculté de médecine, 12, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur aura été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats devant, à leur entrée dans la salle, occuper la place qui leur sera indiquée, sont invités à se présenter dès 8 h. 15.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 11 juillet publie le décret suivant :

Article premier. — Le deuxième alinéa de l'article 6 du décret du 19 septembre 1919 concernant la réorganisation de l'Ecole du Service de santé militaire, est remplacé par le suivant :

« Ils sont alors affectés aux hôpitaux militaires ou aux salles militaires d'hospices mixtes sièges de villes de facultés de médecine ou de pharmacie, en tenant compte des préférences qu'ils auront manifestées, des nécessités du service et de leur rang de classement à la sortie de l'Ecole. »

Art. 2. — Le troisième alinéa de l'article 7 du décret du 19 septembre 1919 est remplacé par le suivant :

« Pour les candidats à la section de médecine, le jury est composé suivant la catégorie du concours :

« D'un médecin inspecteur général ou inspecteur, président;

« D'un médecin principal de 1re ou de 2e classe ou major de 1re classe, membre;

« D'un professeur agrégé des facultés de sciences ou de médecine désigné par le ministre de l'Instruction publique, sur la demande du ministre de la Guerre, membre. »

Entre le quatrième et le cinquième alinéas, ajouter :

« Il sera, en outre, désigné pour chaque jury deux membres suppléants, l'un militaire, l'autre civil, professeur ou agrégé des facultés de sciences, de médecine ou de pharmacie, désigné par le ministre de l'Instruction publique sur la demande du ministre de la Guerre. »

Art. 3. — Les dispositions de l'article 8 du décret du 19 septembre 1919, à partir du troisième alinéa, sont remplacées par les suivantes :

« Les candidats admis sont nommés élèves de l'Ecole du Service de santé militaire. Ils rejoignent cette Ecole et y sont immatriculés et incorporés après vérification de leur aptitude physique par un conseil médical constitué à l'Ecole, et dans les conditions déterminées par une instruction ministérielle. Ils signent l'engagement prescrit par la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée et contractent en même temps l'obligation de rester en service pendant six ans à compter de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe.

« Les élèves accomplissent effectivement à l'Ecole du Service de santé militaire à Lyon leurs deux dernières années d'études, durant lesquelles ils sont immatriculés à la Faculté de médecine et de pharmacie de Lyon.

« Pendant la scolarité qui précède ces deux années, les élèves qui en font la demande peuvent être détachés dans une ville de faculté pour y continuer leurs études; les élèves détachés sont administrés par la section d'infirmiers de la région du corps d'armée correspondant ou tout autre corps de troupe désigné à cet effet dans les conditions déterminées par une instruction ministérielle. Ils reçoivent une instruction militaire, sont soumis au contrôle technique permanent suivant les prescriptions du ministre de la Guerre.

« Les élèves, qui en cours de scolarité ne réuniraient plus les conditions d'aptitude physique exigées, feront l'objet d'un rapport au ministre en vue de leur radiation des contrôles de l'Ecole.

« Dispositions particulières aux externes et aux internes. Les élèves de la section médecine qui, avant leurs deux dernières années de scolarité, ont acquis au concours la qualité d'externe ou d'interne des hôpitaux de la ville de faculté dans laquelle ils sont détachés, peuvent, s'ils le désirent, poursuivre intégralement leurs études dans ladite faculté; les dispositions sont applicables aux élèves de la section de pharmacie qui obtiendraient, dans les mêmes conditions, la qualité d'interne des hôpitaux.

« Les élèves qui sont externes ou internes des hôpitaux des villes de facultés de médecine ou de pharmacie se présentent aux examens pour le diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien, dès qu'ils ont la scolarité nécessaires, et sont nommés aides-majors de 2e classe en même temps que les

autres élèves qui ne sont pas externes ou internes. Pour le classement de sortie de l'Ecole d'application du Service de santé militaire les internes des hôpitaux des villes de faculté nommés au concours bénéficient d'une majoration de points déterminée par une instruction ministérielle. »

Art. 4. — Remplacer la première phrase de l'article 13 du décret du 19 septembre 1919 par la suivante :

« Les élèves qui sont rayés des contrôles de l'Ecole pour toute autre cause que pour inaptitude physique sont tenus au remboursement des frais de scolarité et des sommes perçues par eux au titre de la solde et des indemnités. »

Art. 5. — L'article 14 du décret du 19 septembre 1919 est remplacé par le suivant :

Art. 14. — Les élèves de l'Ecole du Service de santé militaire passent l'examen en vue de l'obtention du brevet de préparation militaire supérieure spéciale aux étudiants en médecine et en pharmacie.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 9 juillet 1925, l'article 18 du décret du 7 mai 1908 est remplacé par le suivant :

« Tout élève du service de santé des troupes coloniales reçu docteur en médecine ou pharmacien de 1re classe est obligatoirement admis à l'école d'application le 1er janvier. L'école reçoit de même à cette date les jeunes gens, admis à la suite du concours prévu par l'article 3 du décret du 21 juin 1906. Les uns et les autres sont nommés aides-majors de 2e classe à compter du 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils ont obtenu leur diplôme de docteur en médecine ou de pharmacien. Toutefois, les docteurs en médecine et pharmaciens diplômés admis directement, après concours, dans le corps de santé des troupes coloniales et ayant accompli leurs obligations militaires telles qu'elles sont définies par l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 sur le recrutement de l'armée, bénéficient pour la détermination de leur prise de rang dans le grade d'aide-major de 2e classe des dispositions prévues à l'article 39 de ladite loi.

Pendant leur séjour à l'Ecole d'application le classement par ordre de mérite des médecins et pharmaciens aides-majors de 2e classe est déterminé par les notes de l'examen semestriel combinées avec les autres notes. »

Les cours de l'école d'application commencent le 1er janvier. Les examens de sortie ont lieu dans la deuxième quinzaine d'août. (*J. O.*, 17 juillet 1925).

COMITÉ DE LA FONDATION EDMOND WEILL. (Clinique médicale infantile. Hôpital de la Charité, Lyon.) — Des amis, des collègues, des élèves du professeur Edmond Weill, profondément affectés par sa mort survenue après de longues souffrances, ont pensé qu'un solennel hommage devait être rendu à sa grande mémoire.

Cet homme de grande science et de bonté a laissé dans l'esprit de ceux qui l'ont approché un souvenir profond. Son œuvre scientifique et sociale est de celles qui ne peuvent périr. L'Ecole qu'il a fondée et à laquelle il a donné sa discipline veut poursuivre cette œuvre. Tous ses amis et ses collègues désirent conserver son image. C'est dans ce but que nous vous prions de vouloir bien vous joindre à nous pour honorer ce maître trop tôt disparu. La souscription que vous voudrez bien nous adresser aura deux destinations :

1° Une partie, la plus importante, sera affectée à la création d'une Fondation scientifique Edmond Weill, caisse de recherches dans laquelle pourront puiser les travailleurs qui, sous le contrôle d'un comité spécialement désigné, poursuivront des travaux relatifs à l'hygiène, et à la médecine infantiles.

2° Une deuxième partie sera affectée à la frappe d'une médaille de bronze, grand module, qui sera placée dans la Clinique médicale infantile de la Faculté de médecine de Lyon. Une réduction de cette médaille sera offerte à ceux dont la souscription atteindra 80 francs. Mais le Comité recevra, avec reconnaissance, les souscriptions même les plus modestes.

Trésorier du Comité : M. Dufourt, 5, rue Servient, Lyon (compte chèques postaux n° 201-34) ; président : professeur Hugounenq, doyen honoraire de la Faculté de médecine de Lyon ; secrétaire général : professeur G. Mouriquand.

Membres du Comité. — M. le professeur Léon Bérard (Lyon) ; MM. Baverey et Bickert, industriels (Lyon) ; M. Brahm, administrateur des hospices (Lyon) ; MM. les docteurs Besançon, maire de Villefranche-sur-Saône ; Bérard, médecin des hôpitaux de Saint-Etienne ; Babonneix, médecin des hôpitaux de Paris ; M. Balleidier, ancien administrateur des hospices de Lyon ; MM. les professeurs Commandeur (Lyon) et Cazeneuve (Paris) ; M. le docteur Carle, administrateur-directeur de l'hôpital de la Charité (Lyon) ; M. le professeur Collet ; MM. les docteurs Comby, médecin honoraire des hôpitaux de Paris et Delcourt, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Bruxelles ; M. Léon Delaroche (Paris) ; MM. les docteurs Dauvergne, et Favre-Gilly, anciens chefs de clinique médicale infantile (Lyon) ; M. Fabia, professeur à la Faculté des Lettres de Lyon ; M. le professeur Guiart (Lyon) ; M. le docteur Guinon, médecin des hôpitaux de Paris ; MM. Charles Gillet et Edmond Gillet, industriels (Lyon) ; M. le docteur Garel, médecin honoraire des hôpitaux de Lyon ; Mmes Hugounenq et Kœhler (Lyon) ; M. le docteur Lereboullet, professeur agrégé, médecin des hôpitaux de Paris ; M. Emmanuel Lévy, professeur à la Faculté de Droit, adjoint au maire de Lyon ; M. le professeur Leriche (Strasbourg) ; MM. les docteurs Mosnier, ancien moniteur de clinique médicale infantile et Malot, moniteur de clinique à la Faculté de médecine (Lyon) ; M. Moutet, député du Rhône ; Mme le docteur Moutet (Paris) ; M. le professeur Nobécourt (Paris) ; M. Niogret, vice-président de la Chambre de Commerce de Lyon ; MM. les professeurs Policard et Paviot (Lyon) ; Me Paradon, notaire (Lyon) ; Mme Aug. Pollosson (Lyon) ; M. Pol Honoré, préfet honoraire (Paris) ; M. le professeur Pechere (Bruxelles) ; M. le docteur Quintero (Lyon) ; M. le professeur Regaud (Paris) ; MM. les docteurs Thévenet, ancien chef de clinique infantile et Tellier (Lyon) ; Vigne, directeur du bureau d'Hygiène de la Ville de Lyon ; M. le professeur Villard (Lyon) ; M. Maurice Weill (Haguenau) ; M. Francisque Sabran, administrateur des hôpitaux de Lyon ; Sœurs Jacquet et Desfailles, hôpital de la Charité (Lyon).

HOMMAGE BRÉSILIEN A PASTEUR. — Une statue de Pasteur a été inaugurée à Rio de Janeiro en présence de nombreuses notabilités, notamment du représentant du président de la République.

M. Conty, ambassadeur de France, a prononcé un discours dans lequel il a célébré le grand Français et le grand bienfaiteur de l'humanité. Une réception a eu lieu ensuite à l'ambassade de France.

NOTES DE PRATIQUE

ÉTATS HYPOSYSTOLIQUES

Digitaline : v gouttes de la solution alcool à 1/1000e pendant dix à quinze jours, interrompre cinq à dix jours, reprendre et ainsi de suite.

Pendant la période de suspension de la médication digitalique, prescrire la *Théosalvose scillitique*, dont la double action cardiaque et rénale assure les meilleurs effets : deux cachets de 0g50 par jour.

Régime très faiblement chloruré.

C. R., 18 000, Seine.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Par P. GASTINEL

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

DERMATOLOGIE

Physiologie.

Contribution à l'étude de l'histo-physiologie cutanée. Les échanges dermo-épidermiques et le réseau tropho-mélanique, (L.-M. PAUTRIER et G. LÉVY. *Ann, de dermat. et de syphil.*, n° 12, 1924, p. 700-720.) — Il existe dans la peau un système trophique, expansion périphérique du système réticulo-endothélial de Ribbert-Goldmann-Aschoff, constitué par un réseau cellulaire réunissant les endothéliums vasculaires aux épithéliums par l'intermédiaire des cellules périthéliales, dermiques et des cellules de Langerhans anastomosées. Ce réseau dans lequel se font dans les deux sens opposés des transports matériels, unit dans une fonction commune des cellules provenant de feuillets différents. Il mérite le nom de réseau *trophomélanique*, par suite de sa fonction trophique et de son activité particulière dans la pigmentogénèse.

A côté de la circulation plasmatique, seule classique jusqu'ici, doit prendre place une circulation intracellulaire et intercellulaire qui joue un rôle capital dans les échanges dermo-épidermiques. La circulation par le réseau tropho-mélanique doit prendre en pathologie cutanée une importance de premier plan.

Clinique.

Contribution à l'étude des lichénifications anormales. (L.-M. PAUTRIER. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 2, février 1925, p. 81 à 113.) — L'auteur établit dans cet important mémoire l'existence d'une forme anormale de lichénification à type hypertrophique ou géant, qui en certaines régions à peau fine et lâche, glissant facilement sur la couche adipeuse, peut aboutir à la formation du pseudotumeurs surélevées végétantes, parfois d'aspect cérébriforme simulant le mycosis fongoïde, l'épithélioma et dont la méconnaissance peut conduire à de graves erreurs de diagnostic.

Des formes anormales de lichénification. (BIZZOZÉRO. *Ann. de dermat. et de syphil.*, n° 6, juin 1924, p. 331-345.)

Sur le lichen plan familial. (SPITZER. *Arch. fur dermat. und syphil.*, 1924, p, 474.) — L'auteur a réuni 12 nouveaux cas dont 4 personnels. On peut expliquer de tels faits par le contage et l'hypothèse infectieuse semble bien être confirmée par la notion de cas conjugaux,

Glossite, streptococcique chronique, langue douloureuse persistante. (HERBERT FRENCH. *Med. annual.* Londres, 1924.) — L'auteur décrit un type spécial de glossite essentiellement caractérisée par la douleur. Elle est extrêmement vive, s'exagère au moindre contact d'aliments et s'accompagne d'un minimum de lésions objectives. On ne constate en effet que quelques fissures superficielles. Il semble démontré par la culture qu'il s'agit d'une infection à streptocoques, les microbes siègent profondément sous la couche épithéliale.

Dermato-fibrome progressif et récidivant ou fibro-sarcome de la peau. (J. DARIER. *Ann. de dermat. et de syphil.*, oct. 1924, n° 10, t. V.) — L'auteur décrit sous ce nom un type nouveau bien défini cliniquement et histologiquement. Cette affection est caractérisée par une lésion néoformative de la peau d'une apparence très spéciale dont les traits sont empruntés pour une part au tableau de la sclérodermie en plaques, mais en majeure partie à celui des néoplasmes; par une évolution progressive en quelque sorte indéfinie, par une très grande résistance au traitement et par une tendance extrême à la repullulation après destruction; ces attributs cliniques conduisent à lui reconnaître un certain degré de malignité. Les lésions paraissent avoir une prédilection marquée sinon exclusive pour la peau de la région antérieure de l'abdomen et les régions inguinales voisines. Le début se fait soit par une plaque dure simulant une plaque de sclérodermie, soit par une plaque fibreuse formée par la réunion de nodules durs plus ou moins volumineux et saillants qui se multiplient, s'accroissent et s'agminent. Non douloureuses ses saillies n'ont pas tendance à s'ulcérer spontanément, mais elles peuvent s'éroder par suintement. Il n'y a pas d'adénopathie satellite, l'état général reste bon et l'affection demeure purement locale. Histologiquement les dermato-fibromes sont à leur stade initial voisins des dermato-scléroses. Ultérieurement ils se présentent sous l'aspect du fibrome fasciculé; par place les tumeurs prennent la texture du sarcome fuso-cellulaire. On assiste à la transformation du tissu fibreux en tissu sarcomateux par multiplication des éléments cellulaires. Au point de vue traitement l'électrolyse, la radiothérapie, la destruction ignée et même l'ablation chirurgicale sont généralement suivies de récidive plus ou moins rapide.

Note sur la dyskératose, en particulier dans la maladie de Paget. (J. DARIER,)

Considération sur la maladie de Paget. (M. P. MASSON.)

Considérations sur le dyskératose et le groupe des affections dites dyskératosiques. (L. M. PAUTRIER et G. LÉVY.)

Maladie de Paget d'origine mammaire. (HICKEL.)

Toutes ces notes forment une étude critique très documentée et très largement illustrée. Elles ont toutes été publiées à la Réunion dermatologique de Strasbourg, séance du 18 janvier 1925. (In *Bull. Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, mars 1925, n° 3.)

La maladie de Sternberg [Maladie de Hodgkin]. (René PRIEUR. *Th de Paris*, 1924. Legrand, édit., 155 p.). — Bonne étude d'ensemble sur la question si intéressante de la maladie de Hodgkin dont la fréquence paraît être augmentée depuis quelques temps.

A la suite des nombreux travaux consacrés à cette affection depuis ces dernières années, l'auteur considère, lui aussi, la maladie de Sternberg comme une affection rigoureusemen systématisée du tissu lymphatique frappant avec prédilection les ganglions. Le terme de maladie de Sternberg a été choisit parce que l'élément histologique sur lequel repose le diagnostic est une cellule spéciale décrite par Sternberg. Hodgkin dans ses mémoires avait décrit des affections disparates.

L'auteur admet, par le rapprochement des données histologiques et cliniques, qu'il s'agit d'une inflammation chronique et non d'une tumeur.

Cf. — L'adénie éosinophilique prurigène. (COLRAT. *Th. de Lyon*, 1921.)

Comment faut-il comprendre la maladie de Hodgkin? (GASTINEL, REILLY et POTEZ. *Bull. méd.*, 1923, n° 2.)

L'herpès expérimental chez l'homme. (TUREAU. *Th. de Paris*, Legrand, édit., 1924, 80 p.). — Ce travail affectué à la Clinique des Maladies Infectieuses de Paris reprend les re-

cherches de Teissier, Gastinel et Reilly sur l'herpès expérimental, recherches publiées antérieurement.

L'auteur montre par de nouveaux exemples que l'herpès est auto et hétéro-inoculable en séries. La production d'herpès est plus particulièrement favorisée chez les malades atteints de certaines infections au cours desquelles l'herpès spontané est fréquemment observé. Inversement d'autres maladies ne s'accompagnant d'herpès qu'à titre exceptionnel, créent un terrain défavorable à l'inoculation expérimentale du virus. (rougeole, rubéole, scarlatine, etc.). L'auteur a particulièrement mis en évidence le caractère modifié de certaines éruptions herpétiques expérimentales : il s'agit d'éruptions retardées à efflorescence secondaire démontrant la latence du virus dans les téguments et la possibilité de son cheminement à distance.

Zona et herpès. (Ch. ACHARD. Baillière, édit., Paris, 1925, 106 p.). — Le professeur Achard vient de consacrer une monographie à la question si intéressante de zona et à celle de l'herpès. Ces sujets d'actualités sont exposés d'une façon lumineuse et en quelques pages très documentées, le lecteur trouve tous les éléments des problèmes posés par la pathogénie de l'herpès et du zona ou par les rapprochements qui ont été faits entre l'herpès et l'encéphalite léthargique d'une part, et entre le zona et la varicelle d'autre part.

Experimentelle untersuchungen und kritisch Erwagungen über die Ætiologie der Herpeserkvankungen. (MARIANI. *Arch. für dermat. und syphil.*, 1924, p. 259.) — Gros travail d'ensemble avec bibliographie très étendue.

Ergebnisse der Neurem experimentellen Forschungen über die Ætiologie der Herpès und der Zoster. (DOERR. *Zentralblatt für Haut und Geschlechts-Kraukheeten*, 1924, nos du 20 sept., 5 déc., 20 déc. 1925, nos du 5 janv. et du 5 avril). — Il s'agit du travail critique d'ensemble le plus considérable qui ait paru jusqu'ici sur l'herpès au point de vue biologique, expérimental et pathogénique, tant pour l'herpès humain que pour l'herpès inoculé à la série animale. Bibliographie complète et extrêmement étendue.

Traitement.

Anticorps tuberculeux et cuti-réaction à la tuberculine au cours des tuberculoses cutanées humaines. (BÉTHOUX. *C. R. de la Soc. de biol.*, t. XCI, p. 329, 5 juil. 1924.) — L'auteur a examiné 36 malades atteints de types divers de tuberculose cutanée. Il a parallèlement pratiqué la cuti-réaction à la tuberculine brute et la recherche des anticorps tuberculeux dans le sérum. Béthoux constate que le sérum de ces malades, notamment de ceux atteint de lupus, ne contient que fort peu d'anticorps tuberculeux. La grande majorité des lupus traités donnent une réaction de fixation négative. La cuti-réaction à la tuberculine a toujours été positive. Il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de la cuti-réaction à la tuberculine et la teneur des anticorps tuberculeux.

Emploi de la tuberculine en dermatologie. (JEANSELME et BURNIER. *Ann. de dermatol. et de syphil.*, n° 8 1924, p. 449-462.) — Les auteurs retracent l'historique de l'emploi de la tuberculine en dermatologie et passent en revue les techniques employées. Il ont utilisé dans leurs recherches la tuberculine C. L (Calmette-Lille) en injections sous-cutanées.

C'est principalement dans les tuberculides que la tuberculinothérapie a donné les meilleurs résultats. Les échecs sont rares mais la guérison n'est pas toujours définitive.

Traitement du lupus par l'antigène méthylique de Boquet et Nègre. (LORTAT-JACOB et BÉTHOUX. *Revue de la tubercul.*, t. V; n° 5, oct. 1924.) — Les auteurs rappellent d'abord la base expérimentale de la méthode. Les lipoïdes du bacille tuberculeux solubles dans l'alcool méthylique et insoluble dans l'acétone ont des propriétés antigènes, c'est-à-dire que *in vitro* ils dévient le complément avec le sérum des tuberculeux et que, *in vivo*, chez le lapin ils produisent des substances qui se comportent comme des anticorps. Ces lipoïdes ont la propriété de ralentir la marche de la tuberculose expérimentale du lapin et du cobaye quelle que soit la voie d'introduction : intrapéritonéale, intraveineuse, sous-cutanée. Enfin leur introduction chez le lapin et le cobaye tuberculeux ne provoque aucune manifestation d'hypersensibilité. Lortat-Jacob et Béthoux indiquent la technique employée dans leurs recherches et soulignent la tolérance du médicament injecté par voie intra-musculaire. L'action thérapeutique de l'antigène méthylique paraît particulièrement accusée sur les anciennes lésions à tendance ulcéreuse ou végétante. Elle constitue en pareil cas un asséchant de premier choix. Dans le lupus récent, non ulcéreux, l'action est moins marquée. Dans tous les cas le produit agit remarquablement sur l'état général du lupique. A ce titre il constitue un adjuvant précieux du traitement externe des tuberculoses cutanées et muqueuses.

Essai de traitement de quelques cas de lupus tuberculeux par l'antigène méthylique de Boquet et Nègre. (HALBRON et ISAAC-GEORGES. Section d'études scientifiques de l'œuvre de la tuberculose, séance du 1er mars 1924, in *Revue de la tubercul.*, t. V, n° 3, juin 1924; p. 422.) — Les auteurs constatent une amélioration marquée mais les succès obtenus ne semblent se maintenir qu'autant que l'on continue les injections.

Ulcères et phagédénismes cutanés tuberculeux atypiques. L'ulcère tuberculeux à l'emporte-pièce. (BONNET et FAVRE. *Journ. de méd. de Lyon*; n° 105, p. 299, 20 mai 1924.)

Traitement des eczémas suintants par l'enveloppement caoutchouté. (LORTAT-JACOB. *La Médecine*, nov. 1924. p. 118.) — Cet enveloppement vise le suintement de l'eczéma jusqu'à disparition total du liquide. Applicable surtout aux eczémas des goutteux, des uricémiques, des intoxiqués, cette méthode réalise une véritable saignée séreuse opportune quand il s'agit de prévenir ou de combattre des alternances morbides. On peut réaliser ainsi ce traitement.

1° Se servir d'une toile caoutchoutée fine.

2° Poser la toile en évitant les plis sur la surface suintante. Maintenir cette toile par des bandes pas trop serrées.

3° Dès que le suintement se produit, nettoyer l'eczéma au sérum physiologique. Remettre une toile caoutchoutée et refaire ainsi le pansement jusqu'à ce que l'eczéma ne suinte plus.

4° A ce moment appliquer des pommades.

Les traitements radiothérapiques du psoriasis. (LÉVY-FRANKEL et JUSTER. *La Médecine*, nov. 1924, p. 132.) — Les auteurs ont tenté l'irradiation des diverses glandes vasculaires sanguines associées ou isolées. Malgré les intéressants résultats obtenus, ces auteurs restent très prudents dans leur conclusion et retiennent le point suivant : la radiothérapie constitue un traitement commode particulièrement en ce qui concerne le psoriasis du cuir chevelu si difficile à traiter par les applications de pommade.

Traitement du lichen plan par la radiothérapie médullaire. (L.M. PAUTRIER. Réunion dermatologique de Strasbourg, 9 mars 1924 et 20 juillet 1924, in *Bull. de la Soc. franç. de dermatol. et syphil.*, n° 7 juillet 1924, R S. 67 et R.S. 159.) — Dans ces deux notes l'auteur rapporte des observations extrêmement encourageantes de lichen plan guéri par irradiation de la moelle. Aucun traitement externe ne fut appliqué. Dans un cas Pautrier a noté la disparition de manifestations buccales.

Médecine légale.

La Médecine légale et l'art de vérifier les dates. (THIBIERGE. *La Presse méd.*, n° 62, 2 août 1924.) — L'auteur montre par une série d'exemples l'importance que prend la précision des dates dans certaines expertises, notamment dans celles concernant les accidents de travail au point de vue dermatologique et syphiligraphique. Il importe que le médecin contrôleur des compagnies d'assurances rédige une observation précise et circonstanciée qui rendra les plus grands services aux experts.

SYPHILIGRAPHIE.

Réaction de Wassermann et contagiosité de la syphilis. (STERN. *Deuts. medizin. wochens.*, t. L, n° 1, 11 janvier 1924.) — Des dispositions légales ont être prises en Allemagne concernant la contagion syphilitique. Pour appliquer la loi, Aschoff a rédigé des instructions où le contrôle par la réaction

de Wassermann tient une grande place dans le dépistage de la contagiosité. Stern s'élève contre l'usage et la réaction de Wassermann à ce point de vue. Selon l'auteur la réaction de Wassermann n'est pas en rapport direct avec la présence de tréponème virulent dans l'organisme. Elle est en rapport avec les altérations de tissus produites par l'infection tréponémique. Le contrôle sérologique ne permet pas de se prononcer sur le danger de contagion par contact. Une réaction négative ne prouve pas qu'un sujet soit incapable de contaminer. Elle est négative au début des chancres, elle l'est très souvent aussi chez les enfants hérédo en puissance d'accidents très contagieux.

L'exemple des paralytiques généraux et tabétiques prouve enfin que la réaction peut demeurer positive sans qu'il soit possible d'en déduire que le malade demeure forcément contagieux.

D'après Stern, nombreux sont les cas où malgré une réaction de Wassermann devenue négative, une contamination s'est produite.

La réaction de Bordet-Wassermann et la pathologie générale de la syphilis au cours de la période primaire. (Gerlay. *Th. de Paris*, Legrand, édit. 1924.) — L'auteur fait une étude très documentée sur la question et nous retiendrons principalement les points suivants : La réaction de Bordet-Wassermann apparaît comme une réaction d'infection, elle montre que cette dernière s'établit dans un délai relativement fixe à partir de la date de contamination. Les dates d'apparition du chancre et des accidents secondaires sont très variables parce qu'elles sont conditionnées, de même d'ailleurs que les caractères objectifs des lésions, par un état spécial des tissus appelé état allergique ou état de sensibilisation qui est causé par le tréponème mais dont l'évolution est très variable suivant les individus et suivant les tissus de chaque individu. Le chancre influe sur la rapidité d'évolution de l'infection mais il ne constitue pas une étape fixe au cours de la généralisation. Après la contamination, les tréponèmes essaiment par voie sanguine.

Conférence sérologique internationale de Copenhague nov.-déc. 1923. (Mutermilch. *Presse méd.* 13 août 1924.) — On sait que les meilleurs techniciens furent réunis dans un laboratoire et pratiquèrent des séro-réactions simultanément, chacun d'après ses techniques. Voici les conclusions à retenir :

1° La conférence a reconnu avec toute évidence que la réaction de fixation de l'alexine s'est montrée beaucoup plus sensible que n'importe laquelle des méthodes de floculation (méthode de Sachs-Georgi ; méthode de Dreyr ; réaction de Méinike).

2° La conférence a reconnu que le procédé utilisant le sérum actif suivant la technique de l'Institut Pasteur de Paris a donné un nombre de résultats positifs, dans les cas de syphilis avérée, plus élevés par les méthodes utilisées par les autres chercheurs. La technique employée fut la technique d'Hecht perfectionnée par Levaditi ; Latapie, Weinberg, Mutermilch et appliquée à Copenhague par Mutermilch. Mais cette méthode est suspecte de donner des résultats non spécifiques en nombre plus élevé que les autres techniques.

3° Au point de vue de la valeur des antigènes, la conférence de Copenhague a conclu que les antigènes de cœur (antigène Bordet-Ruhelem) ont fourni les meilleurs résultats.

4° La conférence a prouvé l'infériorité incontestable des réactions de floculation sur le Bordet-Wassermann classique et elle a conclu que les réactions de floculation ne peuvent actuellement se substituer à la réaction de Bordet-Wassermann.

Quant à la valeur respective des différentes méthodes de floculation, la conférence de Copenhague a placé d'abord la Sachs-Georgi, puis la nouvelle réaction de Meinike (M. T. R.). La sigma-réaction de Dreyer a paru inférieure. La floculation de Vernes ne fut pas employée à Copenhague.

Séro-diagnostic de la syphilis. Méthodes colorimétriques de floculation indirecte. (Wassermann, Jacobsshal, Hecht) et méthode de floculation directe). Rubinstein. *Presse méd.*, n° 95, 25 nov. 1924, p. 939.) — L'auteur recommande l'emploi de plusieurs méthodes qui se contrôlent et se complètent. A cet égard, la combinaison des trois techniques, Bordet-Wassermann, Jacobsthal, Hecht, donne le maximum de garanties.

Les méthodes de floculation et la syphilimétrie. (Paul Gastou et Louis Béthoux. *Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, séance du 10 janvier 1924.)

Les méthodes dérivant de la réaction de Bordet-Wassermann et la syphilimétrie. Comparaison et valeur diagnostique. (*Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, séance du 14 février 1924).

La syphilimétrie dans le diagnostic et le traitement de la syphilis. (*Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, séance du 13 mars 1924.)

MM. Paul Gastou et Louis Béthoux dans une série de communications à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie étudient la valeur des méthodes dérivant de la réaction de Bordet-Wassermann, en particulier de la méthode de floculation de Vernes, appliquées au diagnostic et au traitement de la syphilis.

Véritable étude critique de la « syphilimétrie », cet important travail effectué au laboratoire de l'hôpital Saint-Louis porte sur l'examen de 1 200 sérums provenant de syphilis diverses, acquises, héréditaires ou latentes traitées ou non traitées. Nous ne saurions mieux renseigner le lecteur qu'en citant les auteurs eux-mêmes :

« La méthode de Vernes est des plus utiles pour le contrôle de la marche de l'infection et du traitement dans les syphilis en pleine activité. Elle ne donne plus la même certitude dans les syphilis anciennes, latentes, localisées, en traitement, mal traitées, dans la syphilis héréditaire. Elle ne traduit pas les reliquats d'infection qu'indiquent les méthodes habituelles.

Plus sensible que le Hecht et le Bordet Wassermann, du fait de l'étendue de son échelle, dans le contrôle de la marche de l'infection et du traitement : elle paraît exposer à moins de discordances lorsqu'il est nécessaire de pratiquer un grand nombre d'examens dans un temps très court.

Elle ne peut remplacer en aucun cas la clinique et si elle peut justifier jusqu'à un certain point « le traitement réglé par la précision des chiffres », dans les syphilis en activité, on ne peut accepter les conséquences de la loi des 3 huit telles que les a formulées M. Vernes.

Valeur de la floculation comparée aux autres méthodes sérologiques pour le diagnostic et le pronostic de la syphilis. (Demanche et Guénot. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1924, n° 7, t. XXXVIII, p. 625.) — Il importe que les médecins connaissent la valeur des techniques de diagnostic auxquels ils auront recours en syphiligraphie. La question des méthodes de floculation a été ces temps derniers très discutée. On sait que ces méthodes reposent sur la précipitation des granulations colloïdales du sérum des syphilitiques par un réactif de composition fixe. La mesure de la précipitation permet de déterminer l'intensité de la réaction. La technique de Vernes est caractérisée par la mesure pondérale de la floculation.

Dans leur important mémoire les auteurs étudient comparativement les réactions de floculation et les réactions de déviation. Vu l'intérêt qui s'attache à cette recherche nous reproduirons les conclusions de Demanche et Guénot.

I. La mesure pondérale de la floculation, pratiquée avec la technique rigoureuse et l'instrumentation de Vernes, est une méthode simple, facile à exécuter, permettant d'examiner en série un grand nombre de sérums. Elle donne dans tous les cas, même avec les sérums anticomplémentaires, des résultats précis, concordants entre différents laboratoires pour un même sérum et comparables entre eux pour un même malade.

II. Elle est pratiquement spécifique : nous n'avons jamais constaté, la lèpre mise à part, de résultats positifs en dehors de la syphilis.

III. Au point de vue de la valeur diagnostique elle est nettement inférieure aux méthodes classiques, au Wassermann dont elle se rapproche et surtout à la réaction de Hecht. S'il est en effet de règle de la trouver plus ou moins fortement positive dans les syphilis en pleine activité, pendant la période secondaire par exemple, elle est fréquemment négative à la période primaire, ou bien au cours des syphilis latentes, ou encore dans les syphilis traitées, alors que le Hecht et même le Wassermann sont déjà ou encore fortement positifs.

Cette infériorité est due à un défaut de sensibilité de la réaction de floculation aux premières modifications sériques, soit lorsque celles-ci commencent à apparaître au début de la

syphilis, soit lorsqu'elles tendent à s'effacer sous l'influence du temps ou du traitement. Le seuil de la positivité est notablement plus élevé pour elle que pour les autres réactions. C'est à ce défaut de sensibilité et non pas à un vice de principe que nous rapportons les erreurs que nous avons constatées et qui sont, croyons-nous, celles qui ont été déjà signalées à son passif.

Il n'en reste pas moins que la réaction de floculation est un guide insuffisant et parfois infidèle, aussi bien pour l'établissement du diagnostic que pour le contrôle du traitement. Loin de pouvoir remplacer les méthodes classiques, elle est moins sensible qu'elle et ne doit être employée que concurremment avec elles.

IV. Par contre dans la zone de positivité, elle offre l'avantage de posséder un champ d'observation très étendu et de distinguer toute une série de degrés entre les sérums positifs. Elle permet ainsi de reconnaître de façon précoce et dès son stade initial l'action du traitement.

V. Mais ce serait une erreur de croire que la mesure pondérale de la floculation puisse servir à mesurer l'infection syphilitique. Malgré son apparence mathématique, elle ne constitue nullement une méthode de syphilimétrie. L'abondance de la floculation n'est en rapport direct ni avec l'intensité des lésions actuelles dans les syphilis en évolution, ni avec la gravité des antécédents dans les syphilis latentes. Pas plus que les méthodes classiques de séro-diagnostic, la réaction de floculation n'est capable d'exprimer à elle seule l'état réel des malades. Nous ne savons pas exactement quelles relations existent entre l'intensité de l'infection syphilitique et les modifications sanguines que décèlent les épreuves sérologiques. Celles-ci apportent à la clinique un complément d'informations, elles ne sauraient la supplanter.

Etude sur la culture du spirochète. — Charles Weiss et Dorothy Wilkes-Weiss. *Journ. of Inf. Dis.*, mars 1924, t. XXXIV, p. 212.) — La concentration en ions hydrogène exerce une certaine influence sur la croissance du spirochète dans les milieux de culture. La réaction optima est de Ph 7,6-7,8. Un grand nombre de milieux au Ph favorable ont été essayés. De bons résultats ont été obtenus avec les suivants : sérum de cheval-bouillon additionné de 0,2 p. 100 de gélose: bouillon de Huntoon additionné d'œuf; milieu au sang de lapin défibriné additionné de 0,2 p. 100 de gélose. Les auteurs ont préparé le milieu suivant : deux œufs frais sont émulsionnés dans 200 centimètres cubes d'eau additionnée de 1 p. 100 de peptone, 0,2 p. 100 de phosphate de sodium et 0,2 p. 100 de gélose. Ce milieu porté à l'ébullition est ensuite distribué dans des tubes recouvert d'une couche d'huile de pétrole.

Essais sur l'agglutination du spirochète. (K. Blum. *Zeitsch. f. Immun.*, 12 août 1924, t. XL, p. 491.) — Les lapins ayant servi aux recherches étaient inoculés avec une suspension de spirochète obtenue par trituration de syphilome testiculaire du lapin. Le sérum des lapins inoculé avec le virus syphilitique acquiert un pouvoir agglutinant vis-à-vis des spirochètes, mais ce pouvoir n'apparaît que lentement et semble lié à l'ancienneté de l'infection et à son intensité.

Clinique.

Epilepsies révélées syphilitiques par la radiothérapie du crâne, Ostéites de la table interne, (3 observations). (André Léri et Paul Cottenot. *Soc. franç. de dermatol. et de syphil.*, séance du 8 mai 1924, in Bulletin de la société, n° 5, mai 1924, p. 242.) — Les auteurs montrent dans cette très intéressante étude que la radiographie du crâne a permis de dépister, en dehors de tout antécédent, de tout signe apparent, de toute réaction humorale les trois variétés d'ostéites syphilitiques : Nodules gommeux, ulcération osseuse, hyperostose au niveau de la table interne.

Les trois malades étudiés par les auteurs présentaient des signes d'épilepsie à caractère Jacksonien plus ou moins net.

Les résultats remarquables obtenus par le traitement bismuthé, tant au point de vue clinique que radiographique, montrent indiscutablement que ces lésions osseuses sont bien syphilitiques et qu'elles sont en rapport avec les manifestations comitiales.

L'ostéite déformante de Paget est-elle d'origine syphilitique? (Thibierge. *Paris méd.*, n° 52, 27 déc. 1924.) — L'auteur estime nullement démontrée la nature syphilitique de la maladie de Paget jadis soutenue par Lannelongue et Fournier. La réaction de Wassermann est négative le plus souvent 78 p. 100. La radiographie montre de profondes différences entre les deux maladies et si la syphilis intervient ce n'est qu'à titre accessoire et secondaire.

Traitement.

Action du dérivé formylé de l'acide méta-amino paraoxyphényl arsinique administré par la bouche, sur la réaction de Bordet-Wassermann au cours des périodes primaire et secondaire de la syphilis. (M. Clément Simon. *Soc. franç. de dermatal. et de syphil.*, 10 juillet 1924, in Bulletin de cette société, n° 7, p. 380.) — L'auteur étudie l'action du tréparsol sur la réaction de Bordet-Wassermann au cours de la période primaire et secondaire de la syphilis. Se basant sur de nombreux documents il conclut que dans les cas qu'il a observés l'action est aussi rapide et aussi constante que celle du 914 et plus rapide que celle du bismuth.

Les observations recueillies par les différents médecins français et étrangers qui ont employé ce médicament permettent de lui assurer une place importante dans l'arsenal thérapeutique anti-syphilitique.

Le traitement abortif de la syphilis. (Professeur R. Polland (de Graz). *Wiener. klinisch. woch.*, t. XXXVII, n° 6, 7 fév. 1924.) — Travail basé sur l'examen de quatre-vingt-huit cas de syphilis traités dans les six semaines qui suivent le cartage, diagnostic contrôlé à l'électro-microscope. Traitement au néosalvarsan. Les sujets sont considérés comme guéris lorsqu'ils restent deux à trois ans sans accident, le Wassermann demeurant négatif. (Mais il n'est pas fait mention de la ponction lombaire.) Dans ces conditions les guérisons sont évaluées selon des pourcentages variant de 90 à 40 p. 100 suivant le moment plus ou moins précoce du traitement (de la troisième à la sixième semaine).

Sur l'action tréponémicide des pommades prophylactiques. (Goducheau. *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 4 janvier 1925.) — Il s'agit d'une modification de la pommade de Metchnikoff. Elle est ainsi constituée :

Cyanure de mercure............	0,10
Thymol.........................	1,75
Calomel........................	25
Lanoline.......................	50
Vaseline............... Q. s. p.	100

Les expériences sur le singe et le lapin montrent que les animaux expérimentalement inoculés ont été préservés par application de cette pommade. Les essais faits sur l'homme sont satisfaisants.

Principes, technique et critique de la méthode des injections intrarachidiennes dans le traitement de la neurosyphilis. (Delbeke. *Le Scalpel* (Bruxelles), 2 fév. 1924, n° 5, t. LXXVII.) — L'auteur rejette cette méthode qu'il juge incertaine dans ses fondements, douloureuse dans les effets immédiats et dont les statistiques sont encore trop insuffisantes.

Récidives secondaires et accidents chancriformes chez les syphilitiques traités. (Hudelo et Rabut. *Presse méd.*, 10 sept. 1924, n° 73, p. 740.) — Les observations rapportées par les auteurs prouvent que ni la clinique ni le laboratoire ne donnent de précision suffisante pour affirmer la guérison complète de la syphilis. Celle-ci doit être traitée d'une façon non seulement intensive mais prolongée et malgré les barrages successifs de la réactivation et de la ponction lombaire le malade doit rester sous la surveillance permanente et assurée du médecin.

Elimination du bismuth dans l'urine dans le traitement de la syphilis avec quelques préparations ordinaires de bismuth. (Swend Lomholt. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1925, n° 3, p. 170.) — La méthode employée fut celle de Hevesy qui utilise un mélange de métal radio-actif aux préparations inactives, dont la destinée dans l'organisme sera recherchée. Il

suffit alors de déterminer la quantité de rayons dans la quantité de substance dont on veut connaître le contenu. A l'aide de cette méthode l'auteur a étudié la circulation du bismuth dans l'organisme en expérimentant sur le lapin qui recevait des injections intramusculaires de différentes préparations bismuthiques. Ensuite les recherches ont été effectuées sur l'homme. L'auteur conclut ainsi : les suspensions huileuses sont absorbées bien plus lentement que les suspensions aqueuses correspondantes; la différence réciproque des préparations examinées est bien plus prononcée pour les suspensions huileuses que pour les suspensions aqueuses, les suspensions aqueuses sont très vites absorbées; après une période de quatorze jours, on peut estimer que les trois quarts environ de la quantité injectée ont été éliminés.

Réaction de bismuthothérapie anti-syphilitique sur le tube digestif, la peau et le système nerveux. (MM. HUDELO et RABUT. *Soc. franç. de syphil.*, 10 janv. 1924, in Bulletin de cette société, n° 1, janv. 1924.) — Les troubles gastro-intestinaux peuvent exister isolément ou être associés au syndrome grippal (grippe bismuthique, analogue à la grippe mercurielle).

Du côté de l'estomac les troubles peuvent être réduits à des bâillements, à une pesanteur gastrique ou encore à une douleur plus ou moins vive au niveau de l'épigastre, soit momentanée soit permanente avec paroxysmes post-prandiaux. Plus rarement le lendemain de l'injection, on note un état nauséeux pouvant persister vingt-quatre à quarante-huit heures. Exceptionnellement il existe de vraies crises gastriques douloureuses, fébriles.

Les phénomènes intestinaux sont plus rares : diarrhée, coliques sèches.

Le foie est exceptionnellement touché. Cependant l'ictère a été observé. Il convient, peut-être, de rattacher à l'action du bismuth sur un foie déficient, les phénomènes hématogiques signalés par quelques auteurs.

Les accidents cutanés ne sont ni fréquents ni graves. Citons parmi les éruptions signalées : les urticaires, érythèmes, papulosquameux, scarlatiformes, lichénoïdes, les érythèmes purpuriques, desquamatif, etc.

Les manifestations observées du côté du système nerveux, sont d'une pathogénie mal élucidée. Certaines de ces manifestations sont immédiates et peuvent être sans doute rattachées à un troubles vago-sympathique : vertiges, éblouissements, angoisse thoracique, sensation d'étouffement. Ces phénomènes peuvent revêtir l'aspect d'une crise nitritoïde.

Des troubles moteurs peuvent enfin survenir : hémiparésie paraplégie passagères. D'autres manifestations ont été observées : céphalée, somnolence, ou inversement agitation, insomnie, douleurs articulaires, musculaires, tous phénomènes disparaissant dès cessation de traitement. Enfin il faut bien insister sur le caractère passager et bénin de ces divers manifestations cliniques.

Hérédo-syphilis.

Hypertension artérielle infantile, stigmate d'hérédo-syphilis. (J. GENEVRIER. *Bull. méd.*, 1925, p. 169.) — La tension artérielle doit être prise chez l'enfant couché entre les repas. C'est généralement vers la huitième ou dixième année que la tension commence à être manifeste. L'auteur ne retient que les hypertensions isolées, survenant en dehors de toute atteinte rénale ou cardio-artérielle. Elle constitue une surprise d'examen. Les troubles fonctionnels sont nuls dans de telles hypertensions. Les modifications de l'état général paraissent en rapport avec l'infection originelle que l'on retrouve dans les antécédents du petit malade : insuffisance du poids et de la taille, maigreur relative, micropoly-adénopathie, anémie. Mais à ces symptômes viennent se surajouter des stigmates plus précis d'hérédo-syphilis : malformations osseuses, dentaires, nasales, strabisme, kératite, quelquefois même arriération mentale.

Souvent les antécédents confirment la notion d'un syphilis chez les parents. La réaction de Wassermann peut être positive, mais Genevrier précise bien que son absence ne suffit pas à faire écarter le diagnostic d'hérédo-syphilis lorsque l'enfant présente des stigmates ou que les antécédents en fournissent la preuve. Le mécanisme par lequel se réalise l'hypertension artérielle dans ces cas est obscur.

Genevrier suppose que l'altération première porte sur les glandes endocrines, spécialement sur les glandes surrénales ou sur le système sympathique et même sur le système nerveux central.

Le traitement spécifique ne détermine pas l'abaissement de la tension mais améliore notablement l'état général. Le régime hygiénique et diététique empêche, par ailleurs, l'aggravation du syndrome; l'hypertension reste à un taux modérément élevé et ainsi n'arrive pas à produire, à l'âge adulte, des troubles de décompensation. Il y a donc nécessité à faire le diagnostic précoce de l'hypertension infantile.

Les enseignements de la réaction de Wassermann au point de vue de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. (H. LEMERRE et LÉVY. *Paris méd.*, 10 janv. 1925, n° 2.) — On croit toujours beaucoup trop souvent qu'une réaction de Bordet-Wassermann négative affirme l'absence de toute syphilis et le médecin n'institue pas de traitement spécifique parce que l'épreuve sérologique est négative. Les auteurs apportent huit observations d'enfant atteint de lésions hérédo-spécifiques typiques : syphilides cutanées et muqueuses, périostite gommeuse, raghade, splénomégalie, pseudo-paralysie, etc.

Chez ces enfants la réaction était néanmoins négative. Inversement des enfants ne présentant aucun signe clinique peuvent avoir une réaction positive. Pour dépister cette hérédo-syphilis latente il faut examiner l'enfant dès les premiers mois de la vie et tenir compte des plus légers signes de suspicion.

Chancre mou.

Traitement du chancre mou par le rayonnement total du radium. (LACAPÈRE et GALLIOT. *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, séance du 10 janv. 1924; *Bull. de la Soc.*, n° 1, janv. 1924, p. 28.) — La méthode consiste dans l'utilisation du rayonnement total du radium par application locale d'un sel de radium inclus dans un véhicule pâteux. Les auteurs ont constaté que la durée moyenne du traitement est considérablement diminuée; que la guérison est toujours assez rapide pour éviter l'apparition d'adénite chancrelleuse; que le mécanisme d'action ne résulte ni de la stérilisation des micro-organismes ni de l'augmentation du pouvoir phagocytaire, mais bien de la production d'un afflux considérable de leucocytes et d'une hypersécrétion des glandes muqueuses produisant un véritable curettage de la lésion. L'action stimulante sur l'épiderme concourt à la stérilisation de la lésion.

Les acquisitions récentes au sujet du diagnostic et du traitement du chancre mou et de ses complications. (Charles NICOLLE et Paul DURAND. *Presse méd.*, n° 104, 27 déc. 1924, p. 1033.) — Cet important article résume les diverses acquisitions faites en insistant sur les applications pratiques. Les auteurs examinent les points suivants : 1° *Méthodes d'isolement du streptobacille et entretien des cultures selon les règles préconisées par Reenstierna.*

2° *Intradermo-réaction de Reenstierna et son application au diagnostic du chancre mou.* — Cette intradermo-réaction est pratiquée avec des émulsions de cultures mortes. On inocule quelques gouttes dans le derme. La réaction positive est caractérisée par une papule entourée d'une zone érythémateuse plus ou moins étendue. Cette réaction est d'autant plus nette que la lésion est plus ancienne; elle permet un diagnostic rétrospectif, même au bout de dix ans. Son caractère spécifique est absolu et elle est constante pourvu que la lésion compte un certain nombre de jours d'existence. Une telle méthode mérite d'entrer dans la pratique pour le diagnostic du chancre mou.

3° *Traitement du chancre mou et de ses complications par le sérum antistreptobacillaire.* — Reenstierna qui a mis au point cette sérothérapie utilise le sérum de mouton immunisé additionné des corps microbiens non spécifiques (corps de bacilles typhiques) pour provoquer par choc une réaction fébrile forte. Mais il détermine aussi une réaction locale violente. Les effets thérapeutiques sont, par contre, des plus éclatants. La guérison est presque toujours rapide. Des bubons non ouverts ont guéri en cinq à dix jours au bout de deux piqûres. Pour les chancres il ne faut pas négliger le nettoyage local de la lésion.

4° *Traitement par les inoculations intraveineuses du vaccin antistreptobacillaire.* — Cette technique est celle des auteurs. Ils emploient la voie veineuse pour éviter la réaction locale

intense d'une piqûre sous-cutanée. L'inoculation est suivie d'une réaction générale intense, mais passagère et beaucoup moins marquée que la réaction due à la sérothérapie.

Trois à six piqûres à doses progressives (1 à 3 centimètres cubes) suffisent en général.

Cf. — Recherches sur le bacille de Ducrey. (J. REENSTIERNA. *Arch. de l'Ins. Pasteur de Tunis*, t. XII, fasc. 3-4, déc. 1923, p. 273-312.)

Nouvelles recherches sur le chancre mou. Sur traitement par les inoculations intraveineuses de vaccin antistreptobacillaire. (REENSTIERNA. *Arch. de l'Inst. Pasteur de Tunis*, t. XIII, fasc. 3-4, oct. 1924, p. 243-298.

QUESTION D'INTERNAT

COMPLICATIONS MAMMAIRES DE L'ALLAITEMENT [1]

LA SYPHILIS DU SEIN est d'une grande importance sociale. Il faut toujours examiner soigneusement l'enfant que l'on confie à une nourrice, rechercher l'HÉRÉDO-SYPHILIS. Un tel enfant doit être nourri par sa mère qui même saine ne contracte pas l'affection.

Le chancre siège à la base du mamelon. C'est au début la plus banale, la plus insignifiante des érosions.

Mais bientôt il prend ses caractères classiques; cependant l'*adénopathie* reste toujours *beaucoup plus discrète* que dans toute autre localisation.

Mais le chancre est souvent *fissuraire*. SES CARACTÈRES sont toujours déformés par l'infection due à la succion.

Mieux que l'examen du sein c'est celui de la bouche du nourrisson qui fait le diagnostic.

Enfin, pour être complet, nous citerons LE MUGUET DU SEIN.

DIAGNOSTIC

COMPLICATIONS AIGUES. — *A.* **La brusque élévation de température de la lymphangite** fait discuter avant tout L'INFECTION PUERPÉRALE.

Mais le pouls n'est pas dissocié d'avec la température, il n'y a pas de signes utérins, les lochies ne sont pas fétides.

LA PYÉLONÉPHRITE des premiers jours après l'accouchement est reconnue par l'examen des urines.

LA PHLÉBITE est plus tardive ; elle n'est guère à craindre les premiers jours de l'accouchement : le mollet n'est pas douloureux au ballottement, il n'est pas augmenté de volume.

B. **En présence d'un abcès du sein**, reste à savoir s'il s'agit d'*abcès prémammaire ou de mastite*.

Dans celle-ci il n'y a *pas d'adénite, le lait est mélangé de pus*.

Mais des signes inflammatoires doivent toujours faire penser à la MASTITE CARCINOMATEUSE, au redoutable *cancer aigu des femmes en lactation*.

Le sein est envahi en masse, il est doublé de volume, *la bilatéralité est fréquente*. Des ganglions existent dans l'aisselle.

L'évolution se fait rapidement vers la cachexie; la mort survient en quelques semaines.

COMPLICATIONS CHRONIQUES. — Qu'il s'agisse du *galactocèle* ou de la *mammite chronique* c'est le diagnostic des tumeurs du sein qui est à discuter :

A. **En présence d'une tumeur nettement encapsulée, mobile**, sans *adénopathie*, plutôt qu'à un galactocèle si rare, on pense à une TUMEUR BÉNIGNE, *adénofibrome*, *adénome kystique* ou *tumeur mixte*; bénignes toutes ces tumeurs n'en nécessitent pas moins l'exérèse en raison des risques de dégénérescence.

Enfin, sous ces allures de tumeur bénigne peut se présenter aussi l'ÉPITHÉLIOMA DENTRITIQUE qu'aura souvent trahi avant l'apparition de la tumeur un écoulement de sang par le mamelon.

B. **En présence d'une tumeur non encapsulée**, tant soit peu adhérente, avec adénopathie, on pense d'emblée au CANCER. Mais il ne faut pas oublier la possibilité de la mammite chronique. Rappelons les signes qui peuvent aider à la différenciation : la *douleur spontanée* survenant par poussées au moment des règles, la *douleur à la palpation* de la tumeur et des ganglions, la *mobilité* conservée à un certain degré.

Dans quelques cas exceptionnels on sera en présence d'une TUBERCULOSE DU SEIN.

Si elle n'est pas fistulisée, plus que l'aspect de la tumeur celui des ganglions orientera le diagnostic.

Volumineux, souvent réunis à la tumeur par un cordon induré, ils ont tous les caractères de l'adénopathie tuberculeuse. Rapides dans leur évolution c'est souvent eux qui font découvrir le noyau mammaire, qu'ils précèdent d'ailleurs dans l'évolution vers la fistulisation.

TRAITEMENT

COMPLICATIONS AIGUES. — Un grand principe : supprimer l'allaitement du côté malade et allaiter de l'autre pour éviter que la sécrétion ne s'arrête.

Empêcher à tout prix que l'infection ne devienne bilatérale.

CREVASSE. — PROPHYLACTIQUE avant tout. Laver le mamelon à l'alcool après chaque tétée, le recouvrir d'une compresse stérile.

CURATIF. — Iode après insensibilisation à la cocaïne.

Et c'est là le véritable traitement préventif des autres complications.

LYMPHANGITE. — Compresses humides chaudes alcoolisées. **Vaccinothérapie.**

MASTITE. — **Vaccinothérapie** qui reste le traitement de premier plan.

1. *Si l'abcès n'est pas collecté* y associer l'expression méthodique de la glande (Budin), la compression modérée.
2. *Si le pus est collecté* et si la vaccinothérapie échoue :

Drainage filiforme par un séton de crin de Florence.

PONCTION au bistouri.

Incision de l'abcès PETITE et parallèle aux canaux galactophores, le long du rayon de la glande.

Mais si l'abcès est profond, il ne faut pas hésiter à pratiquer l'*incision sous-mammaire* qui donne un jour plus grand et permet un drainage efficace.

On curette la glande, on évacue l'abcès rétromammaire s'il existe.

Enfin, l'*amputation du sein* sera parfois rendue nécessaire par la multiplicité des foyers ou leur fistulisation.

GALACTOCÈLE. — Préférer l'extirpation de la poche à la ponction ou à l'incision.

MAMMITE CHRONIQUE. — *Compression du sein. Excision du noyau* s'il est par trop douloureux.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 54, p. 810, et n° 56, p. 922.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Energétique clinique. Physiopathologie. Thérapeutique. Le sympathique, le vague, les réflexes de la vie organo-végétative, par A. MARTINET. Ouvrage publié par les soins du docteur MARTINGAY. Un vol. de 416 pages avec 104 fig. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

Clinique médicale des enfants. Affections de l'appareil circulatoire, par P. NOBÉCOURT, professeur de clinique médicale des Enfants à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. de 372 pages avec 122 figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Maladies des glandes endocrines, par le prof. KNUD H. KRABBE. Préface du docteur Stephen CHAUVET. In-8 avec 25 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Le François.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Liste, dans l'ordre alphabétique, des candidats autorisés à se présenter au concours de l'internat en médecine (année 1925) :

MM. Ab-El-Nour, Ab-der-Halden, Mlle Abricossoff, MM. Agnès, Alavoine, Alibert, Allard, Anchel, André, Andrieu, Ardouin, Armand, Arnaud, Arnaudet, Arnon, Arondel, Mlle Arrighi de Casanova, MM. Asselin, Asselin de Williencourt, Aubriet, Audouin, Augier, Aujay, Aupérin, Avril, Azalbert,

Bachelier, Bachelin, Baconnet, Bagot, Bailby, Baillet, Baldy, Barbara, Bardin, Mlle Bardy, MM. Baron (Pierre), Baron (François), Barthes, Barragué, Basset, Mlles Bastien, Baudry, MM. Béal, Beaugeard, Beaux, Mlle Begaud, MM. Bénassy, Benoist, Bérard, Bérardier, Béraudy, Berdet, Bergouignan, Bernard (Et.), Bernard (P.), Bernheim (R.), Berson, Berton, Bertrand (Jean), Bertrand (Joseph), Bertrand (Pierre), Mlle Besson, MM. Bidoire, Billiard, Mlle Bizou, M. Blanche, Mlle Blanchez, M. Bocquentin, Mlle Boegner, MM. Boidot, Bompard, Bompart, Boquel, Bordier, Bosnière, Bosquet, Boulland, Bourdin, Bourgois, Bouvet, Bouvier, Boyer, Breton, Briau, Briault, Brion, Brisard, Brongniard, Mlle Brosse, MM. Bruchon, Brunet (René), Brunet (Simon), Bucquoy, Mlle Bucsan, MM. Buisson, Bureau (Jean), Bureau (Robert), Bureau (Yves), Burnouf, Busser, Busson,

Cachera, Cadilhac, Mlle Cahen, MM. Cahen, Caillaud, Calamy, Calmels, Camail, Camps, Camus, Cannac, Canonne, Mme Cao-Si-Tan, MM. Carvaillo, Casaubon, Cazès, Chabaud, Chadourne, Champenois, Chaperon, Chartol, Chatagnon, Chavanon, Chauveau, Chazel, Cheynet, Choffé, Chomereau-Lamotte, Mlle Choquart, MM. Chureau, Cofino, Cohen-Deloro, Colin, Constant, Constantoulakis, Mlle Corbillon, MM. Cord, Cordier, Corman, Cossa, Couderc, Coudrain, Cournand, Mlle Courtine, MM. Courtois, Couturat, Couvelaire, Cros, Mlle Cuénin, MM. Cuvillier, Dany, Darfeuille, Darré, Mlle Dartin, MM. David, Davioud, Dausse, Debon, Decourt, Degos, Degrais, Delafarge, Delage, Delaporte, Deliencourt, Delmas, Delthil, Delvaille, Demoly, Demoulin, Deransart, Derot, Mlle Desbrousses, MM. Descomps, Desgrez, Deslandres, Desoille, Desormeaux, Diriart, Douady, Mme Dramez née Leblond, M. Dreyfus, Mlle Dreyfus, Dromer, Drorchard, Dublineau, Ducas, Dufieux, Duhamel, Dulac, Duminil, Duncombe, Dupuy, Durand, Durrbach,

Ehrenberg, Elbaz, Even,

Falaize, Faraut, Farret, Favre, Fayot, Mlle Fayot, MM. Fellous, Fenal, Ferrand, Ferrer, Filliol, Flahault, Fleury (Jean), Fleury (Robert), Folliasson, Fort, Fortier, Fortin (André), Fortin (René), Foubert, Fouquet, Fourniat, Fournié (Fr.), Fournié (Roger), Frantz, Fréchin, Mlle Frey, MM. Fribourg, Funck,

Gabriel, Gadaud, Gallais, Gallet, Ganem, Gardette, Garnier (André), Garnier (Pierre), Gasni, Gaston, Gaucher, Gaulier, Mlle Gautheron, MM. Gavois, Georges (Jean), Georges (M.), Gerson, Gibert (Ed.), Gibert (H.), Gilbrin, Ginestel (de), Gloppe, Goguel, Goidin, Goldberg, Golé, Gomet, Gorodiche, Gorostidi, Gourdon, Gouyen, Grancher, Grasset, Grenaud, Grinda, Grippon, Griveaud, Grognot, Guédé, Guérin (H.), Guérin (Ph.), Mlle Guéry, MM. Guillon, Guillot, Guisoni, Guyot,

Hamelin, Havret, Hébert (J.), Hébert (R.), Hébert-Suffren, Mlles Heimann, Henry, MM. Herman, Hervy, Hesse, Hiély, Mlle Hirsch, MM. Hô-Dac, Horovitz, Hortopan, Houzeau, Mlle Houzeau, MM. Huguenin, Hurez, Husseinstein,

Ilaire, Imbert,

Jacquemaire, Jahiel, Jardet, Jean, Jeanne, Jeantel, Jéhiel, Joly, Jonard, Jourdan, Jullien,

Kaufmann,

Mlle Labat de Lambert, MM. Laborde, Lacan, Mlle Lacan, MM. Lacoste, Lafitte, Lafont, Laffaille, Laflotte, Lagarrigue, Lançon (J.), Lançon (R.), Mlle Landowski, MM. Lang, Langenhagen (de), Langumier, Langue, Lapiné, Laporte, Lataix, Mlle Laurent, MM. Laval, Lavoipierre, Le Baron, Lebenthal, Mlle Lebourbier, M. Lechaux, Mlle Lecocq, MM. Leconte (H.), Leconte (M.), Lefèvre (P.-M.), Lefèvre (P.-C.), Mlle Lefilliâtre, MM. Lejeune, Lelièvre, Lemaire, Lemoyne, Lenègre-Thourin, Mlle Lequin,

Lereboullet, Leroy, Levassor (P.), Levassor (R.) Levaxelaire, Leviez, Lévy (A.) Mlle Lévy, MM. Lévy (Pierre), Litchenberger, Liège, Lièvre, Léquier, Loeb, Lortat-Jacob, Loubeyre, Louvel, Lowenbruck, Luzuy, Lyonnet,

Mlle Maas, M. Magloire, Mlle Magrah, MM. Mathieu, Maire-Améro, Maire, Maksud, Mlle Maldan, MM. Mâle, Mamou, Mantion, Marco, Marie, Marion, Marmasse, Martin (H. V.), Martin (P. V.), Marty (Jacques), Masquet, Massot, Maurellet, Mauric, Maximin, Mlle de Mayo (Flore), Mayer, Meeus, Megnin, Merger, Merklen, Méry, Mesplomb, Meurises, Mevel, Meyer, Mialaret, Michel-Béchet, Milhiet, Milleret (Pierre), Mimin, Mimet, Mimot, Mirallié, Moatti, Monnerat-Dumaine, Monnier, Montant, Moraux, Moret, Mlle Morin, MM. Mouchet, Mougeot, Mlle Mouneyrat, Mourrut, Moutard, Montarde, Moyse, Mugnier, Muller,

Nadji, Naggiar, Nataf, Nativelle, Nedelec, Néron, Mlle Nicolle, M. Odinet, Mlle Oguse, MM. Ollivier, Ombrédanne,

Padovani, Pannier, Mlle Papaïonnou, MM. Parent, Paris (D. G.), Paris (R. J.), Parlier, Parmentier, Pascal, Paschetta, Mlles Pau, Pauc, MM. Pauchet, Pellé, Perin, Perlès, Perono, Perret. Perrin, Petit, Petrignani, Peynet, Peytavin, Picot, Pichard, Mlle Pichot, MM. Pinoche, Pissavy, Mlle Pithon, MM. Plessier, Poisson, Pompanon, Poret, Pottier, Poumailloux, Poumeau-Delille, Pradier, Prat, Prat-Flottes, Prévost, Priollet, Prugniaud, Puech,

Quénée, Queinnec, Quereilhac, Querneau, Quilliot, Quivy,

Rabetrano. Racine, Raga, Mlle Rappoport, MM. Rault, Ravier, Redaud, Regnault, Mlle Rékis, MM. Renard, Reyt, Richier, Mlle Riom, MM. Rivoire, Robin, Rochette, Rogès, Rollet, Romeyer, Mlle Ronget, M. Roseau, Mlle Rosenbaum, MM. Rosier, Rossert, Rouart, Rouchaud, Mlle Roudinesco, MM. Rouquès, Rousseau, Roy, Rudaux, Rudolf,

Saingery, Mlle Saint-Laurens, MM. Saint-Pierre, Salavert, Sallard, Sallé, Samitca, Sassier, Mlles Sayag, Sazerac de Forges, Scherrer, MM. Schiever, Schoengrun, Schwob, Sébileau, Sée, Segond, Segrestaa, Seidmann, Senoze, Servel, Sèze (de), Sicard (André), Sicard (Robert), Sigwald, Soulié, Sourice, Sourdille, Stéhelin, Stérin, Mlle Stoeber, MM. Stuhl,

Tabuteau, Tacquet, Tariel, Tarteral, Teurnier, Thévenard, Thoyer, Thiébaut, Thiéry, Thomas, Tillé, Tixier, Topart, Tournant, Triau, Mme Trivas, MM. Troncin, Trubert, Turpault,

Mlle Ulmann, MM. Uhry,

Vachez, Van-der-Elst, Vanier, Vannier, Mlle Vannier, MM. Vasseur, Vayron de la Moureyre, Vendel, Verger, Vermorel, Vernholes, Vernotte, Veslot, Vezin, Mlle Vidal, MM. Vidal-Naquet, Vieillard-Baron, Villechaize, Vincent, Voillemin, Von Der Horst, Vuillième,

Wauthier, Weill (Adr.), Weill (J.-R.), Mlles Weill, Weiss, Wertheimer, MM. Wester, Weyl, Widlocher, Willemin (Jean), Willemin (Louis), Wolff, Mlle Wolff,

MM. Zadoc-Kahn, Zagdoun, Mlle Zimmer.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — La chaire d'hygiène et de bactériologie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lille est déclarée vacante.

La chaire de pathologie et thérapeutique générales de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon est déclarée vacante.

XIIe CONGRÈS D'HYGIÈNE (Paris, Institut Pasteur, 20, 21 et 22 octobre 1925). — Le XIIe Congrès d'hygiène, organisé par la Société de médecine publique, s'ouvrira sous la présidence effective de M. le ministre du Travail et de l'Hygiène; il tiendra séance les mardi 20, mercredi 21, jeudi 22 octobre 1925, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'Institut Pasteur, sous la présidence de M. le docteur Faivre, inspecteur général honoraire des services administratifs, président de la Société de médecine publique et de génie sanitaire pour 1925.

L'inscription au Congrès est gratuite pour MM. les membres de la Société de médecine publique, pour MM. les membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français ainsi que pour MM. les inspecteurs départementaux et directeurs de bureau d'hygiène. Les congressistes n'appartenant pas à ces catégories auront à verser un droit d'inscription de 30 francs qu'ils devront adresser dès que possible à M. Bossus, agent de la Société, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe); ils recevront en échange le numéro que la *Revue d'hygiène* consacrera spécialement aux comptes rendus du Congrès et que les membres de la Société de médecine publique continueront seuls à recevoir gratuitement.

Questions à l'ordre du jour : 1° « La syphilis est-elle en voie de régression? preuves, documents. » Rapporteur : M. le professeur Pautrier, professeur de clinique dermatologique à la Faculté de médecine de Strasbourg.

2° « Epidémiologie de la fièvre ondulante; distribution géographique; prophylaxie. » Rapporteurs : La fièvre ondulante (spécialement en tant que maladie exotique), M. le docteur Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur en Tunisie. — La fièvre ondulante en France, MM. les docteurs Aublant, inspecteur principal des services d'hygiène; Dubois, inspecteur des services vétérinaires, et Lisbonne, professeur de bactériologie à la Faculté de Montpellier.

3° « Standardisation des méthodes d'analyse bactériologique des eaux. » Rapporteur : M. le docteur Rochaix, professeur agrégé d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon.

La veille de l'ouverture du Congrès (lundi 19 octobre 1925) aura lieu à 15 heures, à l'Institut Pasteur, la réunion des membres de l'Association amicale des médecins hygiénistes français (réunion privée).

LA LUTTE CONTRE LE CANCER. — M. Jean Varenne a déposé au Conseil général de la Seine une proposition tendant à la création, près la chaire d'anatomie pathologique de la Faculté de médecine de Paris, d'un Institut pour l'étude et le traitement du cancer.

Le département concéderait gratuitement le terrain nécessaire à la construction de cet Institut.

MÉDECINS DE L'AMÉRIQUE LATINE A LILLE. — Une mission de médecins de l'Amérique latine (Pérou, Cuba, Argentine, Uruguay, Mexique, Brésil, Paraguay) est venue visiter la cité des cheminots de Lille-Délivrance, sous la conduite du docteur Destouches. La visite a eu spécialement pour objet la Goutte de lait, les écoles maternelle et ménagère, l'école et le jardin des Tout-Petits.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Adrien Cartier, médecin principal de la marine en retraite; E. Favreau (de Paris), Laran (de Paris), Louis Mariage (de Valenciennes), ancien interne des hôpitaux de Paris; le professeur Paul Troisfontaines (de Liége).

Edmond POTHERAT

Nous apprenons avec un vif regret la mort de notre excellent confrère Potherat, chirurgien honoraire de l'Hôtel-Dieu, officier de la Légion d'honneur. Potherat était un de ces chirurgiens sages, prudents et consciencieux qui apportent dans l'exercice de leur profession une parfaite probité scientifique. Lorsque la guerre éclata, n'écoutant que son ardent patriotisme, malgré son âge, il se fit envoyer dans les ambulances du front qu'il ne quitta plus qu'après l'armistice. Il avait abandonné sa clientèle et ses intérêts particuliers pour se dévouer corps et âme entièrement aux blessés.

Par la dignité de son caractère, sa parfaite honorabilité professionnelle, l'aménité de ses manières, notre collègue s'était concilié l'estime de tous ses confrères et jouissait dans le monde d'une excellente réputation.

Nous prions sa famille de trouver ici l'expression de notre condoléance émue.

A. BROCHIN.

REVUE GÉNÉRALE

LA DÉCÉRÉBRATION

Par P. MÉRIEL,
Interne des hôpitaux,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Toulouse.

Le névraxe se compose, comme on sait, d'une série de centres superposés, réunis les uns aux autres par des « liens d'interdépendance réciproque ». Il s'ensuit que toute lésion en foyer au niveau d'un centre donné retentira sur les autres centres avec lesquels il est en connexion. Ces lésions s'accompagnent très souvent d'une exaltation de fonction : contracture, douleurs, etc., phénomènes que les anciens auteurs attribuaient à l'irritation locale produite par le foyer. Cependant depuis environ cinquante ans Hughlings Jackson a soutenu que les faits observés ne dépendent pas de l'excitation produite par le foyer, mais au contraire de la suppression du frein des centres supérieurs. C'est un phénomène de « libération », une évasion de contrôle (« escape from control ») des centres inférieurs, sous-jacents à la lésion, livrés à leur automatisme. Certes une lésion peut déterminer une véritable excitation, telle par exemple une tumeur cérébrale amenant de l'épilepsie Bravais-Jacksonienne, mais à côté de ces faits indéniables il en est d'autres qui ne sont explicables que par la théorie de Jackson.

Rien ne saurait mieux illustrer celle-ci que l'étude des phénomènes qui se produisent à la suite de transsections successives de l'axe cérébro-spinal.

ÉTUDE PHYSIOLOGIQUE

Il semble à l'heure actuelle que l'on puisse schématiquement distinguer trois étages de centres automatiques que des sections appropriées arrivent à isoler. Il est fort probable qu'ils sont plus nombreux, comme nous le montrera la clinique, mais nous préférons nous en tenir à ceux qui sont les plus connus.

Les centres médullaires sont libérés du contrôle supérieur par la transsection bulbo-spinale; les centres ponto-bulbaires par la transsection mésocéphalique et enfin les centres mésocéphaliques par la transsection sus-mésocéphalique.

Transsection bulbo-spinale. — Cette opération chez *la grenouille* est connue sous le nom de « expérience de la grenouille décapitée ». Si on la touche elle saute connu un animal normal, si on irrite sa peau elle porte sa patte à l'endroit irrité, si on la plonge dans l'eau, elle est capable de nager. Chez cet animal à petit développement cérébral l'automatisme médullaire apparait très développé et grâce à lui l'animal reproduit la plupart des mouvements habituels.

Chez les *animaux supérieurs* les travaux de Sherrington ont montré qu'il n'en était pas de même. Si la section ne respecte pas le noyau du vague, l'expérience nécessite la mise en œuvre de la respiration artificielle et les résultats sont difficiles à apprécier.

Au contraire si la section passe un peu plus bas, au niveau de la moelle cervicale supérieure, l'animal respire normalement et se présente alors avec l'aspect connu sous le nom de « chien spinal ». — Une excitation de la patte ou de la cuisse provoque un triple retrait du membre c'est le « flexion reflex », l'excitation de l'abdomen ou de la queue provoque au contraire un triple allongement, l' « extension reflex » — enfin une excitation appropriée provoque à la fois le raccourcissement de la patte excitée et l'allongement de l'autre, c'est le « crossed extension reflex ». Dans la section complète seul persisterait le « flexion reflex » (Head et Riddoch).

Si on suspend convenablement l'animal une excitation appropriée provoquera non seulement le crossed extension reflex mais des mouvements asymétriques et bilatéraux d'extension et de flexion qui alternent régulièrement. Ce réflexe qui reproduit les mouvements de la marche a reçu le nom de « mark time reflex ». Cela ne veut point dire que ce chien pourrait marcher, car il suffit de le placer sur le sol pour le voir s'effondrer. Il ne présente pas ce « standing reflex » qui est l'indice d'une décérébration à un étage plus élevé.

En résumé les « flexion, extension et crossed extension reflex » sont des éléments dissociés du mark time reflex et reconnaissent le même mécanisme. Ce sont des réflexes d'automatisme qui sont très analogues à ceux de la grenouille décapitée. Ces réflexes tendent à réaliser la marche à l'exécution automatique de laquelle la moelle concourt le plus.

Chez l'homme nous n'envisagerons que la section haute de la moelle, car la section du bulbe amène la mort immédiate. Certains traumatismes ont pu réaliser une véritable section expérimentale. Aussitôt après on constate une paralysie flasque avec abolition des réflexes. C'est la « phase immédiate » bien décrite par Lhermitte. Le réflexe plantaire peut se faire en extension (Guillain, Barré, Rose, F. Lévy, Lhermitte). Si le sujet est jeune, résiste à la cystite, aux escarres, à ce stade de flaccidité, de stupeur médullaire va succéder un autre stade beaucoup plus intéressant qui correspond à la « phase tardive » de Lhermitte. Les réflexes tendineux réapparaissent, le réflexe cutané plantaire se fait en extension. Ce n'est là cependant qu'une faible partie des mouvements provoqués par une excitation. On peut observer à la suite de la pression du tarse un triple retrait du membre avec contraction de la paroi abdominale. Ce phénomène est bien connu sous le nom de réflexe de défense (Babinski), réflexe des raccourcisseurs (P. Marie et Foix). Mais on trouve une preuve plus remarquable encore de la diffusion des impulsions afférentes au niveau du segment de moelle sous-jacent à la lésion dans la façon dont se comportent la vessie et le rectum. L'évacuation peut être provoquée par l'excitation de la plante du pied ou par toute autre manœuvre provoquant un spasme des fléchisseurs. D'autre part le passage de liquide dans la vessie ou le rectum peut déterminer un mouvement d'extension des orteils accompagné d'autres mouvements de flexion des membres inférieurs (Head, Riddoch). Ch. Foix signale le cas d'un de ses malades lithiasique vésical qui présentait au niveau des membres inférieurs des mouvements alternatifs de marche lorsque le calcul s'engageait dans l'urètre. — Ce phénomène a reçu le nom de « mass-reflex ». Ainsi donc toute excitation afférente au-dessous de la lésion peut produire des effets moteurs non seulement dans les régions intéressées normalement par cette excitation mais aussi dans les organes qui ne font pas partie de cet arc réflexe. Rien n'indique que les centres médullaires soient devenus plus excitables mais ils ont été libérés du contrôle supérieur et répondent par un réflexe plus massif et moins discriminatif (Head). Ce phénomène

d'ailleurs paraît être sous la dépendance du sympathique et relever de l'automatisme de ce système (Souques, Lhermitte).

La paraplégie en flexion d'origine cérébrale peut, comme l'a montré Alajouanine, réaliser un automatisme analogue à celui du chien spinal de Sherrington, et cet automatisme quoique moins fort ne semble pas d'essence différente de celui qui est déterminé par des lésions médullaires.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur ces faits qui sont bien connus et bien analysés dans les travaux de Ch. Foix auxquels d'ailleurs nous avons fait de larges emprunts.

Transsection mésencéphalique. — Elle amène un état connu sous le nom de rigidité décérébrée de Sherrington. C'est encore un phénomène de libération (release phenomen) qui traduit le fonctionnement sans contrôle des centres ponto-bulbaires.

Niveau de la section, tel est le premier point qu'il importe de préciser.

Pour produire cette rigidité il faut supprimer non seulement les hémisphères cérébraux mais aussi la portion antérieure du mésocéphale. Ce fait déjà signalé dans les travaux de Sherrington a été mis hors de doute par ceux de Magnus et de Rademaker.

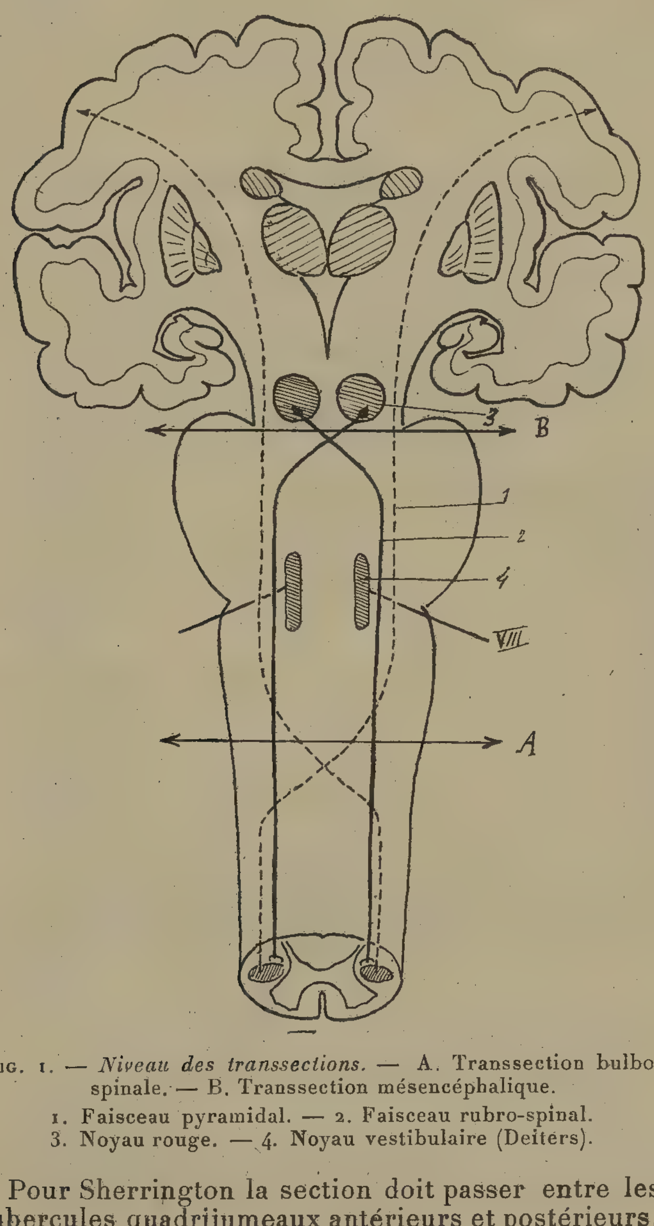


Fig. 1. — *Niveau des transsections.* — A. Transsection bulbospinale. — B. Transsection mésencéphalique.
1. Faisceau pyramidal. — 2. Faisceau rubro-spinal. 3. Noyau rouge. — 4. Noyau vestibulaire (Deiters).

Pour Sherrington la section doit passer entre les tubercules quadrijumeaux antérieurs et postérieurs. D'après Magnus la section doit être faite en bas jusqu'au niveau immédiatement au-dessus de la huitième paire pour obtenir la rigidité; si la section passe au-dessus du noyau rouge la rigidité est « remplacée » par le tonus normal et enfin si la section est faite au-dessous de la huitième paire on a flaccidité complète.

Rademaker à la suite de ses expériences a constaté que le tonus est normal après ablation de la couche optique et même après une section totale du mésocéphale juste au-dessus des noyaux rouges. Les animaux marchaient encore normalement après la destruction de la partie dorsale du mésocéphale et des tubercules quadrijumeaux. Par contre des sections totales du mésocéphale ou de la partie ventrale de ce dernier faites au-dessous des noyaux rouges étaient toujours suivies de rigidité.

Les résultats sont exposés tout au long dans le mémoire de Sherrington. Après une légère narcose au chloroforme, la minime hémorragie de l'intervention étant terminée on constate qu'au bout de quelques minutes ou seulement après une heure au plus l'animal prend une position tout à fait spéciale.

Si on le suspend on constate que ses membres antérieurs sont projetés en arrière et en adduction. Le coude est étendu, le poignet fléchi et la paume de la main du singe est tournée en dedans. Les membres postérieurs se trouvent aussi en extension très marquée et sont rejetés en arrière. Le genou est en extension forcée, le cou-de-pied en extension légère. Quant à la queue en dépit de la pesanteur et de la grosseur chez certains animaux elle est raide soit horizontale, soit formant une courbe à concavité supérieure. Il existe même un léger opisthotonos au niveau de la région dorso-lombaire. La tête est rejetée en arrière, le menton relevé et les mâchoires serrées.

Si on laisse l'animal couché, il reste toujours en position latérale sans faire effort pour se lever. Quand on le met debout on constate qu'il peut se maintenir dans cette position, les pattes peuvent porter le poids du corps, et cela en vertu de la présence de réflexes posturaux, les « posture réflexes » ou les « standing reflexes » de Sherrington.

Mais si l'animal fait le moindre mouvement ou si on lui fait perdre l'équilibre il tombe et reprend la position latérale.

Caractères de cette rigidité : ceux-ci sont très importants à préciser, car nous ferons souvent appel à eux en clinique pour établir un diagnostic.

Il y a d'abord limitation des mouvements passifs, on éprouve une vive résistance à mouvoir les articulations. Mais fait intéressant, si cette rigidité est nette elle est augmentée par ces mouvements passifs, si au contraire elle est faible elle est mise en évidence par ceux-ci. Par exemple, dit Sherrington, la flexion et l'extension du coude amènent en quelques secondes une rigidité très élevée des extenseurs de cet article. Celle-ci d'ailleurs ne persiste pas et après avoir duré un temps assez court elle diminue peu à peu pour redevenir ce qu'elle était primitivement.

Les réflexes tendineux sont conservés, mais si on examine le membre après avoir percuté un tendon, la position qu'il occupe n'est plus la même que celle qu'il occupait précédemment. Cette rigidité enfin disparaît par l'anesthésie au chloroforme ou à l'éther.

Walshe dans un article fort intéressant, paru récemment, a signalé deux autres caractères de cette rigidité, caractères importants, qui permettent

de ne pas la confondre avec d'autres attitudes analogues.

C'est d'abord la plasticité, déjà décrite par Sherrington. Si on impose soit activement, soit passivement une longueur nouvelle à un muscle en état de tonicité, il tend à la conserver. En mobilisant passivement une articulation, par exemple, il se produit dans les muscles raccourcis une contraction de raccourcissement, c'est la « shortening reaction », dans les muscles allongés une contraction d'allongement, c'est la « lenghtening reaction », ce sont ces contractions qui vont fixer le membre dans sa nouvelle position.

Le second signe distinctif signalé par Walshe est le caractère « relativement faible » de cette rigidité. En effet elle peut être transitoirement vaincue par des mouvements réflexes (réflexes phasiques) qui correspondent à des excitations diverses. Par exemple le phénomène des raccourcisseurs qui consiste en une triple flexion des trois segments du membre inférieur à la suite d'une excitation cutanée ou profonde, ce réflexe peut annihiler temporairement l'hypertonie des extenseurs, qui caractérise la rigidité.

Mais les réflexes phasiques ne sont pas les seuls à pouvoir la modifier, les réflexes toniques, comme les ont appelé Magnus et Kleyn, peuvent aussi modifier cette rigidité. On entend sous ce vocable les réflexes toniques labyrinthiques et les réflexes profonds du cou (1).

Ces deux catégories de réflexes, réflexes toniques et réflexes phasiques, ont des actions antagonistes qui tendent à s'équilibrer : Par exemple chez l'animal décérébré le réflexe de flexion du membre inférieur (réflexe phasique) peut supprimer la rigidité élective des extenseurs mais aussitôt que cesse la flexion, le membre revient en extension par un « rebondissement actif des extenseurs ». De plus après cette inhibition momentanée le tonus des extenseurs augmente, c'est « l'exaltation post-inhibitrice ». Mais si on augmente le tonus des extenseurs à l'aide de la rotation de la tête qui déclanche, comme on sait, les réflexes profonds du cou, on peut arriver à diminuer les réflexes phasiques.

Il reste maintenant à préciser deux points, à savoir si l'attitude observée est spécifique de la rigidité décérébrée de Sherrington et si elle peut être considérée comme un signe pathognomonique.

Il ne semble pas qu'il en soit ainsi, on sait en effet que l'attitude en extension, en opisthotonos s'observe à la suite de l'intoxication par la strychnine ou par la toxine tétanique. Cependant il est facile de différencier, comme l'a montré Sherrington, ce spasme tonique qui atteint toute la musculature, bouleversant l'innervation réciproque, de la contracture élective des muscles extenseurs, que l'on voit dans la rigidité décérébrée. Mais Sherrington a encore observé que la rigidité décérébrée peut être simulée par d'autres spasmes en extension dus à des lésions de la région cérébello-spinale, ce sont *les crises toniques*.

Sherrington et Bazett ont observé chez des animaux décérébrés des crises toniques dont la pathogénie est restée longtemps obscure et qui étaient mal dissociées de la rigidité décérébrée. Ces crises sont d'ailleurs relativement rares et restent limitées aux premières heures sauf chez les animaux qui ont des méningites. Dans ces cas de spasmes précoces les animaux sont en état d'opisthotonos extrême, la respiration est lente, soit profonde, soit superficielle. Il semble qu'on puisse attribuer ces phénomènes à l'hémorragie qui se produit sous la tente du cervelet après la section mésocéphalique. Cette hémorragie qui se produit normalement dans tous les cas paraît être cependant plus abondante chez les animaux qui présentent des crises. Bazett et Penfield ont étudié dans un travail récent le mécanisme de ces accidents. Ils ont noté que le reflux du sang autour de la moelle la comprime et par suite gêne son irrigation. Or on sait que la première réaction du système nerveux à la privation d'oxygène, est l'augmentation de l'excitabilité. Ainsi donc les convulsions et les irrégularités respiratoires peuvent être considérées comme des décharges des centres asphyxiés. Ce n'est donc pas une réaction motrice réflexe car Sherrington s'exprime ainsi : « L'excitation chimique due à l'asphyxiee st très différente de celle que produit la strychnine, comme elle en opposition avec les phénomènes toniques que nous étudions (rigidité décérébrée). Elle est due non pas à une excitation amenée par les voies afférentes mais à une excitation autochtone de la substance grise médullaire. D'autre part la pathogénie des deux réactions contraste de façon absolue avec les conditions qui entraînent la rigidité décérébrée » (Croonian lecture-Royal Soc., 1891). Comme on le voit d'après Sherrington lui-même, non seulement les spasmes toniques généralisés dus à l'intoxication par la strychnine et la toxine tétanique ne sont pas analogues à la rigidité décérébrée, mais encore les crises toniques qui sont des spasmes provoqués par une excitation chimique sont aussi très distincts de la rigidité décérébrée. Celle-ci est en effet une « réaction réflexe coordonnée ». Mais cependant dans les cas que nous venons d'étudier l'attitude de l'animal était sensiblement la même qu'il s'agisse de spasme généralisé ou de rigidité de décérébration. Cela nous amène à conclure que cette attitude

(1) Rappelons brièvement en quoi consistent ces réflexes.

a. Les réflexes toniques labyrinthiques : Le tonus de chaque muscle ou groupe de muscles des extrémités et du cou possède une valeur déterminée qui est fonction de l'attitude de l'extrémité céphalique dans l'espace, et qui est rigoureusement conditionnée par cette attitude. Magnus, à la suite de ses expériences, est arrivé aux conclusions suivantes : le tonus des extenseurs atteint son maximum quand la nuque de l'animal repose sur le sol. Son minimum ou plus exactement sa diminution quand la tête se trouve en position horizontale normale ou inclinée vers le sol de 0 à 45 degrés. Autrement dit, la position dorsale de l'animal amène une forte extension, la position ventrale une flexion des membres. La labyrinthectomie unilatérale laisse subsister ces phénomènes des deux côtés avec cependant une légère diminution de la tonicité unilatérale. Rappelons, enfin, que le point de départ de ces réflexes se fait au niveau de l'utricule et du saccule.

b. Les réflexes profonds du cou sont mis en œuvre par des excitations profondes d'origine articulaire (vertèbres cervicales) qui déterminent des modifications toniques au niveau des membres chez l'animal décérébré.

La rotation de la tête amène une flexion des membres du côté vers lequel est tourné l'occiput, une extension du côté vers lequel est tourné la face. La flexion et l'extension de l'extrémité céphalique amène des modifications analogues dans la distribution du tonus, mais, fait à retenir, ces modifications varient avec les espèces animales considérées. Chez le lapin, par exemple, l'extension de la tête augmente le tonus des extenseurs des membres et la flexion augmente celui des fléchisseurs. Chez le chien et chez le chat, par contre, les membres postérieurs se mettent en état de tonus opposé à celui des membres antérieurs; si les membres antérieurs se mettent en flexion par suite de la flexion de la tête, les membres postérieurs se mettront en extension. Le point de départ de ces réflexes profonds du cou se trouve au niveau des articulations des vertèbres cervicales, et les mouvements qu'on leur imprime déclanchent ces phénomènes automatiques tout comme les excitations cutanées ou profondes déclanchent l'automatisme médullaire du chien spinal.

n'est nullement spécifique de la décérébration et qu'il ne faut pas compter sur elle pour porter un diagnostic.

Quels seront donc les autres signes qui permettront d'éliminer les spasmes toniques? C'est d'abord l'étude minutieuse des caractères de la rigidité. On remarque en effet que la mobilisation passive révèle le signe dit « du canif ». Lorsqu'on essaye, par exemple, de fléchir le membre postérieur de l'animal décérébré on constate que la forte résistance du début cède brusquement tout comme si le nerf des muscles qui s'opposent à cette flexion était brusquement sectionné.

L'existence de réflexes brusques et prolongés. Enfin la possibilité de mettre en évidence les réflexes labyrinthiques et les réflexes profonds du cou est encore un signe qu'il faudra toujours rechercher. Comme on le voit, croire que la simple attitude de l'animal permet le diagnostic de rigidité décérébrée c'est s'exposer à commettre de graves erreurs.

Nous avons jusqu'ici étudié la décérébration par transsection complète du mésocéphale, on peut se demander quels seraient les troubles du tonus dans la section unilatérale. Dans son remarquable travail Sherrington est arrivé aux conclusious suivantes : On observe un certain degré de rigidité homolatérale mais celle-ci n'est pas aussi constante et aussi intense que dans la transsection totale.

Si on est intervenu du côté droit par exemple et que l'on suspende le singe, on constate l'attitude suivante. Le membre postérieur droit est en extension, la queue incurvée et dirigée vers la droite, la tête est de même rétractée et inclinée à droite, mais le membre antérieur est fléchi. Mais comme nous l'avons déjà dit cette rigidité est inconstante et se modifie d'un instant à l'autre comme si les centres controlatéraux venaient inhiber de temps en temps les centres libérés par la section.

Transsection sus-mésocéphalique. — Dans ces cas qui sont bien moins étudiés que ceux de Sherrington on enlève le cerveau et les corps striés. Rademaker a récemment étudié les phénomènes qui se produisent chez l'animal ainsi décérébré et qui a reçu le nom de « thalamus-animal ». Le thalamus-animal s'assied, marche, saute, sans tomber, avec des mouvements tout à fait normaux. Il peut se lever spontanément et résiste aux efforts que l'on fait pour lui faire perdre l'équilibre.

Son tonus est normal au repos.

Enfin il possède tous les réflexes de redressement qui ont été mis en évidence par Magnus sous le nom de « Stell-réflexe. »

Nous signalerons parmi ceux-ci les réflexes de redressement labyrinthiques agissant sur la tête, quand on élève le corps de l'animal en le prenant par le bassin, la tête se met toujours en position normale.

Les réflexes de redressement par stimulations venant du corps et agissant sur la tête, chez un animal normal ou chez le thalamus-animal à qui on a enlevé les labyrinthes la tête ne prend plus la position normale quand on soulève l'animal comme précédemment, mais elle se redresse dès que le corps repose sur le sol.

Enfin les réflexes de redressement par stimulations venant du corps et agissant sur le corps, quand on met l'animal normal ou le thalamus-animal en position latérale sur le sol et qu'on fixe la tête dans cette position, le corps se met immédiatement dans la position debout.

Les « Stellreflexes » qui sont présents chez le thalamus-animal comme chez l'animal normal font défaut chez l'animal décérébré à un niveau inférieur suivant la technique de Sherrington.

On ne peut cependant s'empêcher, à la lecture de tels faits, de constater le peu d'importance du cortex et des noyaux gris dans la vie de relation de cet animal.

ÉTUDE CLINIQUE.

La libération du contrôle supérieur peut s'exercer de deux façons. Ou bien il existe au niveau du névraxe une destruction qui sectionne en quelque sorte les connexions entre les centres supérieurs et les centres inférieurs. Les centres supérieurs ont alors perdu à jamais le pouvoir de contrôler, de réfréner les manifestations inopportunes des groupes sous-jacents. C'est ce que Head appelle la désintégration et que nous appellerons plus simplement la décérébration anatomique.

Ou bien cet isolement d'ailleurs transitoire, des centres inférieurs se produit pour d'autres raisons que la destruction organique, Head décrit cet état sous le nom « d'escape from control » (évasion de contrôle), nous lui donnerons le titre de décérébration fonctionnelle.

Mais que la décérébration soit anatomique ou fonctionnelle elle comporte toujours deux facteurs, la suppression du contrôle des centres supérieurs avec par suite libération des centres sous-jacents et même temps perte de fonction.

Décérébration anatomique. — Celle-ci comme le fait très justement remarquer Freeman est « presque toujours partielle, ne comprenant que quelques symptômes de chaque étage, par contre elle tend à rester permanente ».

Pour l'étude de celle-ci nous ne distinguerons que les trois niveaux principaux que nous avons étudié au point de vue physiologique.

D'ABORD LA TRANSSECTION BULBO-SPINALE, qui comme nous l'avons déjà dit a pour effet de libérer la moelle du contrôle supérieur et de permettre ainsi à son automatisme de s'exercer librement. Les faits cliniques sont aujourd'hui bien connus surtout depuis les travaux de P. Marie et de Ch. Foix, de Babinski, Lhermitte, Guillain, A. Thomas. Nous n'insisterons pas davantage nous réservant d'étudier plus attentivement les phénomènes de rigidité décérébrée.

LA RIGIDITÉ DÉCÉRÉBRÉE. — L'existence d'une hypertonie ressemblant à la rigidité décérébrée est un fait connu depuis déjà longtemps. Collier et Buzzard en 1901 en avaient déjà ébauché la symptomatologie, puis sont venus Theile en 1905, Horsley en 1906 et enfin Walshe en 1914-15. En 1920 K. Wilson a publié de nombreux cas dits de rigidité décérébrée. Mais comme le fait remarquer Walshe il a signalé des cas qui présentaient des spasmes musculaires très différents de la rigidité, certains même sans hypertonie mais avec simplement l'extension d'un ou plusieurs segments de membre. Seule l'observation relatée à la page 240 est vraiment typique.

Comme nous l'avons fait remarquer plus haut l'attitude en extension n'est nullement caractéristique de la rigidité décérébrée. Celle-ci comporte en outre d'autres phénomènes qu'il faut savoir rechercher pour confirmer le diagnostic.

De plus il y a de légères différences entre ce que

l'on observe chez l'homme et chez l'animal. Chez l'homme en effet au nombre supérieur on note l'extension du coude, la pronation de l'avant-bras, la flexion du poignet et des doigts à un degré plus marqué que chez l'animal.

Certains auteurs, comme le fait justement remarquer Walshe, ont trop facilement qualifié de rigidité décérébrée des phénomènes de spasmes toniques dus la plupart du temps à la compression du névraxe amenant l'asphyxie de ce dernier. Or nous savons que la réaction du système nerveux à l'asphyxie se manifeste par l'apparition de crises toniques bien différenciées par Sherrington de la rigidité décérébrée.

Ainsi par exemple dans les cas de traumatismes craniens, lorsque après « l'intervalle libre », se produit la compression par l'hémorragie méningée on ne peut pas dire que l'attitude en extension soit de la rigidité décérébrée.

De même dans l'inondation ventriculaire, il y a aussi des phénomènes de compression du névraxe et ce n'est pas là non plus une cause de décérébration. D'ailleurs l'existence de secousses musculaires prouve bien qu'on a affaire à des spasmes toniques. Les tumeurs du cervelet, ainsi que l'a montré H. Jackson peuvent aussi donner des phénomènes qui au premier abord simulent la décérébration mais qui, à une analyse approfondie, en sont tout à fait différents.

Quant à la rigidité parkinsonienne il est facile de voir qu'elle n'a aucun rapport avec la rigidité de Sherrington. D'abord elle n'est pas élective, elle atteint tous les muscles. Les réflexes toniques de Magnus et Kleyn font défaut, enfin l'hypertonie n'est pas modifiée par les réflexes phasiques.

Nous avons suffisamment insisté sur la différence entre les spasmes toniques dus à la strychnine et la décérébration pour qu'il ne soit pas nécessaire d'y revenir ici. Il est au contraire d'autres affections où cette rigidité apparaît nettement semblable à celle des expériences physiologiques.

C'est d'abord l'*hémiplégie spasmodique*.

Marinesco a rapporté un très beau cas de diplégie cérébrale avec automatisme sous-cortical très développé, avec présence des réflexes toniques de Magnus et Kleyn. Walsche a publié aussi dans son mémoire une observation très suggestive.

Il semble donc que l'attitude de l'hémiplégie spasmodique soit assimilable à l'attitude de la rigidité décérébrée. Cependant l'attitude en flexion que prend le membre supérieur gêne à première vue l'assimilation complète. Walshe résoud facilement la difficulté de la manière suivante. Chez les quadrupèdes, dit-il, les membres antérieurs sont des organes de soutien tout comme les membres postérieurs; mais chez l'homme ils ont perdu ce rôle, il n'est donc pas étonnant de leur voir prendre une position différente de celle des membres inférieurs. Sherrington et Liddel donnent une explication plus satisfaisante. Comme ils l'ont montré, l'extension est le stimulus électif pour le développement de la rigidité. Or chez les quadrupèdes les extenseurs se contractent pour résister à la pesanteur qui tendrait à faire fléchir les pattes. Cette théorie explique donc très bien l'attitude des membres inférieurs de l'homme. Elle fait aussi comprendre celle des membres supérieurs. Ceux-ci ont tendance sous l'action de la pesanteur à pendre verticalement, cette tendance va agir comme le stimulus de la contraction tonique des fléchisseurs étirés par la chute du membre et cela amènera la flexion.

Cette théorie, faisant intervenir l'action de la pesanteur est extrêmement séduisante mais il nous semble que les phénomènes pourraient être expliqués plus simplement.

On sait que dans la moelle il existe des groupes de noyaux, de cellules, qui sont destinés à chacun des quatre membres. Le membre supérieur possède deux groupes fonctionnels de noyaux qui correspondent à ses deux grosses fonctions, la flexion et l'extension. Il est hors de doute que le mouvement principal, prépondérant, est celui de flexion, l'extension au contraire est un phénomène accessoire. On peut donc admettre que le groupe nucléaire fonctionnel de flexion est plus volumineux que celui de l'extension.

Au membre inférieur c'est l'inverse qui se produit. L'extension est en effet la fonction la plus importante, il est donc logique d'admettre que le groupe nucléaire correspondant est plus volumineux que celui des fléchisseurs. Par conséquent la libération de la moelle du contrôle cortical, qui normalement équilibre ces actions, va permettre aux centres fonctionnels les plus puissants de se manifester et déterminer ainsi les attitudes des membres paralysés. Ces faits sont d'ailleurs pleinement d'accord avec les opinions de Ch. Foix, dans son remarquable article sur la « contracture pyramidale » (*Presse méd.*, 26 juillet 1924).

Les *encéphalopathies infantiles* sont susceptibles de donner des attitudes de décérébration. La contracture de certains hydrocéphales ne saurait être assimilée aux spasmes toniques que nous avons signalés plus haut, car on trouve des lésions anatomiques (disparition de l'écorce, écrasement des noyaux centraux) qui expliquent la perte du contrôle supérieur. Cependant au début de la maladie il y a des crises toniques dues à l'hypertension aiguë qui sont améliorées par des ponctions lombaires ou ventriculaires, mais peu à peu la lésion détruit les connexions avec l'écorce et la rigidité de décérébration s'installe.

Il en est de même du syndrome de Little où les lésions favorisent l'établissement de cette rigidité. Dans sa thèse d'ailleurs, Cestan avait déjà décrit deux variétés de syndrome de Little. L'un caractérisé par une hémiplégie double d'origine pyramidale, l'autre par une paraplégie en extension forcée avec appoint extrapyramidal tout à fait prédominant. Cependant dans ces affections la décérébration n'est pas complète, il y a quelques signes qui montrent que les centres supérieurs n'ont pas perdu tout contrôle, on ne constate donc qu'une rigidité fragmentaire.

Autrement suggestifs sont les cas de *tumeurs du mésocéphale* qui détruisent les centres tonigènes et réalisent de véritables expériences.

Citons pour mémoire les cas de Violet Turner et Walshe, celui de Gordon Holmès avec destruction des noyaux rouges, le cas de Raymond et Cestan où un papillome détruisait l'entrecroisement de Forel.

L'observation que rapporte K. Wilson à la page 140 de son mémoire est à ce sujet très caractéristique. Il s'agissait d'une enfant de dix-huit mois présentant l'attitude décérébrée classique : hypertonie des extenseurs des membres inférieurs, membres supérieurs en extension et pronation. L'autopsie révéla l'existence d'une tumeur développée au niveau de la région des tubercules quadrijumeaux qui par compression avait détruit la partie supérieure des pé-

doncules cérébraux réalisant ainsi toutes les conditions favorables à la production de la décérébration de Sherrington.

Wilson a vu d'autres tumeurs de voisinage venir comprimer secondairement les pédoncules et créer quelques symptômes de décérébration. Mais comme nous l'avons déjà dit plus haut, Walshe pense qu'il s'agit plutôt de spasmes toniques dûs à la gêne circulatoire.

Nous signalons encore des cas de rigidité par tumeurs, relatés par Radovici et Draganesco et par Cathala.

L'*encéphalite léthargique*, si polymorphe, ne semble pas avoir beaucoup créé de cas de rigidité décérébrée. Seul un cas d'hémihypertonie, signalé par G. Lévy, peut s'en rapprocher.

Comme on le voit par ce rapide exposé, la rigidité décérébrée de Sherrington n'est pas aussi fréquente qu'on l'avait cru tout d'abord, car on lui avait rattaché des affections qui la simulent mais s'en différencient nettement à un examen approfondi.

DÉCÉRÉBRATION SUS-MÉSENCÉPHALIQUE. — Les phénomènes qui en résultent sont très mal connus et fort sujets à caution étant donné la faible connaissance que nous avons des centres libérés.

Freeman tend à admettre que l'athétose est un phénomène caractéristique de cette variété de décérébration.

D'après lui elle apparaît en effet chez des malades qui ont perdu une partie considérable de leur motilité; et elle est accompagnée de contractures qui consistent en hyperextension dans certaines articulations et en flexion exagérée dans d'autres. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et on peut observer l'athétose sans paralysie. Il existerait quelques signes de rigidité décérébrée telles que la pronation de l'avant-bras, attitude très importante pour K. Wilson qui la qualifie de « fragment petit mais pur de la posture décérébrée complète ». De plus le siège des lésions au niveau du thalamus, des corps striés semble plaider en faveur d'une libération du mésocéphale.

Freeman considère les mouvements athétosiques comme une libération complète des centres mésocéphaliques et Wilson dit « quelque difficile que soit de suivre les mouvements de l'athétose, j'estime qu'il n'y a aucun doute qu'il s'agisse au fond d'une posture décérébrée changeante ».

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 6 JUILLET 1925)

Kystes à Demodex et abcès du mouton. — M. AYNAUD a observé chez le mouton des kystes et des abcès sous-cutanés, analogues aux abcès de la suppuration caséeuse, dans lesquels se trouvaient des milliers de larves de Demodex.

Le rôle pathogène attribué aux Demodex ne se limite donc pas, comme on le croyait jusqu'ici, à la production de lésions épidermiques.

D'autre part, les Demodex peuvent disparaître complètement des lésions qu'ils ont produites, et à un stade tardif on se trouve en face d'une suppuration sous-cutanée banale dont l'origine échappe.

Il est permis de se demander si les Demodex n'interviennent pas dans la genèse de la suppuration caséeuse, et dans ce cas des mesures antiparasitaires permettraient peut-être d'enrayer la diffusion de la maladie.

Enfin, ces faits présentent un certain intérêt au point de vue de la théorie parasitaire du cancer (Borrel); la constatation d'une évolution sous-cutanée possible et d'une disparition totale des parasites à un stade avancé de l'évolution de la lésion permet de répondre à certaines objections faites à cette théorie.

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1925)

Phénomènes unilatéraux consécutifs à la castration. — M. A. LIPSCHUTZ, chez la souris blanche et le cobaye, a constaté que la vésicule séminale était considérablement moins développée du côté où le testicule manquait complètement. On doit donc supposer qu'il existe, outre les hormones, d'autres moyens de relations morphogénétiques entre la glande génitale et les caractères sexuels.

Sur le travail dans la marche. — MM. Henri POTTEVIN et Robert FAILLIE.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1925)

Toxicité de l'atropine et des alcaloïdes totaux de la belladone. — MM. LEMAY et JALOUSTRE ont étudié comparativement l'action de l'atropine et des alcaloïdes totaux de la belladone. Ils sont arrivés à cette conclusion qu'il est préférable de recourir à ces derniers au point de vue thérapeutique, parce qu'on a ainsi affaire à un médicament toujours identique, deux fois plus actif que l'atropine et pas plus toxique. Il y a donc tout intérêt à préférer ces alcaloïdes totaux surtout dans le but de modérer le spasme et le nerf vague.

Nouveau moyen d'exploration du système sympathique. — M. PETZETAKIS lit une note sur les réflexes obtenus par compression du nerf sous-orbitaire. Cette compression détermine une excitation qui se transmet à la substance grise bulbaire et retentit sur les grandes fonctions. Elle agit particulièrement sur les origines du vague, du grand sympathique et du phrénique et donne lieu simultanément à des réflexes oculo-cardiaque, oculo-pneumonique et oculo-vasculaire.

Les applications locales d'insuline. — MM. CHABANIER, LUMIÈRE et LEBERT font une communication sur les applications locales d'insuline, non seulement chez les diabétiques mais dans tous les cas de plaies ayant peu de tendance à la cicatrisation.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1925)

Eruption arsénobenzolique. — M. MILIAN considère que dans les éruptions arsénobenzoliques, comme dans celles par le gardénal, il s'agit d'un accident infectieux dont le rôle primordial revient au système endocrino-sympathique. Il ne s'agit pas d'intoxication.

Sur un cas de cancer du poumon. — MM. C. CAUSSADE, J. SURMONT et LACAPÈRE présentent un cas ayant les caractères suivants :

Du point de vue clinique, il s'agit d'un homme âgé de soixante-trois ans venu mourir rapidement dans notre service après un passé bronchitique très long. Mais les quinze derniers jours, le tableau fut dominé par une dyspnée intense, une circulation veineuse collatérale et un œdème légèrement rosé très développés aux membres supérieurs, surtout à droite, mais — fait particulièrement rare — respectant la face et le cou. En outre, le malade fut ponctionné à intervalles très rapprochés pour un épanchement pleural droit intarissable (côté de la tumeur) *séro-fibrineux*, à formule lymphocytaire infecté ultérieurement par des pneumocoques.

Du point de vue anatomique l'autopsie permit de constater

l'existence d'une tumeur siégeant autour de la bronche droite complètement oblitérée par le néoplasme qui refoula le médiastin sans l'envahir (veine cave supérieure et grande veine azygos) et s'étend par infiltration continue dans les zones avoisinantes des trois lobes pulmonaires, surtout le lobe supérieur.

L'autopsie révéla, en outre, une absence complète de métastase à distance, ni parenchymateuse, ni ganglionnaire.

Du point de vue histologique, il s'agit d'un épithélioma typique par endroits, métatypique par ailleurs, dont l'origine aux dépens de la bronche droite ne peut être affirmée.

Néphrite aiguë et acidose. — MM. Rathery, H. Bierry et Sigwald rapportent l'observation très détaillée d'un cas de néphrite aiguë secondaire à une intoxication par l'oxycyanure de mercure. Ils ont étudié pendant cinquante jours les différentes modifications du plasma sanguin au point de vue de la courbe de l'azotémie, de l'azote résiduel, de la glycémie sucre libre, de l'hyperprotéidoglycémie, du calcium total du sang et des phosphates inorganiques du sang.

Ils ont d'autre part noté au cours de l'évolution de cette néphrite l'état de la réserve alcaline du plasma, et ont à diverses reprises utilisé l'épreuve au bicarbonate de soude.

Ces différentes courbes n'ont pas suivi une marche absolument parallèle; les auteurs insistent notamment sur les phénomènes d'acidose. L'affection se termina par la guérison; à aucun moment on ne nota ni respiration de Cheyne-Stokes, ni respiration de Kussmaul.

L'insuline dans l'athrepsie. — MM. Nobécourt et Lévy. Partant des bons effets de l'alimentation hypersucrée chez le nourrisson et étant donné les besoins calorifiques particulièrement intenses des athreptiques, comme de tous les bébés cachectiques en général, Nobécourt et Lévy ont adjoint à la thérapeutique par le glucose de l'insuline facteur d'utilisation immédiate et intense de cet aliment.

Ils rapportent l'observation d'un athrepsique, dont le poids était de 2.400 grammes à l'âge de trois mois, époque à laquelle il est admis à l'hôpital. L'allaitement mixte et le régime hypersucré n'avaient produit aucune amélioration au cours de vingt jours d'observations. Des injections d'insuline et de glucose sont alors instituées. Le résultat fut très net. L'enfant actuellement âgé de cinq mois a augmenté de 1 kilog et l'évolution fatale paraît définitivement enrayée.

Vergetures chez une jeune épileptique. — MM. Achard et Bloch ont observé des vergetures dans la région sous-claviculaire aux épaules, aux hanches chez une jeune épileptique de quinze ans, non réglée; aux yeux asymétriques et strabiques, d'intelligence fruste, de taille petite et un peu obèse. Ils pensent que les vergetures sont un trouble trophique lié à l'imperfection du développement. L'action mécanique de distension est souvent légère. Dans le pneumothorax, c'est probablement l'amplification compensatrice des mouvements respiratoires du côté sain. Chez leur malade, c'est la poussée de croissance des autres tissus que celle du tissu élastique ne parvient pas à suivre.

Abcès streptococcique du poumon. Guérison après vomique. — MM. Achard et Mouzon rapportent un cas après infection utérine. La vomique survint au neuvième jour. Au trente-quatrième jour, une tentative chirurgicale fut faite mais sans incision de la poche qui n'était pas visible sous la plèvre adhérente. Guérison au bout de deux mois.

Péricardite purulente tuberculeuse traitée par injections intrapéricardiques de lipiodol. — MM. Noel Fiessinger et A. Lemaire présentent un malade atteint de péricardite purulente tuberculeuse dont l'évolution a été remarquablement influencée par deux injections de lipiodol. Sous l'influence de ce traitement les signes de défaillance cardiaques s'amendèrent, l'épanchement péricardique se tarit.

La mort par thromboses multiples dans la leucémie myéloïde. — MM. Aubertin et Rime attirent l'attention sur les thromboses multiples dans la leucémie qui peuvent entraîner la mort quand elles sont étendues et qu'elles envahissent les cavités cardiaques. Ces thromboses ne sont pas d'origine phlébitique et formées surtout de globules blancs (polynucléaires et myélocytes) englobées dans la fibrine. Elles sont vraisemblablement d'origine infectieuse. Au point de vue clinique, on doit distinguer une forme localisée aux corps caverneux réalisant le priapisme leucémique; une forme phlébitique simulant la phlegmatia alba dolens, une forme généralisée le plus souvent latente qui entraîne la mort lorsque les thromboses gagnent le cœur.

Un cas de méningite syphilitique à marche suraiguë. — MM. Pissavy et Delafontaine.

Sur le mécanisme intime de la réaction dite de « sédimentation des érythrocytes ». Un facteur nouveau : « l'hémotonie ». — M. Serge Balachowsky (note présentée par M. E. Rist). En examinant au microscope du sang non spontanément coagulable, sédimentant dans une cuve plate verticale, on peut étudier le mécanisme intime de cette si intéressante réaction.

Dans la zone des globules, tous les éléments morphologiques, rouleaux monétaires, etc., se touchent et forment dans leur ensemble une espèce d'armature ou squelette, qui s'affaisse en se tassant.

L'auteur admet que ce squelette possède une solidité relative, qui lui permet de s'opposer en partie à l'action de la pesanteur. Cette dernière n'étant représentée que par le poids apparent des globules dans le plasma est réduite à peu de chose et une très petite résistance peut, par conséquent, amener un ralentissement très considérable dans le tassement du squelette sanguin.

Les preuves de l'existence de cette solidité sont : la constance du tableau, observé au microscope, la constance relative de la configuration capricieuse du bord supérieur libre de la masse générale des érythrocytes, la chute plus rapide des éléments artificiellement isolée par rapport à l'affaissement de la masse générale des érythrocytes.

Considérant la solidité du squelette sanguin, comme fonction de la tonicité de ses composants, l'auteur désigne cette notion sous le terme de *hémotonie;* il propose aussi de remplacer le terme de « sédimentation » par le terme de *sédiotassement des érythrocytes*, qui correspond mieux aux phénomènes observés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 17 JUIN 1925)

Occlusion intestinale par corps étranger dans le grêle. — M. Roux-Berger analyse une observation de M. Desplas. Il s'agit d'une obstruction intestinale par la présence d'une figue dans le grêle. Ablation par entérotomie. Guérison.

Oblitération de l'urètre postérieur consécutive à la prostatectomie. — M. Ardouin (de Rennes) communique l'observation d'un homme de soixante-dix-huit ans, prostatique, qui, depuis dix jours, était en rétention d'urine. Cystostomie, suites troublées par l'indiscipline du malade qui enlevait la sonde à demeure. Six mois après, la fistule vésicale s'agrandit et laisse échapper toute l'urine. Le cathétérisme est impossible. M. Ardouin ouvre largement la fistule, et, pratiquant en même temps le cathétérisme, constate la présence d'un opercule qui bouche complètement l'urètre. Il l'incise et place une sonde à demeure. Guérison.

Des recherches qu'a faites M. Ardouin il résulte que les cas de rétrécissements sont assez fréquents après la prostatectomie, tandis que les occlusions par opercules sont très rares.

M. Louis Bazy fait observer que son père, après la prostatectomie, place toujours une sonde à demeure dans le but d'éviter ces rétrécissements plus ou moins tardifs.

M. Michon n'a rencontré que deux fois ce rétrécissement de l'urètre après la prostatectomie.

Fracture du sésamoïde du gros orteil. — M. Delagenière (du Mans) a observé deux cas de ce genre. Ces fractures sont rares, généralement indirectes et consécutives à un traumatisme. Le blessé accuse une douleur vive. On croit à une entorse. Mais la douleur persiste. On croit à du rhumatisme. Enfin, la radiographie montre un trait de fracture au niveau du tiers antérieur de l'os. Le traitement consiste dans l'ablation de l'os sous anesthésie locale.

M. Mouchet a vu certaines anomalies du sésamoïde simulant ces fractures.

M. Dujarier pense pouvoir reconnaître une fracture de ces anomalies osseuses.

Deux cas de cancers du rein. — M. Brin (d'Angers) a observé deux cas dans lesquels le cancer avait envahi la veine rénale et venait faire saillie dans la veine cave sans altérer ses parois. Chez le premier malade, hématuries abondantes qui nécessitèrent l'ouverture de la vessie. On vit que le sang venait par l'uretère gauche. M. Brin aborda le rein après avoir sectionné l'uretère. Il lia l'artère rénale, trouva la veine indurée, l'ouvrit en voulant la dénuder et en vit sortir un noyau néoplasique. La ligature put alors être faite et l'hémostase fut assurée. La guérison se maintient depuis cinq mois. Le second malade était venu consulter pour une hernie et un varicocèle. On reconnut également un cancer du rein. Même complication du côté de la veine rénale et de la veine cave. Dans ce cas, la veine rénale fut ouverte de parti pris et on en fit sortir un bourgeon néoplasique. Ligature. Guérison.

M. Brin insiste sur cette complication des cancers du rein du côté de la veine rénale et même de la veine cave. On doit, dans ces cas, ouvrir la veine rénale et même la veine cave au besoin, puis les suturer.

M. Chevassu, au cours d'opérations pour cancers du rein, a parfois rencontré ces pédicules thrombosés. Il faut faire de larges incisions. C'est le plus souvent par le poumon que meurent ces malades.

La vaccination préopératoire. — M. Louis Bazy fait observer que la vaccination tend à se substituer à la sérothérapie. On aurait obtenu à l'hôpital de Pékin d'excellents résultats de cette nouvelle méthode. Quand le germe initial est identifié, c'est à l'auto-vaccin qu'il faut recourir. Quand cette recherche est impossible, c'est aux stock-vaccins qu'il faut avoir recours.

M. Bazy fait connaître les détails de la technique qu'il préconise.

M. Sorrel signale un cas dans lequel, après l'emploi d'un auto-vaccin contre une ostéomyélite chronique, sont survenus des accidents de foyers secondaires au niveau des os du crâne qui ont entraîné la mort par abcès du cerveau.

M. Louis Bazy rappelle avoir signalé des cas d'intolérance qu'il est possible de dépister avant de recourir à la vaccination.

(SÉANCE DU 24 JUIN 1925)

Ulcus pyloro-duodénal perforé. — M. Robineau fait un rapport sur une observation de M. Pétridès : ulcus pyloro-duodénal perforé, suture de la perforation, gastro-entérostomie complémentaire. Guérison. Résultat très bon après plusieurs années.

Fistule broncho-biliaire. — Seconde observation de M. Pétridès. Syndrome abdominal aigu ; on pense à une perforation d'ulcère gastrique. Huit jours après, on constate un vaste épanchement pleural. Intervention, résection de plusieurs côtes. On trouve dans la plèvre une cavité contenant un gros calcul biliaire. Pas de communication avec l'abdomen. Ecoulement de bile abondant par le drain. Diagnostic : cholécystite suppurée ouverte dans le poumon. Guérison.

Abcès périostique d'origine éberthienne. — Troisième observation de M. Pétridès : Jeune femme atteinte, au cours d'une fièvre typhoïde, d'ostéopériostite de la jambe. Vaccination sans résultat. Intervention. Le pus contient le bacille d'Eberth.

Traitement du tétanos grave. — Quatrième observation : Un enfant marchant pieds nus est blessé au pied. Tétanos grave, injections sous-cutanées répétées de sérum antitétanique jusqu'à 1.000 grammes en douze jours; 4 grammes de chloral par la bouche. Guérison.

A ce propos, M. Robineau rappelle avoir obtenu de bons résultats dans le traitement du tétanos grave, pendant la guerre, par le traitement suivant : ponction lombaire abondante répétée deux et trois jours de suite, injection intra-rachidienne de sérum. Guérison dans 19 cas sur 20 alors qu'au moment où le sérum antitétanique manquait, tous les tétaniques sont morts.

M. Louis Bazy communique un cas de tétanos guéri par des injections de sérum à travers un orifice de trépan.

Exostoses généralisées. — M. Lenormand analyse trois observations de MM. Solmaru et Coureaud relatives à des cas d'exostoses généralisées apparus dans l'enfance et dans l'adolescence jusqu'à la vingtième année.

Injections de lipiodol dans les fistules biliaires. — M. Cotte (de Lyon) a obtenu de très bons résultats de ces injections, suivies de radiographies, pour fixer le diagnostic et déterminer le siège exact de l'obstacle à la circulation de la bile.

Les rayons ultraviolets dans le traitement des péritonites tuberculeuses. — MM. Duguet, Clavelin et Lévy-Weissmann ont obtenu de très bons résultats de ce mode de traitement. Sur huit malades ainsi traités, sept furent guéris après trois ou quatre mois. Un seul a été atteint consécutivement de méningite tuberculeuse.

Ablation des cancers bas situés du rectum par voie périnéo-abdominale. — M. Lardennois commence par la voie périnéale, décolle complètement en avant, en arrière et sur les côtés le rectum et ouvre les culs-de-sac péritonéaux. Le temps abdominal devient alors d'une très grande simplicité, puisqu'il suffit d'enlever le rectum libéré.

(SÉANCE DU 1er JUILLET 1925)

Luxation du semi-lunaire. — M. Chevrier fait un rapport sur une observation de M. Bertin : luxation du semi-lunaire, tentative de réduction sans résultat. Intervention : ablation de l'os par voie antérieure, assez bon résultat fonctionnel.

M. Mathieu donne la préférence à la réduction par manœuvres externes.

M. Basset a obtenu deux guérisons par l'extirpation.

M. Dujarier préfère à l'ablation la réduction sanglante.

Grossesse compliquée de grossesse extra-utérine. — M. Mathieu fait un rapport sur une observation de M. Page : femme de trente-huit ans prise, au cours d'une grossesse, d'une crise aiguë qu'on prend pour une appendicite. Intervention d'urgence. On s'aperçoit qu'il s'agit d'une grossesse tubaire droite. M. Page enlève la trompe et laisse l'ovaire. Accouchement normal quelques mois après.

MM. Launay, Louis Bazy et Tuffier prirent successivement la parole, ce dernier pour citer un cas dans lequel l'intervention eut lieu après l'accouchement naturel. On trouva dans la région sous-hépatique un fœtus de sept mois.

Kyste intramédullaire. — M. Sorrel rapporte l'observation d'une petite malade de Berck traitée comme atteinte du mal de Pott. Mais un examen plus attentif, la radiographie après injection de lipiodol confirmèrent le diagnostic de tumeur intramédullaire. Intervention en deux temps, ablation d'un névrogliome kystique, amélioration, mais persistance de la paraplégie.

Cholecystectomie. — M. Dujarier a pratiqué une cholécystectomie pour lithiase de la vésicule. Par suite d'une anomalie, il sectionna le canal cystique qui se jetait dans la branche droite du canal hépatique. Suture immédiate des deux bouts de l'hépatique, mort par affection cardiaque.

M. Grégoire a rencontré deux fois ces anomalies artérielles auxquelles il faut songer. Il peut arriver que l'artère cystique naisse de la branche droite de l'artère hépatique. Si celle-ci est liée il peut en résulter une nécrose du côté droit du foie.

M. Basset estime qu'il vaut mieux laisser un moignon du cystique que de le lier trop près du cholédoque.

M. Alglave ne pratique plus la cholecystectomie rétrograde. Il préfère la cholecystectomie par voie sous-séreuse.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES
de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 29 MAI 1925)

Essai de cholécystographie par la tétrabromophénolphtaléine. — MM. FORGUE, LAMARQUE et MOURGUE-MOLINES.

Appendicite et rougeole. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et BRÉMOND ont pratiqué l'ablation d'un appendice gangréné et en voie de perforation chez un enfant ayant présenté une seule crise douloureuse quatre jours après l'éruption d'une rougeole caractéristique. Rappelant l'opinion de Jalaguier sur les rapports entre appendicite et maladies infectieuses, les auteurs signalent une vingtaine de cas recueillis dans la littérature où l'appendicite paraît en liaison directe avec la rougeole, et exposent, à propos de leur observation, les raisons en faveur de l'hypothèse de coïncidence et de l'hypothèse de conséquence.

(SÉANCE DU 5 JUIN 1925)

Influence de la polyurie aqueuse simple et de la polyurie acide sur l'ammoniurie et sur la concentration et le débit des ions hydrogène des urines chez les sujets sains. — MM. P. CRISTOL et A. BONNET.

Sur la locomotion de l'œuf et des zoospermes. Comparaison avec la navigation aquatique et aérienne. — M. AMANS.

Ecthyma térébrant. Association de staphylocoques et de bacilles pyocyaniques. — MM. J. MARGAROT, P. DEVÈZE et J. CHARDONNEAU.

Aspect de quelques dermatoses en lumière ultraparaviolette. Note préliminaire. — MM. J. MARGAROT et P. DEVÈZE.

Cinquième récidive d'une tumeur mélanique opérée pour la première fois vingt-six ans auparavant. — M. MOURGUE-MOLINES présente une malade opérée six fois en vingt-six ans, pour cancer mélanique de la face, par le professeur Forgue.

L'histoire de cette malade avait été déjà rapportée en 1921, par Chauvin à la Société anatomique, lors de la quatrième récidive. La cinquième, enlevée dernièrement, était comme les précédentes exactement localisées à la peau sans infection ganglionnaire.

Il s'agit là d'un cas rare en égard à la malignité considérée comme extrême des tumeurs mélaniques.

LIVRES NOUVEAUX

L'œdème, étude expérimentale et clinique (1),
par M. J. LE CALVÉ.

Ce nouveau volume est un véritable traité qui met à jour de la façon la plus complète la question de l'œdème.

L'ouvrage est divisé en deux livres. Le premier est consacré à l'étude expérimentale, le deuxième à l'étude clinique de l'œdème.

Dans le premier livre, après un exposé préliminaire l'auteur étudie le sang et la lymphe, puis il passe en revue l'anatomie pathologique, la constitution chimique et la toxicité des sérosités. La *pathogénie* fait ensuite l'objet d'un exposé dans lequel sont étudiées les différentes théories émises, notamment la théorie vaso-motrice. L'auteur est ainsi amené à étudier à la suite des travaux récents le *rôle de l'œdème*, son rôle physiologique et son rôle antitoxique.

Le deuxième livre consacré à la *clinique* passe en revue les œdèmes présentant un caractère héréditaire, les œdèmes des maladies générales et infectieuses, les œdèmes dans les maladies des organes ou appareils et enfin les œdèmes gravidiques et les œdèmes infantiles.

C'est dire le travail considérable que représente l'ouvrage de M. Le Calvé et les services importants qu'il rendra aux médecins et aux étudiants.

Edité avec le soin que la maison Masson apporte dans toute ses éditions, il remportera, nous en sommes certains, un succès mérité.

L. G.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 36 fr. — Paris 1925, Masson et Cie.

Poitrinaires et grandes amoureuses [2e série] (1),
par le docteur CABANÈS.

Notre ami Cabanès continue la publication de son intéressante étude sur les grandes amoureuses romantiques.

Il nous présente aujourd'hui Elvire et Rachel.

Elvire, c'est Mme Charles, la fameuse Julie à laquelle notre cher et éminent collaborateur le docteur Babonneix a consacré tant d'études remarquables. M. Cabanès décrit la longue agonie de celle qui fut la muse de Lamartine; ce sont de belles et bien intéressantes pages.

L'histoire de Rachel est un véritable conte de fées. Cette petite fille d'un simple colporteur israélite, née dans la misère et devenue en peu d'années la plus fêtée des reine du théâtre, a eu vraiment une existence prodigieuse. Cabanès raconte d'une façon très attachante la vie mouvementée de la grande artiste qui fut aussi une grande amoureuse.

Il nous décrit d'une manière saisissante le véritable calvaire de cette poitrinaire promenant son mal dans le monde entier sans pouvoir lui procurer un apaisement.

Nous avons eu l'occasion d'habiter pendant plusieurs étés la vieille villa montpelliéraine dans laquelle Rachel passa quelques-unes des dernières semaines de sa vie, sur l'invitation de M. Aubaret.

La villa, qui n'a pas été modifiée depuis, est restée charmante avec ses terrasses à l'italienne, bordées de buis taillés et ornées de vieilles statues. Des pins maritimes, des chênes verts et des lauriers roses l'isolent de la garrigue et la protègent contre le mistral. Rachel goûta là un repos de quelques semaines, aimant à se reposer sur la terrasse romantique d'où l'on découvre Montpellier et plus loin à l'horizon la ligne bleue de la mer.

C'est là, dit-on, qu'elle se convertit au catholicisme.

Cabanès a réuni, dans son volume si attachant, un grand nombre de portraits de ses héroïnes et grâce à Devambez et aux laboratoires Cortial il a pu nous offrir un livre que les bibliophiles les plus difficiles aimeront à voir figurer au milieu de leurs beaux ouvrages.

F. L. S.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Variations des artères du pelvis et du membre inférieur, par le docteur Louis DUBREUIL-CHAMBARDEL, président de la Société d'anthropologie de Paris. Préface du professeur NICOLAS. Un vol. de 272 pages avec 62 figures. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.

Cancer de l'utérus, par Jean-Louis FAURE. Un vol. de 228 pages avec 113 figures et 4 planches hors texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

Leçons du jeudi soir à la clinique Tarnier, par A. BRINDEAU, Ed. CHOMÉ, R. CLOGNE, G. DURANTE, G. ECALLE, C. JEANNIN, H. KIEFFER, V. LE LORIER, P. LEQUEUX, M. METZGER, L. NATTAN-LARRIER, R. VAUDESCAL. Un vol. de 216 pages avec 50 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, Vigot frères.

La Réaction de fixation dans la tuberculose, par Achille URBAIN. Préface de A. BESREDKA, professeur à l'Institut Pasteur. Un vol. de 132 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Études de psychiatrie sociologique, par Henri DAMAYE, directeur des asiles d'aliénés, expert près les tribunaux et administrations. Edition 1925. — Prix : 8 fr. — Paris, A. Maloine et fils.

(1) Edité par les Laboratoires Cortial, 10, rue Béranger, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Orléans. — Le concours de l'internat s'est terminé par la nomination de MM. Rogier et Favier.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Charuel, ancien directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, a été nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE. — M. le professeur Henri Roger vient d'être nommé président de la section scientifique du Comité médical des Bouches-du-Rhône.

ENSEIGNEMENT DENTAIRE. — Par décision ministérielle du 8 juin 1925, le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts a institué une commission d'études chargée d'examiner les moyens d'améliorer l'enseignement dentaire.

Cette Commission, qui siégera au ministère de l'Instruction publique, est composée ainsi qu'il suit :

MM. le ministre de l'Instruction publique, président; Strauss, sénateur, vice-président; Justin Godart, député, vice-président; A. Marquet, député, vice-président; le docteur Fontanille, sénateur, vice-président; A. Cayrel, député; Coville, directeur de l'enseignement supérieur; Roger, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Frey, chargé du cours de stomatologie à la Faculté de médecine de Paris; Sébileau, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Hartmann, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Weiss, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg; Bénaerts, inspecteur de l'Académie de Paris; Géo Villain, président de la Fédération dentaire nationale; G. de Croës, président du groupement fédéral des syndicats dentaires; Blatter, président de l'Ecole dentaire de Paris; Modkurst, président de l'Association générale syndicale des dentistes de France; Ragageot, président du Syndicat des chirurgiens dentistes de France; Gires, président du Syndicat des stomatologistes; H. Villain, président de la Société d'odontologie de Paris; Herpin, président de la Société de stomatologie de Paris; Sauvez, président de la Société des stomatologistes des hôpitaux; Rodolphe, président de l'Ecole odontotechnique; Billoret, président de l'Association française des chirurgiens dentistes; Frison, directeur de l'Ecole odontotechnique; Boy, directeur rédacteur en chef du journal l'*Odontologie*; Rozo, directeur de l'Ecole de stomatologie; Manteau, vice-président du groupement fédéral des syndicats dentaires de France; Friteau, rédacteur en chef de la *Presse dentaire*; Fourquet, directeur adjoint de l'Ecole odontotechnique; Bruel, secrétaire général du Syndicat des chirurgiens dentistes de France; Solas, secrétaire général du Syndicat des docteurs en médecine odontologistes; Robin, stomatologiste des hôpitaux; Blocmann, secrétaire du Syndicat des chirurgiens dentistes de France; Tzanck, chirurgien dentiste à Paris.

IVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE LANGUE FRANÇAISE (Paris, 1er, 2 et 3 octobre 1925). — Le Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française se tiendra à Paris les 1er, 2 et 3 octobre 1925, à la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le docteur Siredey, médecin honoraire des hôpitaux de Paris.

Les questions mises à l'ordre du jour sont les suivantes :

1° « Les fonctions biologiques du corps jaune et de la glande interstitielle de l'ovaire. » Rapporteur : M. Schickelé (de Strasbourg).

2° « Les tumeurs incluses du ligament large. » Rapporteurs : MM. Forgue (de Montpellier) et Grousse (de Bruxelles).

3° « Indications des pelvitomies. » Rapporteurs : MM. Rossier (de Lausanne) et Le Lorier (de Paris).

Une séance du Congrès sera réservée aux communications particulières.

Une autre séance sera réservée aux visites dans les services hospitaliers.

Les rapports imprimés et le programme définitif des séances du Congrès ainsi que la liste des réceptions offertes aux membres de l'Association seront envoyés en temps utile.

CONGRÈS DE L'ENFANT. — Le premier Congrès général de l'enfance aura lieu à Genève, du 24 au 28 août, sous la présidence du professeur d'Espine (Genève). Trois sections sont prévues : la première s'occupera d'hygiène et de médecine, la seconde d'assistance et de prévoyance sociales, la troisième d'éducation et de propagande. S'adresser, pour tous renseignements au secrétariat, 4, rue Massot, à Genève.

VERSEMENTS AU PROFIT DU SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — ACADÉMIE DE MÉDECINE DE GRENOBLE. — Mlle Aurange, 5 fr.; MM. Mure Ravaud, 5 fr.; Cortey, 5 fr.; Cotte (Jean), 2 fr.; Defaix (Paul), 2 fr.; Palluel, 5 fr.; Maine, 5 fr.; S. Defaix, 5 fr.; Ovoisin, 5 fr.; Rolubakine, 5; Escomel, 5; Tachet, 5 fr.; Berthet, 5 fr.; Ripitn, 5 fr.; Chiorl, 5 fr.; Chapuis, 5 fr.; Morel, 5 fr.; Gourdon, 5 fr.; L'Izac, 5 fr.; Ribon, 5 fr.; Boffon, 5 fr.; Bonhoure, 5 fr.; Prallet, 5 fr.; Bruheim, 5 fr.; Bonniot, 5 fr.; Eymaul, 5 fr.; Rolland, 5 fr.; Chareyron, 5 fr.; Vicher, 5 fr.; Reynour, 5 fr.; Bayar, 5 fr.; Carle, 3 fr.; Demoly, 5 fr.; Guillemin, 5 fr.; Cotte, 3 fr.; Defaix, 3 fr.; Gazaniol, 5 fr.; total, 173 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — MM. Froissard, Mosinger, Fernier, Francfort, Mlle Lacourt, MM. Sam-Salem Lallemand, Vouckchevitch, Mlle Rous de Montlebert, MM. Schumacher, Brausch, Lévy (Robert), El-Menchaoui, Aubertin, Bodard, Rény (P.), Mlle Bechir, MM. Bernard, Yovanovitch, Reny (J.), Mlle Liebovitch, MM. Girard, Muller, Claude, Mlle Netter, MM. Didier, Minery, Taillard, Heuby, Girard, Mlle Musard, M. Lelorrain, Mlle Dietmann, MM. Bijou, Reboursin, Gschvend, Lévy, Baudin, Mlle Geoffroy, MM. Falala, Rapaire, Fischer, Toychena, Pelerin, Efthyvoulidis, Mlle Dusapin, MM. Daeschler, Racadot, Clergert, Mlles Le Quer, Goasdoue, Rollet, MM. Bagard, Schaeffer, Marquet, Pagavlavas, Bitsch, Mlle Bondon, MM. Verdun, Cousin, Millot, Taditch, Mme Couper.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — MM. Schoch, Buhecker, Mlle Marty, M. Wolff, Mlle Wenger, M. Horning, Mlles Feuchter, Uhring, Mme Benmann, MM. Buzon, Huckel, Muller (J.), Schwob, Woringer, Mlle Hoerner, M. Horrenberger, Mlle Netter, M. Deutsch, Mlles Pellissier, Kieffer, MM. Maret, Ganeff, Walter (Em.), Pagirski, Heitzmann, Pressler, Leder, Beck, Houpert, Mlle Roemelin, MM. Schmittbuhl, Burcklé, Mlle Huut, Mme Caquelin, Mlle Laska, MM. Pavicy, Fikman, Parisko, Walter (E.), Stahl, Damm, Carlier, les docteurs Froelich et Boez, MM. Tempé, Schreiber, Stricker, Mlle Schmidt, les docteurs Stulz, Fontaine, Klotz, MM. Brenkmann, Palgan, Adnot, le docteur Hanns, M. Brion, les docteurs Cahn, Schaaff, Foncin (R.), Wolff, Lux, MM. Fournier, Gutmann, Gruber, Kuenemann, Stamm, Daull, Nerson, Weill, Boltz, Biecheler, Mlle Grotten, MM. Boeringer, Fleck, les docteurs Vaucher, Humbert, Schwab, Meyer, MM. Kueny, Lanzenberger, le docteur Metzger.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — MM. Bigé, Binet, Caix, Chouman, Fuselier, Julien, Landrier, Reblond, Levet, Michel, Moreau, Saugier, Serbource, Tholose, Voizot, Duffau, Mlles Boudrier, Dufour, Genot, Martinet, Papet, Rousselet, Romand, Roy.

ÉCOLE DE MÉDECINE DE POITIERS. — MM. Rognet, Papazoglou, Piraud, L'Huillier, Rollet du Coudray, Dillard, Chato, Fan-Chi-Hoang, Bagard, Picard, Juchet, Bordier, Mercat, Joly, Dubois, Gaby-Fauron, Yvonneau, Colin, Boisramé (Raymond), Lieffring, Boisramé (Maurice), Tulasse, Vincent, Moreau, Mouillet, Chichereau, de Mascarel, Labussière, Petit, Kernevez, Triantafyllopoulos, Pommeret, Dupuis, Casati, Mahieu, Stanffer, Thorain, Gesta, Vialle, Berger, Lancelot.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — MM. Dumont, Bouchet, Tarron, Sagols (Louis), de Godebout, Chevalier-Lavaure, Boussinesq, Rudelle, Senty, Blanc (P.-I.), Bouisset, Arnal, Cauceill, Savy, Montagné, Cazalis, Lanfranchi, Clément, Crochon, Thaon, Boulouys, Marc, Vidal, Graulou, Vauvillier, Gilodes, Nicolas, Roucante, Ettori, Guibert, Deshons, Henriet, Viallefont, Dufoix, Berg, Hoarau, Gordon-Martin, Truc, Moussu, Hourmousiades, Rogue, Mahon, Meinnier, Kitch Sinicha, Warchawsky, Richaud, Petroff, Caussat, Fourcade, Bonnafé, Jeanjean, Bichara (Abdel), Bichara (Fakri), Binet, Campredon, Abdalla, Farouk, Roques, Paradis, Couloucountis, Salavert, Kratchounoff, Estève, Guerre, Banet, Trivas, Peillex, Derrien, Lauret, Fau, Jayle, Cristol, Reynes, Nicolas, Cotsaftis, Barker, Abdurrhaman, Daumont, Mlles Gaussel, Roux, Simon, Stain, Jean, Raynaud, Garrigues.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE. — HÔPITAL SAINT-LOUIS. — Cours de perfectionnement de dermatologie et vénéréologie, sous la direction de M. le professeur Jeanselme.

Un cours de dermatologie commencera le 5 octobre 1925.

Un cours de vénéréologie commencera le 2 novembre 1925.

Un cours de thérapeutique dermato-vénéréologique commencera le 30 novembre 1925.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 150 francs.

Un programme détaillé sera délivré aux auditeurs.

Les cours auront lieu au Musée de l'hôpital Saint-Louis et 40, rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.), de physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie, etc.).

L'ÉCOLE DES INFIRMIÈRES. — Ouverte depuis 1907, l'école des infirmières de l'Assistance publique est destinée à former des infirmières pour les hôpitaux et hospices de la ville de Paris.

Elle offre aux jeunes filles désireuses de se faire une situation indépendante, les moyens les plus faciles d'y parvenir. C'est ainsi que la gratuité des études est complète.

Les candidates doivent être de nationalité française, célibataires et âgées de dix-neuf ans au moins et de vingt-six ans au plus au 1er janvier de l'année du concours.

Celles qui possèdent le brevet élémentaire ou un diplôme équivalent ou supérieur sont dispensées des épreuves. Un examen médical, passé à l'école des infirmières, décide seul de leur admission et de leur aptitude physique à la profession d'infirmière.

Pour les autres candidates, outre cet examen médical, elles doivent satisfaire à un concours comprenant : une dictée de difficulté moyenne servant d'épreuve d'écriture, une narration française et deux problèmes d'arithmétique portant sur les quatre règles, les fractions et le système métrique, ainsi qu'une épreuve de couture.

Le prochain concours d'admission à l'école des infirmières aura lieu le 5 octobre 1925, à treize heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Dufour, ancien député.

RÉAPPARITION DE LÉSIONS TUBERCULEUSES ÉVOLUTIVES DANS UN POUMON COMPRIMÉ DEPUIS CINQ ANS PAR UN PNEUMOTHORAX ARTIFICIEL

PAR MM.

E. VAUCHER, Chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

et

R. KAUFFMANN, Assistant du service des tuberculeux.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE MÉDICALE B DE STRASBOURG (Professeur : Léon BLUM).

Nous croyons intéressant de publier l'observation suivante, parce qu'une question, qui se pose tous les jours, est celle de savoir combien de temps il faut maintenir comprimé un poumon traité par la méthode de Forlanini.

A notre avis, lorsque le pneumothorax est bien toléré, il n'y a aucune indication d'interruption du traitement, si les réinsufflations peuvent continuer à être pratiquées dans de bonnes conditions, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas.

M. W... est un homme de vingt-neuf ans, chez lequel apparurent, en juillet 1919, des signes de tuberculose pulmonaire unilatérale. Il entra à la clinique à cette époque et l'on constata une tuberculose ulcérocaséeuse du lobe supérieur droit, justiciable du pneumothorax artificiel; l'intervention fut pratiquée par le docteur Woringer en novembre 1919. Des insufflations successives amenèrent un collapsus presque total du poumon, cependant le sommet restait légèrement adhérent. Le pneumothorax fut entretenu pendant cinq années, les réinsufflations étant pratiquées tous les deux mois pendant les deux dernières années. Le malade très raisonnable, habita d'abord la campagne pendant quelque temps, puis entra comme magasinier dans une fabrique de la ville. Il s'est marié en février 1922 et a un enfant bien portant. L'état général s'est maintenu excellent pendant près de cinq ans. Le malade ne toussait plus, ne crachait plus, son poids se maintenait aux environs de 72 kilos. Au début de novembre 1924, le malade eut l'impression de s'être refroidi, se sentit mal à l'aise et commença à tousser. Sa température s'éleva aux environs de 39. Il ne crachait pas, il n'avait pas de sueurs. Se croyant simplement grippé, il alla voir le docteur Woringer, qui nous l'adressa à la clinique ou il entra le 25 novembre 1924.

C'était un homme en bon état de nutrition, pesant 71 kilos. L'examen des poumons révélait quelques râles secs au niveau du hile gauche et vers le sommet; au poumon droit on constatait un tympanisme plus marqué à la base qu'au sommet et l'auscultation révélait une respiration lointaine et très affaiblie du côté droit et sur les deux tiers du poumon des râles sous-crépitants secs. Les crachats muqueux ne contenaient pas de bacilles de Koch, la température était de 38 degrés. A la radioscopie on constate qu'il n'existe pour ainsi dire plus de gaz dans la plèvre droite, sauf une petite poche située à la base. Dans le tissu pulmonaire on voit quelques bulles claires; mais il est impossible de préciser s'il s'agit de poches gazeuses enkystées ou de cavernes d'origine tuberculeuse.

On procède immédiatement à une insufflation de 600 centimètres cubes d'azote, sous une pression initiale de moins 1 et une pression terminale de plus 2.

Le lendemain, 27 novembre, la radioscopie montre une zone gazeuse le long de la paroi thoracique. Le 28 on réinsuffle 600 centimètres cubes avec une pression initiale de moins 2 et terminale de plus 7 1/2. Les jours suivants la température baisse légèrement; l'expectoration diminue; le 2 décembre nouvelle insufflation de 500 centimètres cubes avec une pression initiale de moins 6 1/2 et terminale de plus 3 1/2. Le poumon paraît de nouveau assez bien comprimé et refoulé vers son hile, surtout dans les parties latéro-antérieures. On voit deux adhérences, l'une assez large au sommet, l'autre moins large vers l'aisselle. Néanmoins la température remonte pendant les jours suivants pour redescendre un peu vers le 8 décembre; les crachats peu abondants ne contiennent toujours pas de bacilles de Koch.

Le 6 décembre une quatrième réinsufflation ne permet d'introduire que 150 centimètres cubes de gaz avec une pression initiale de 6 1/2 qui monte rapidement à plus 17. Une radiographie faite le 8 montre un poumon gauche intact. Le poumon droit semble divisé en plusieurs lames par l'azote; les parties antérieures semblent assez bien comprimées jusque vers le sommet. Il semble que la plèvre soit épaissie en avant, en arrière une lame plus transparente vélamenteuse semble adhérer à la paroi. On voit une petite caverne dans les parties moyennes.

Le 16 décembre on n'arrive plus à introduire dans la plèvre que 75 centimètres cubes d'azote avec une pression terminale de 18. La radioscopie montre que la moitié supérieure du poumon est de nouveau accolée à la paroi thoracique. La température reste subfébrile. La toux persiste, l'expectoration reste minime.

Les 23 décembre et 3 janvier on fait deux tentatives infructueuses pour introduire de l'azote dans la plèvre. On constate à ce moment qu'il ne persiste plus qu'une petite poche de gaz sur les parties latérales. Le 7 janvier on trouve des bacilles de Koch dans les crachats; le 9 janvier une dernière tentative de pneumothorax ne permet d'introduire que 55 centimètres cubes d'azote avec une pression initiale de plus de 2 et une pression terminale de plus 22.

La température reste élevée aux environs de 38 degrés; un examen du larynx montre une irritation suspecte de bacillose.

Le 13 janvier la radiographie montre un poumon gauche en bon état, un poumon droit presque complètement adhérent, sauf dans les parties latéro-inférieures. Dans le tissu pulmonaire du lobe moyen il existe des zones claires limitées; mais il est impossible de savoir s'il s'agit de cavités ou de poches gazeuses enkystées.

La respiration est affaiblie sur toute l'étendue du poumon. A droite on entend de nombreux râles, mais pas de frottements. La malade est envoyé au sanatorium, il a perdu 2 kilos depuis son entrée à la clinique.

En résumé il s'agit d'un malade porteur d'un pneumothorax datant de cinq ans et chez lequel à la suite d'un refroidissement accidentel se produisit une résorption rapide du gaz contenu dans la plèvre, accompagnée de déplissement pulmonaire. En même temps, une symphyse progressive s'installa nécessitant l'abandon du pneumothorax, et les lésions pulmonaires que l'on pouvait croire éteintes, subirent une extension et une aggravation rapide. Une laryngite bacillaire apparut également.

Au sujet de cette observation on peut faire plusieurs remarques intéressantes :

1° Depuis deux ans, les réinsufflations étaient pratiquées tous les deux mois; cet intervalle était suffisant pour maintenir la compression.

En moins de cinq semaines le gaz se résorbe avec une rapidité surprenante, à la suite d'un refroidissement et d'une infection d'apparence banale. La plupart des auteurs admettent que la capacité de résorption de la plèvre va en diminuant au fur et à mesure que le pneumothorax devient plus ancien, même en dehors de toute complication pleurale. Cette diminution du pouvoir de résorption est due à la disparition progressive de l'endothélium pleural remplacé peu à peu par un tissu de sclérose. Notre observation montre combien rapide peut être la résorption de gaz dans une plaie insufflée depuis cinq ans, sous l'influence d'une cause en apparence banale. Ce fait est d'observation courante dans les pneumothorax récents et nécessite une surveillance attentive.

Au point de vue pratique, il montre combien le contrôle radioscopique de tout malade porteur d'un

pneumothorax doit être fait régulièrement et fréquemment, surtout à la suite des infections saisonnières dont ces malades ne sont pas exempts.

2° Le second point qui nous a frappé est la rapidité avec laquelle les lésions tuberculeuses se sont développées dans le poumon droit au moment où s'est installée la symphyse pleurale. Actuellement tout le poumon droit paraît être infiltré cliniquement et radiologiquement. Or, en 1919 il s'agissait d'une tuberculose ulcérocaséeuse limitée au lobe supérieur droit. Il est évident que l'image radiographique nouvelle est difficile à interpréter étant donné qu'il persiste encore chez ce malade des poches gazeuses reliquat de son ancien pneumothorax; cependant il semble nettement qu'il y ait à l'heure actnelle deux ou trois cavernes dans le poumon droit. Dans ce poumon comprimé depuis cinq ans, les lésions tuberculeuses ont donc persisté à l'état latent, pour recommencer à évoluer dès que la décompression s'est produite. Ce point est particulièrement intéressant quand on songe que ce poumon a été comprimé pendant une aussi longue période.

Beaucoup d'auteurs pensent que dans un poumon bien comprimé de nouvelles lésions ne se produisent pas. Cependant les expérimentateurs Schur et Plaschke (1) et Tomaschzewski (2) ont bien montré que, chez le lapin, un pneumothorax préalable n'empêche nullement l'éclosion d'une bacille dans le poumon collabé si l'on injecte des bacilles de Koch dans les veines. Ces expériences ont été reprises par J. Valtis.

Ces auteurs font cependant remarquer que les conditions sont différentes chez l'animal après injections intraveineuses et chez l'homme. Ils ont observé, qu'à la mort des animaux, les lésions de granulie pulmonaire étaient beaucoup plus importantes du côté du pneumothorax que du côté opposé.

Récemment Lindblöm (3) a publié quinze observations, avec résultats d'autopsie, de malades morts à la suite d'une complication survenue au cours d'un traitement par le pneumothorax. Chez ces malades la durée du traitement avait oscillé entre six semaines et trois ans. Dans une autopsie il n'y avait pas de foyers tuberculeux récents et dans tous les autres cas, il y avait des lésions récentes semblant postérieures à l'installation du pneumothorax. Lindblöm pense que dans le poumon comprimé la propagation des lésions se fait plutôt par voie bronchique ou lymphatique que par voie sanguine. Il reste cependant un partisan convaincu du Forlanini dont il explique le mode d'action par une stimulation de la formation du tissu conjonctif autour des foyers tuberculeux; ce travail très lent pouvait aboutir à une guérison anatomique longtemps après que la guérison clinique est établie.

Burnand (4) a également publié plusieurs observations d'autopsie révélant la présence de tubercules frais dans des poumons comprimés un an et plus. Rossel (1) rapporte l'observation d'un malade qui fit une poussée dans un poumon comprimé un mois après l'installation d'un pneumothorax.

Dans un cas de Piguet et Giraud (2), c'est deux ans après que se produit la poussée du reste éphémère; chez un malade d'Hervé, dans un poumon parfaitement comprimé, sans adhérences, une caverne apparaît à la suite d'une poussée fébrile, deux ans après le traitement. Enfin, chez un malade actuellement soigné à la clinique nous avons vu apparaître deux mois après l'installation du pneumothorax une caverne au niveau d'une adhérence.

Dans un travail récent, fait dans le service de Rist, Rolland (3) étudie l'évolution des lésions dans le poumon collabé. Son travail est basé sur l'autopsie de 25 malades porteurs de pneumothorax artificiels. Parmi ceux-ci un grand nombre sont morts trop récemment après l'établissement du pneumothorax, pour que l'on puisse tirer de l'autopsie des conclusions intéressantes sur la cicatrisation des lésions. Cependant l'étude de ces cas amène Rolland à conclure que c'est par un processus de sclérose, en favorisant l'édification d'un tissu de défense que le pneumothorax agirait; « ce tissu de défense, limite et stabilise les lésions en empêchant leur extension de proche en proche. Le pneumothorax agit-il d'une autre manière pour limiter la propagation à distance des lésions tuberculeuses dans le poumon collabé? C'est problable et même certain, mais cette action empêchante ne s'exerce que d'une manière relative et incomplète, et, comme Lindblöm dans la plupart des cas que nous avons étudiés, nous avons trouvé dans le poumon collabé, et à distance des lésions primitives, des lésions jeunes, évidemment de nouvelle formation. »

Dans l'observation que nous rapportons deux faits semblent indiscutables.

1° La propagation de la tuberculose d'abord limitée au lobe supérieur droit, à tout le reste du poumon avec formation de caverne;

2° Le fait que le déplissement du poumon à la suite de la résorption du gaz s'est accompagné d'une extension des lésions tuberculeuses; il est certain que dans ce poumon collabé avaient persisté des foyers actifs qui ont évolué rapidement se manifestant par des signes généraux : une expectoration bacillifère et, une poussée pleurale ayant rapidement abouti à une symphyse et une laryngite tuberculeuse.

La symphyse pleurale, complication tardive du pneumothorax artificiel, est trop connue pour que nous y insistions ici. On est totalement désarmé dans ce cas et force est alors de recourir à une autre intervention : phrénicectomie ou thoracoplastie. Une dernière remarque s'impose au point de vue pratique : c'est la nécessité de continuer le pneumothorax pendant de longues années. Nous n'avons aucun signe de la guérison anatomique dans un poumon collabé qui échappe à notre exploration. Quand un malade supporte bien le traitement, il n'y a, à notre avis,

(1) SCHUR H. et S. PLASCHKES. Experimentelle Studien zur Pneumothorax behandlung, *Zeit. f. exp. Path. und Ther.*, 1913, t. XIII, p. 478.

(2) TOMASCHZEWSKI. Histologische Veränderungen der normalen und mit Tuberkulose infizierten Lunge unter dem Einflusse des künstlichen Pneumothorax, *Beit. z. Klin. der Tub.*, 1916, t. XXXVI.

(3) LINDBLOM. Zur Kenntnis der Heilung des Lungentuberkulose bei Pneumothorax behandlung, *Beit. z. Klin. der Tub.*, t. LII, h. 1, p. 1-33.

(4) BURNAND. Effets anatomiques de la compression par le pneumothorax sur le poumon tuberculeux, *Etudes cliniques sur la tuberculose*, Leysin, 5e série, Masson, Paris 1922, p. 403.

(1) ROSSEL. La pleurésie séro-fibrineuse. Complication du pneumothorax artificiel, *Th. de doctorat* de la Faculté de médecine de Lausanne, 9 juillet 1920.

(2) PIGUET et GIRAUD. Les paradoxes du pneumothorax thérapeutique : hémoptysies de compression, foyers évolutifs dans le poumon comprimé, *Presse méd.*, 16 avril 1924, p. 333.

(3) J. ROLLAND. Evolution anatomique des lésions dans le poumon collabé par le pneumothorax artificiel, *Ann. de méd.*, avril 1925, n° 4, t. XVII, p. 327.

aucune indication d'interruption. Nous savons dans quel état le malade se trouve avec son pneumothorax; nous ne savons pas de façon certaine comment il se trouvera sans lui. Laissons-le donc tel qu'il est (Dumarest) (1).

SUR QUELQUES PARTICULARITÉS CLINIQUES

DE

LA NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE

OU CERVICO-BRACHIALITE RHUMATISMALE[1]

PAR

H. ROGER, Professeur — J. REBOUL-LACHAUX, Chef de clinique — J. RATHELOT, Interne

A LA CLINIQUE NEUROLOGIQUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Si les algies du membre inférieur et en particulier la sciatique (2) ont fait l'objet d'innombrables travaux, celles du membre supérieur ont beaucoup moins attiré l'attention des cliniciens. Leur fréquence n'en est cependant pas négligeable. Il en est de diverses sortes.

C'est sur l'une de ces variétés, celle que nous avons rencontrée le plus souvent en pratique, que nous désirons attirer aujourd'hui l'attention dans cette courte note, concernant quelques points de son histoire clinique.

Nous désignons sous le nom de *cervico-brachialite rhumatismale* ou essentielle une névralgie cervico-brachiale, qui, partant généralement du cou (partie postérieure) s'irradie au bras, souvent de la racine jusqu'à l'extrémité du membre supérieur. N'ayant pour cause aucune infection, intoxication ou compression décelable, nous la rattachons à l'irritation des racines du plexus brachial par l'arthrite des trous de conjugaison de la colonne cervicale (funiculite rhumatismale de Sicard). On ne peut mieux la caractériser qu'en la désignant encore sous le nom de « sciatique du bras ».

Ayant eu l'occasion d'en observer récemment vingt-trois cas qui seront réunis dans la thèse de l'un de nous (Jean Rathelot, thèse Montpellier 1925) nous avons pu reviser quelques points de son histoire.

Le trajet douloureux le plus fréquemment accusé est celui qui correspond à la face postérieure du membre (bras, avant-bras) avec irradiation à la face dorsale de la main et plus particulièrement à la racine de l'index. Il s'agit dans ces cas de *cervicoradialite* prédominante. Aussi les points douloureux sont-ils surtout plus nets au niveau de la gouttière de torsion, à la région épicondylienne, à la face postérieure de l'avant-bras. Nous avons été frappés de la fréquence de la douleur à la pression de la masse musculaire du Ier espace interosseux entre le pouce et l'index.

Au *cou*, sauf dans les névralgies très intenses où à la période du début (qui s'accompagne souvent d'un léger torticolis), les douleurs sont plus atténuées, mais la mobilisation, en particulier l'hyperextension un peu vive ou l'inclinaison latérale du côté opposé réveillent la douleur brachiale. Le point le point le plus sensible correspond à la pression profonde de la masse musculaire paravertébrale correspondant aux dernières vertèbres cervicales ou même souvent de la Ire ou IIe dorsale. Il n'est pas rare que les malades accusent une douleur spontanée correspondant à la partie moyenne ou inférieure de l'omoplate.

Il y a parfois douleur à la pression du point glénoïdien antérieur, à la partie antérieure de l'articulation scapulohumérale, ce qui montre la coexistence d'une *arthrite scapulohumérale*. Cette arthrite peut se montrer d'emblée. Elle est l'aboutissant presque fatal des cervicobrachialites particulièrement douloureuses ou prolongées qui obligent le malade à immobiliser longtemps le membre supérieur, et, par la raideur persistante qui peut suivre longtemps après la disparition de la cervicobrachialite, elle en aggrave le pronostic.

A côté de la localisation cervico-brachiale postérieure ou cervicoradiale, il faut signaler une localisation antérieure ou *cervico-cubitale* avec douleur le long du paquet vasculo-nerveux à la face interne du bras, avec irradiation à la face palmaire (bord cubital). Nous avons également rencontré *une forme mixte*, plus diffuse.

Comme pour la sciatique, on peut signaler des *formes hautes* avec douleur surtout cervicale et périscapulaire, des *formes basses* prédominant au poignet et à l'avant-bras, mais pour lesquelles l'élément cervical peut être décelé par la manœuvre de l'hyperextension du cou.

L'*intensité* de la névralgie est variable, depuis les cas hyperdouloureux qui obligent à un alitement de deux à plusieurs semaines jusqu'aux cas bénins où la douleur, intermittente et légère, n'est réveillée que par certains mouvements d'hyperextension du bras.

La *sensibilité objective* est généralement intacte. Le *réflexe tricipital* est assez souvent diminué.

L'*exploration radiographique* du rachis cervical (face et profil) montre dans quelques cas des ostéophytes ou des ossifications des ligaments voisins. Dans d'autres cas, nous avons remarqué simplement l'attitude rectiligne de la colonne cervicale que Barré a signalée comme un signe de rhumatisme vertébral dans quelques crampes des écrivains.

Le *liquide céphalorachidien* présente parfois une très légère hyperalbuminose (sans hypercytose) moindre que dans la lombosciatique.

(1) Dumarest, Murard et Brette. *La Pratique du pneumothorax thérapeutique*, 2e édition, Masson, Paris 1923.

(1) Communication au *XVIIIe Congrès français de médecine*, Nancy juillet 1925.

(2) H. Roger et G. Aymès. *Diagnostic et traitement des sciatiques*, Paris 1923, Maloine, édit.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 21 JUILLET 1925)

Les progrès de l'alcoolisme. — M. Achard, résumant les travaux et les vœux d'une commission spéciale, signale que depuis quelque temps on observe, dans les hôpitaux, une recrudescence marquée de l'alcoolisme. Il estime que l'Académie doit appeler sur ces faits l'attention des pouvoirs publics.

Parmi les malades hospitalisés, on compte une augmentation de 10 p. 100 d'alcooliques chez les hommes et de 6 p. 100 chez les femmes.

La cirrhose, en particulier, les polynévrites, le delirium tremens accusent une fréquence inquiétante.

En France la consommation de l'alcool de 584.000 hectolitres en 1918 a passé à 1.016.000 hectolitres en 1923.

M. Achard recherche quelles peuvent être les causes de ces redoutables progrès de l'alcoolisme en France. Il accuse l'augmentation des salaires, la loi sur la journée de huit heures, la réapparition de l'absinthe sous des formes diverses, enfin le privilège des bouilleurs de cru, impossible, paraît-il, à supprimer pour raison politique. Il en est de même de la restriction des débits de boissons qui ne saurait lutter avec la puissance électorale des débitants.

Quels peuvent être les moyens de combattre actuellement l'alcoolisme? Les œuvres privées, qui n'ont qu'une action limitée, la propagande à l'école? M. Achard pense que le mieux serait de saisir de la question les groupements ou syndicats ouvriers eux-mêmes. C'est le rôle du médecin.

En terminant son intéressante communication, M. Achard nous apprend qu'un Congrès médical, en Russie Soviétique vient d'instituer des mesures consistant à confier aux travailleurs eux-mêmes ou à leurs représentants le soin de favoriser ce qu'ils appellent le dégrisement.

L'encéphalite épidémique. — MM. Van Bouwdyk Bastiaance (de la Haye), Terbugh, Dihyl et Levaditi ont observé plusieurs cas d'encéphalite épidémique chez des enfants qui venaient d'être vaccinés contre la variole. En Hollande sévissait à ce moment une épidémie d'encéphalite. Des recherches anatomo-pathologiques des auteurs, il résulte que le virus vaccinal n'était pour rien dans la production de l'encéphalite. Toutefois on peut admettre que, chez ces enfants, le virus encéphalique a pu être exalté par le virus vaccinal.

M. Netter émet quelques doutes sur le diagnostic d'encéphalite épidémique. Il rappelle qu'il est de règle de ne pas pratiquer de vaccinations en temps d'épidémies.

M. Camus insiste sur le fait qu'il n'y a pas lieu d'incriminer en aucune façon la vaccination antivariolique.

Le paludisme en Corse. — M. Brumpt chargé par la fondation Rockefeller d'instituer en Corse une station antipaludique a parcouru le pays et y a rencontré trois espèces d'anophèles capables de transmettre la malaria. Les expériences de l'auteur ont démontré de nouveau que ces moustiques étaient attirés par la présence d'animaux domestiques.

Les crevasses du sein. — M. Chatin (de Lyon) s'applique à démontrer que la pigmentation de l'aréole du sein au cours de la grossesse est une réaction de défense contre la production des crevasses. Dans le but d'augmenter cette résistance, il préconise l'emploi des rayons ultra-violets.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(séance du 11 juillet 1925)

La méthémoglobine contient plus d'oxygène que l'oxyhémoglobine. — MM. Balthazard et Philippe. En étudiant le pouvoir absorbant pour l'oxyde de carbone des solutions de méthémoglobine, partiellement réduites, Nicloux et Roche pensent avoir démontré que la méthémoglobine renferme moitié moins d'oxygène que l'oxyhémoglobine. Ces auteurs ont cru en effet que par réduction, même partielle, la méthémoglobine était ramenée à l'état d'hémoglobine, Balthazard et Philippe établissent que la réduction partielle de la méthémoglobine donne naissance à de l'oxyhémoglobine. Tout en confirmant les résultats des expériences de Nicloux et Roche, ils les interprètent de la façon suivante : la méthémoglobine est un peroxyde d'hémoglobine, qui renferme une fois et demie plus d'oxygène que l'oxyhémoglobine.

Les modifications de l'équilibre acide-base du liquide céphalo-rachidien, dans les acidoses expérimentales. — MM. Cestan, Sendrail et Lassalle. Dans cette première série d'expériences les auteurs ont soumis des chiens normaux à des acidoses décompensées, et évalué, comparativement, les constantes de l'équilibre acide-base dans le plasma veineux et le liquide céphalo-rachidien. Dans les cas d'acidose par anesthésie morphino-chloroformique prolongée, la réserve alcaline du liquide céphalo-rachidien suit, avec un décalage dans le temps à peu près constant, les valeurs de la réserve alcaline du plasma veineux.

Le Ph liquidien au contraire tombe plus rapidement que celui du sang, jusqu'à le dépasser dans le sens de l'acidité.

Dans les cas d'acidose par injection endoveineuse de HCl dilué, les variations des réserves alcalines suivent une loi identique; mais le Ph du liquide céphalo-rachidien reste remarquablement constant, tandis que celui du plasma veineux s'acidifie progressivement.

Les auteurs proposent une interprétation de ces faits, qui tient compte des lois de la perméabilité méningée et des propriétés physico-chimiques différentes du plasma veineux et du liquide céphalo-rachidien.

De la destinée des corps gras injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané. — MM. Léon Binet et J. Verne montrent qu'injectée dans le tissu sous-cutané, l'huile d'olive pure ne se résorbe qu'avec une extrême lenteur; elle se divise en gouttelettes qui subissent une sorte d'enkystement; cette coque d'enkystement est riche en leucocytes, dans lesquels il est possible de mettre en évidence la présence de nombreuses enclaves grasses, dont la nature a été modifiée par l'activité leucocytaire : l'expérience montre en effet que si on fait une injection d'hile colorée au Soudan, ces enclaves ne sont pas colorées. Les huiles animales se résorbent beaucoup plus vite que l'huile d'olive.

Action de l'électrolyse sur l'activité des diastases. — M. F. Maignon montre que l'électrolyse prolongée des solutions de diastases entraîne la perte de toute activité et que ce résultat n'est pas dû à la formation secondaire de substances toxiques ou empêchantes, mais à la dissociation complète du groupement organo-minéral constituant la diastase.

Les expériences ont porté sur les diastases du suc pancréatique, sur l'amylase de l'orge germé et sur les diastases tissulaires d'organes animaux.

Action constrictive du genet sur les veines; son mécanisme direct et l'intervention d'un centre nerveux. — MM. H. Busquet et Ch. Virchniac. En dehors de la constriction artérielle très énergique déjà décrite par les auteurs, le genet provoque une forte constriction des veines. Celle-ci s'exerce par l'excitation directe de la paroi et aussi par la mise en jeu d'un mécanisme nerveux, comportant l'existence d'un centre et de filets centrifuges vaso-constricteurs.

Note sur les modifications sanguines au cours de l'hyperpnée. — MM. R. Targowla. M. Montassut et M. Krivy. L'hyperpnée ne modifie pas sensiblement la formule leucocytaire et le taux des globules blancs chez les normaux et chez les épileptiques qui ne présentent pas de manifestations convulsives. La tétanie s'accompagne d'une légère leucopénie avec augmentation relative des mono-nucléaires. L'apparition des phénomènes comitiaux se traduit d'une façon analogue. L'aura de ces manifestations paraît toutefois se manifester par une pléiocytose; au cours de l'accès les résultats sont variables, la formule redevient plus stable à la fin. Il n'y a pas de rapport fixe entre les manifestations sanguines, la nature et l'intensité des phénomènes épileptiques.

Floculation des sérums gonococciques en présence d'un antigène correspondant. — Poursuivant leurs études sur la floculation, MM. R. Dujarric de la Rivière et Et. Roux appliquent aux sérums gonococciques la technique qu'ils ont indiquée pour les sérums méningococciques. Un mélange composé d'un antigène obtenu par une macération très prolongée dans l'alcool de plusieurs origines de gonocoques et de teinture de benjoin de sumatra est émulsionné dans l'eau physiologique et cette émulsion est mise au contact d'une quantité suffisante (2 centimètres cubes) du sérum à étudier. Dans ces conditions, les auteurs ont constaté une floculation très nette avec le sérum anti-gonococcique expérimental, et avec les sérums de malades atteints de manifestations gonococciques diverses, alors que la floculation était nulle avec le sérum normal ou avec le sérum d'individus non suspects d'infection gonococcique (jeunes garçons). Les auteurs signalent cette floculation pour l'intérêt qu'elle peut présenter au point de vue physico-chimique, car, au point de vue pratique il a paru aux auteurs bien difficile de déterminer avec précision si

de pareilles réactions correspondent à une infection encore en évolution ou si elle témoigne simplement de la persistance d'un état physique du sérum après une infection guérie (analogue à la persistance du pouvoir agglutinant du sérum après une fièvre typhoïde guérie).

A propos des notes de M. Lacassagne et Mme Lattès sur la fixation du polonium par l'organisme et sur l'auto-radiographie des organes. — A. KOTZAREFF. — 1° *Note.* — Dans cette note l'auteur rappelle ses travaux sur l'injection d'émanation de radium, travaux faits en 1921 par conséquent trois ans avant les expériences de M. Lacassagne et Mme Lattès. Il appelle « curiegraphie », l'image d'un organe ou d'un tissu obtenue sur une plaque photographique (chez l'animal vivant) après l'injection intraveineuse d'émanation de radium. Il montre des films de malades et lapins cancéreux. Pour lui, Lacassagne et Lattès n'ont jamais obtenu de curiegraphie sur l'animal vivant, parce qu'ils ont employé du polonium qui n'émet que des rayons α qui sont les plus absorbables et arrêtés par la couche la plus mince de l'organisme vivant. Par contre ces auteurs ont obtenu des auto-radiographies (curiegraphies) en prélevant les organes après l'autopsie et en les exposant directement sur des plaques photographiques. L'« historadiographie » est leur découverte.

Il conclut en disant que les effets de l'émanation de radium ne sont pas superposables à ceux du polonium et qu'on ne peut conclure du polonium à l'émanation de radium et vice versa et rejeter l'un à cause de l'autre.

2° *Note.* — Dans la seconde note l'auteur envisage la question de la fixation élective et de l'innocuité de l'émanation de radium. Il emploie la notion de fixation élective au sens relatif du mot.

En ce qui concerne l'innocuité des injections d'émanation de radium seule ou combinée avec des petites doses de polonium, ses animaux en expérience ont supporté des doses très élevées (de 6 à 30 millicuries) et des malades cancéreux ont reçu des doses de 100 à 150 millicuries de huit jours à six semaines d'intervalle en injections intraveineuses sans le moindre inconvénient.

1. Pour lui la fixation élective existe pour les deux éléments radio-actifs (polonium et émanation de radium) avec cette différence qu'avec le polonium il est impossible d'obtenir des curiegraphies chez l'animal vivant, ce que l'on obtient avec l'émanation de radium.

2. Il existe des différences fondamentales entre le polonium et l'émanation de radium, différences dues aux propriétés physiques de ces deux éléments radio-actifs (état gazeux, vie moyenne et élimination) différences qui règlent leur nocivité et leur valeur thérapeutique, différences qui interdisent de conclure du polonium à l'émanation de radium.

(SÉANCE DU 18 JUILLET 1925)

Floculation et bactériophage de d'Hérelle. — R. DUJARRIC de la RIVIÈRE. L'auteur montre que si des filtrats de cultures microbiennes (B. de Shiga, d'Eberth, para B) contenant du bactériophage sont mis à floculer en présence des sérums correspondants pendant un temps assez long pour que les floculats se déposent, on constate par de nouveaux repiquages que le principe lytique n'existe plus dans le liquide surnageant mais qu'il est contenu dans les floculats. Si on formole les extraits, la floculation se manifeste toujours mais la lyse ne se produit plus. L'auteur poursuit ces recherches dans le but de trouver un lien entre l'activité des ultra-microbes et les propriétés des bactéries qu'ils accompagnent, propriétés dont l'une des plus importantes est de fournir des substances qui floculent en présence des sérums correspondants,

Phénomènes expérimentaux d'involution dans le thymus. — M. JOLLY. On peut obtenir des lésions d'involution dans le thymus, non seulement en se servant des rayons X, mais encore en injectant diverses substances : alcool, acides etc. Elles ont été attribées par M. Dustin à des modifications de l'équilibre acide-base du sang. En réalité, leur pathogénie semble plus complexe, puisqu'on la détermine par des injections d'alcool.

Recherches sur la calcémie. L'influence de la traversée pulmonaire sur le calcium sanguin. L'hypercalcémie asphyxique. — MM. Léon BINET et Al. BLANCHETIÈRE rapportent le résultat de leurs recherches physiologiques effectuées sur le chien, montrant que le calcium sanguin est modifié par la traversée pulmonaire et qu'il y a plus de calcium libre dans le sang du cœur droit que dans le sang artériel. Ils insistent, d'autre part, sur l'existence d'une hypercalcémie asphyxique, surtout accentuée aux phases ultimes de l'asphyxie.

L'équilibre acide-base du liquide céphalo-rachidien chez l'homme. — MM. CESTAN, SENDRALL et LASSALLE. Les auteurs anglo-américains évaluant comparativement l'acidité ionique dans le plasma veineux et le liquide céphalo-rachidien avaient obtenu des chiffres à peu près identiques. Reprenant cette étude par la méthode de Guillaumin les auteurs constatent qu'à l'état normal le Ph du liquide céphalo-rachidien (Moyenne = 7,26) est toujours plus dévié dans le sens de l'acidité que le Ph du sang (Moyenne = 7,36). Dans les cas d'acidose ou d'alcalose, il semble que les variations du Ph soient moins accentuées au niveau du fluide cérébrospinal qu'au niveau du plasma. Le liquide céphalo-rachidien paraît donc disposer d'un pouvoir de régulation physico-chimique autonome.

Tuberculose expérimentale après inoculation de filtrats tuberculeux. — MM. H. DURAND et CHERCHANSKY décrivent la tuberculose expérimentale du cobaye telle qu'ils l'ont observée après injection sous-cutanée de filtrats tuberculeux. Elle peut revêtir deux formes. L'une est discrète ; elle se traduit simplement par la présence de bacilles dans quelques ganglions. L'autre rappelle la tuberculose expérimentale classique ; on y retrouve le chancre d'inoculation, l'adénopathie similaire, les localisations viscérales. La culture des filtrats tuberculeux a toujours été négative.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 8 MAI 1925)

Anorexie mentale. — M. SEDILLOT.

La goutte aiguë du rhino-pharynx. — M. FLURIN étudie les symptômes de la goutte aiguë du rhino-pharynx et montre les erreurs de diagnostic auxquelles prête cette affection trop peu connue et qui est loin d'être un « mythe » comme le croient certains auteurs. Il faut toujours y penser en présenee d'un phlegmon de l'amygdale ; seule, d'ailleurs, l'incision presque toujours pratiquée, lève les doutes, puisque dans l'angine goutteuse, il n'y a pas eu, il n'y a pas et n'y aura jamais de pus. On peut tirer de l'étude de la goutte aiguë du rhino-pharynx de très intéressantes déductions pour éclairer la pathogénie de certaines rhino-pharyngites chroniques qui ne guérissent que lorsqu'un traitement général aide à la thérapeutique locale.

Appareillage pour explorer la perméabilité des trompes de fallope. — M. BLOCH-VORMSER.

Réaction de renforcement du liquide céphalo-rachidien. — M. GOUBEAU est l'auteur d'un procédé de renforcement des réactions du liquide céphalo-rachidien inspiré de la méthode de Hecht pour le sang et qui consiste à n'utiliser que le liquide céphalo-rachidien sans addition de sérum de cobaye, ni de sérum anti-mouton, mais additionné de quantité égale du sérum sanguin du malade lui-même dans les cas où la réaction de Bordet-Wassermann ordinaire est négative dans le liquide céphalo-rachidien aussi bien que dans le sang.

Sur 43 cas où il a appliqué ce procédé, 37 fois, il y a eu concordance entre la réaction de Bordet-Wassermann et la *réaction de renforcement.*

Dans tous ces cas, la lymphocytose était normale ; les lymphocytoses oscillaient entre 0,1 et 1 par millimètres cube. Il s'agissait de malades bien traités ou vraisemblablement indemnes de syphilis.

Dans 6 cas, il y a eu discordance, la réaction de renforcement étant + alors que la réaction de Bordet-Wassermann était —. Or, dans 6 cas, il y avait *lymphocytose anormale* (entre 2,8 et 31,6) et les malades avaient été peu ou point traités de leur syphilis.

Hystérectomie pour utérus fibromateux, traité par radiothérapie et toujours hémorragiaire. — M. PETIT de la VILLÉON.

Cures thermales et capacité respiratoire. — M. A. LIACRE.

Les éléments cliniques qui permettent de dépister une stase cæcale au debut. — M. MAZERAN (de Châtel-Guyon). Les accidents qui découlent de la rétention de matières fécales dans la partie haute du gros intestin, sont considérables. Reconnaître la stase au début, c'est prévenir ses complications.

M. MAZERAN résume tous les symptômes qu'il a observés chez ses malades, et étudie tous les procédés de contrôle tirés de la radioscopie, de la coprologie, de l'examen des urines et du sang, permettant un diagnostic précoce et rapide de cette affection.

Recrutement des hygiénistes et enseignement de l'hygiène. — M. MARTIAL termine la série de ses communications et de ses graphiques en montrant comment et pourquoi le recrutement des hygiénistes de carrière ne saurait se faire que dans le corps médical. Il expose sa conception du haut enseignement de l'hygiène, qui est aussi celle des hygiénistes praticiens actuellement en fonctions. Elle repose sur les points suivants : nécessité d'un Institut d'hygiène avec professeurs spécialisés, ne faisant pas de clientèle et sachant la pédagogie ; dosage judicieux des matières de cet enseignement, durée des études : deux ans, Institut pourvu de tous les moyens matériels et techniques. Non-nécessité du diplôme, stage préalable de médecin-praticien de deux ans : le nouvel hygiéniste devant se trouver sans cesse en contact et en collaboration avec les médecins-praticiens. Entrée en fonctions comme stagiaire auprès d'un hygiéniste de carrière.

Prurit et autohématothérapie. — M. BÉCART rapporte l'observation d'une malade atteinte d'un prurit présent depuis quinze ans, ayant échoué à tous les traitements et même à l'autohématothérapie, et qu'il réussit à guérir définitivement par l'injection intraveineuse d'auto-sang défibriné.

De l'abus de l'ostéo-synthèse. — M. PETIT de la VILLÉON s'élève contre ce qu'il appelle la « folie de l'ostéosynthèse », abus qui ont comme résultat de déprécier une opération qui est bonne en elle-même, mais à condition qu'on n'en multiplie pas les indications. Du point de vue du chirurgien, l'opération c'est le plus simple ; mais du point de vue des fractures, l'appareillage c'est le plus simple. Sur 100 fractures fermées, 5 à 10 au maximum relèvent du traitement sanglant ; les autres relèvent de l'appareillage. Aller plus loin, c'est tomber dans l'abus de l'ostéosynthèse.

(SÉANCE DU 23 MAI 1925)

Ostéo-synthèse. — M. DAGRON s'appuie sur l'observation de trois blessés qu'il soigne en ce moment pour être de l'avis de M. Dupuy de Frenelle qui conseille de pratiquer délibérément l'ostéo-synthèse dans les fractures des deux os de l'avant-bras, et il recommande de mobiliser au plus tôt et avec soin les articulations en cas d'ostéo-synthèse nécessairement indiquée dans certaines fractures juxta-articulaires.

Etiologie de l'écartement anormal des oreilles. — M. HOULIE incrimine l'hérédité tréponémique dans la genèse de cette malformation.

A propos des résultats discordants de la réaction de Bordet-Wassermann. — MM. GALLIOT, AUREILLE et GERBAY par une observation sérologique typique, montrent que les sérums dits « paradoxaux » c'est-à-dire qui donnent des réactions différentes à quelques jours d'intervalle, ne sont que des sérums possédant soit un pouvoir hémolytique anti-mouton naturel variable et qu'il faut doser chaque fois, soit un pouvoir anticomplémentaire plus ou moins marqué dont il faut tenir compte. Ils concluent qu'en pratique, pour éviter toute cause d'erreur, il faudrait, par principe, considérer tout sérum comme difficile à examiner, et devant être l'objet d'une étude approfondie. Malheureusement, il est impossible dans les laboratoires hospitaliers de consacrer à chaque sérum tout le temps qui serait nécessaire en raison du nombre chaque jour plus considérable d'examens à effectuer.

A propos de la méthode de Botelho (séro-diagnostic du cancer). — M. LÉOPOLD-LÉVY attire l'attention sur la réaction de Botelho. Ce sérum ramené à un taux réfractométrique de 80 p. 1000 d'albumine traité en présence d'acide azotique faible par une solution iodo-iodurée fournit un *précipité stable*, lors du cancer du sujet. Les résultats positifs de ce séro-diagnostic ont fourni un pourcentage de 80 p. 100 environ contrôlé par l'intervention chirurgicale. Dans le cancer expérimental du lapin, le Botelho a été positif dans tous les cas.

Jeûnes thérapeutiques et vaccins dans la furonculose. — M. Marcel NATTIER.

Préparation de sérovaccins avec le sérum du malade. — MM. DESAUX et BINETTI.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(SÉANCE DU 10 JUIN 1925)

Les dangers des injections sanguines. — M. KOPACZEWSKI dans une étude très documentée arrive à cette conclusion : Les injections sanguines agissent par choc et en conséquence entraînent des réactions de choc dont il y a lieu de tenir compte afin de ne pas avoir ou des accidents graves de choc ou des accidents d'anaphylaxie. Enfin la sagesse veut pour que la méthode des injections sanguines, méthode paraissant donner de bons résultats pratiques, ne soit pas encore une fois de plus discréditée, qu'il y ait alliance de la clinique et du laboratoire.

M. ROSENTHAL répond que pour sa part il n'a jamais constaté d'accidents et même de gros incidents et qu'en pratique il lui semble que les données de laboratoire ne correspondent pas aux résultats de la pratique.

M. KOPACZEWSKI rappelle, en demeurant dans l'ordre pratique, que divers auteurs ont parlé de certains phénomènes relevant du choc et cite certaines observations à l'appui de ces dires, observations puisées chez des transfuseurs.

M. ROSENTHAL fait remarquer qu'il y a lieu de différencier les transfusions à hautes doses (1 litre, 1 litre et demi) et les transfusions de 100, 200 et 300 centimètres cubes.

A propos de la transfusion du sang. — M. Auguste BÉCART expose dans une intéressante communication ce qu'il a lui-même observé dans les nombreuses transfusions qu'il a faites et arrive à cette première conclusion, c'est que si l'on applique convenablement le procédé des groupes sanguins l'on n'a jamais d'ennui. Après avoir exposé la manière d'étudier ces groupes et d'écarter les erreurs il conclut que la méthodes des quatre groupes demeure actuellement valable, qu'elle est simple, précise, assez rapide et qu'en permettant de repérer des donneurs d'avance elle fait perdre le minimum de temps dans les cas d'urgence.

M. LAUMONIER conclut à son tour à la nécessité d'unir dans cette étude si importante de la transfusion le laboratoire et la clinique et d'écarter la lutte des deux.

A propos de l'emploi des liposolvants pour la thérapeutique externe des dermatoses. — M. R. HUERRE confirmant ce qu'a écrit récemment le docteur Ravaud (de Saint-Louis) relativement aux inconvénient de l'emploi des pommades et aux avantages qu'il y aurait à recourir le plus possible aux solutions topiques utilisées en dermatologie, l'auteur insiste sur les difficultés d'obtenir des excipients purs (lanoline sans Cl par exemple) et d'éviter les incompatibilités chimiques.

Il rappelle avoir proposé des formules de solution d'huiles soufrées, de soufre, d'huiles essentielles, d'éthers, de diphénols, etc. Pour assurer l'adhérence des médicaments actifs après évaporation du solvant on peut introduire dans les formules une très petite quantité de benjoin, baume du pérou, baume de tolu etc.

De l'action organothérapique de l'amygdale dans les albuminuries chroniques d'origine angineuse (1re note). —

M. Marcel LAEMMER après avoir rappelé la fréquence des albuminuries d'origine angineuse a formulé l'hypothèse *d'une dysfonction de la sécrétion amygdalienne, sécrétion endocrine, agissant secondairement sur la fonction rénale.* Si l'hypothèse était vraie l'on devait pouvoir obtenir des améliorations et même des guérisons *d'albuminuries chroniques d'origine angineuse.* L'auteur fit faire une solution d'amygdale de porc (o gr. 25 d'organe frais dans 3 centimètres cubes de sérum physiologique) et sur deux cas il a pu assez rapidement supprimer totalement une albuminurie et dans l'autre réduire l'albumine pont le taux moyen était de o gr. 30 à o gr. 50 à de simples traces. Une seconde note complétera les présentes recherches.

Un nouvel antispasmodique : l'alcoolature de lycium. — MM. R. WEITZ et C. LEPAGNOLE signalent les vertus antispasmodiques du lycium entre autres dans la coqueluche, la toux spasmodique, les sueurs profuses des tuberculeux, l'hyperkinésie gastrique. La préparation est *l'alcoolature* avec poids égaux de feuilles fraîches (exclusion des rameaux, fruits et fleurs) et *d'alcool* à 95 degrés. Posologie calquée sur celle de la teinture de belladone à 1/10 du Codex.

Adulte 1 gramme d'alcoolature en vingt-quatre heures.

Enfants (deux à dix ans) débuter par une goutte par jour et par année d'âge trois fois par jour.

La malaria et la recurrenthérapie dans la paralysie générale. — MM. MARIE et V. COHEN.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES PRATICIENS

(SÉANCE DU 15 MAI 1925)

Humage et inhalations. — M. BAQUÉ (de Luchon) s'élève contre la confusion commise en employant, indifféremment. l'un pour l'autre, le terme de humage et celui d'inhalation. Leur but est identique ; il consiste à transporter des agents médicamenteux dans les voies respiratoires, mais les moyens employés, le chemin parcouru, sont essentiellement différents suivant qu'on a recours au humage ou a l'inhalation. Scientifiquement, expérimentalement, il faut séparer nettement les deux méthodes. Il faut réserver le terme de humage à la méthode appliquée dans les stations thermales spécialisées, stations dont les eaux par leurs seules qualités physiques et chimiques ont des propriétés thérapeutiques déterminées et très efficaces.

Fausses sinusites. — A propos de la communication du docteur Maurice faite il y a deux mois sur céphalée et fausses sinusites le docteur MARIE dans une étude très documentée insiste sur ce fait que l'on méconnaît trop souvent la pathologie des sinus postérieurs difficilement accessibles, en particulier le sinus sphénoïdal. Des infections parties de ces sinus dues soit à des microbes décelables au microscope soit à des virus filtrants peuvent occasionner des troubles cérébraux aigus (encéphalites) ou entretenir des désordres dans le domaine mental.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1925)

M. NEMOURS montre la grande valeur du diagnostic **radiologique** des affections du carrefour sous-hépatique. Il doit donner des signes très nets de certitude. Pour cela il faut avoir recours à la méthode des colorants opaques, à la radioscopie, à la radiographie en série.

M. BARLERIN relate l'observation de M. Renouard (de la Bresse Vosges) relative à un phlegmon énorme du pied avec plaies larges, sanieuses, phlegmon consécutif à une piqûre très septique chez un cultivateur. Les pansements au sérum de cheval pratiqués suivant la technique de Raymond Petit évitèrent l'amputation à laquelle on songeait et guérirent le blessé. Ces pansements au sérum de cheval ont non seulement une action de détersion rapide des tissus septiques mais encore ils provoquent une rénovation cellulaire très rapide et très importante.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 18 MAI 1925)

Fracture du maxillaire inférieur. — M. DUFOUGÈRE présente un malade syphilitique avéré porteur d'une fracture du maxillaire inférieur consécutive à un traumatisme léger. Cette fracture suivie d'un ostéo-phlegmon d'origine dentaire s'est consolidée sans trouble de l'articulé après curettage local et ablation d'un séquestre.

Evolution dentaire. — M. CHOMPRET rapporte l'observation d'une fillette de huit ans et demi présentant la non-évolution de la deuxième molaire temporaire droite supérieure. Cette dent temporaire incluse est extraite et l'auteur constate que ses racines sont résorbées indépendamment de l'évolution de la dent définitive.

Fièvre aphteuse. — M. THIBAULT, à propos d'une fièvre aphteuse observée sur lui-même, rappelle les travaux de Lebailly montrant la brièveté de la période virulente chez l'animal, expliquant la rareté de l'infection aphteuse et les travaux de Vallée et Cani sur l'existence d'une véritable immunité locale intrabuccale. L'auteur se demande, d'autre part, si les troubles gastro-intestinaux et les suppurations étendues observées dans les cas graves ne seraient pas dus à un microbe banal comme le staphylocoque dont la pullulation serait facilitée par la présence du virus de la fièvre aphteuse.

Croissance de l'émail. — M. HERPIN montre d'après les mensurations faites sur des molaires prises sur des maxillaires de six, douze et cinquante-cinq ans que l'émail semble croître en épaisseur, indépendamment de l'organe de l'émail et aux dépens de la dentine en conformité avec les derniers travaux de Retterer.

PRATIQUE MÉDICALE

LA CALCIFICATION DE L'ORGANISME JUGÉE PAR L'INSPECTION DENTAIRE (1)

Par P.-H. MILLAS.

La question de la calcification ou (du point de vue thérapeutique) de la récalcification, est une de celles qui sont toujours à l'ordre du jour. Ph. Millas, en stomatologiste, l'examine sous l'angle particulier de l'inspection dentaire. Il ne peut, en effet, être mis en doute qu'entre les dents et le reste de l'organisme existent des échanges permanents et réciproques. C'est un fait d'observation courante que les fléchissements de la santé générale s'accompagnent toujours de modifications sensibles du tissu dentaire, dont la densité est amoindrie et qui devient plus friable. Ceci est surtout remarquable chez les tuberculeux et les femmes enceintes qui subissent, pour des raisons différentes il est vrai, mais qui ont sur les dents la même répercussion, une spoliation calcique importante ; on sait que chez les premières comme chez les secondes, et comme aussi chez tous les convalescents, la carie apparaît avec une extrême fréquence. Il importe au point de vue dentaire, mais plus encore au point de vue de l'état général, de remédier à ces pertes calciques.

Mais il ne suffit pas de donner de la chaux à ces malades pour voir celle-ci se fixer, et c'est alors que l'inspection dentaire joue le rôle d'un test précieux en renseignant le praticien sur l'efficacité de la médication calcique. S'il s'ensuit une fixation réelle de calcium, on verra le tissu dentaire devenir plus dense, plus résistant à la carie, l'émail prenant un éclat plus brillant remarqué des malades eux-mêmes.

Ce sont là des résultats observés d'une façon constante après administration de la phytine, et ce médicament mieux que tout autre, en raison de sa constitution, de son origine et de son assimilabilité, peut être considéré comme un véritable récalcificateur.

(1) *Concours méd.*, 1er mars 1925, n° 9.

LIVRES NOUVEAUX

Energétique clinique. Physiopathologie. Thérapeutique : le sympathique, le vague, les réflexes de la vie organo-végétative (1), par le docteur MARTINET.

L'étude physiopathologique du système nerveux végétatif est à l'ordre du jour, et ce livre, dont le manuscrit avait été déposé en octobre 1922, quelques jours avant la disparition de son auteur, n'a rien perdu de son actualité.

L'indication du plan de l'auteur jette déjà quelques clartés sur son objet :

La première partie, consacrée à l'étude *clinique, physiologique et anatomique* des réactions vago-sympathiques, choisit dans l'amas énorme et confus des observations, quelques faits princeps solidement établis, permettant d'éclairer, de classer les phénomènes et de les interpréter.

Dans la deuxième partie de son livre, consacrée à la *thérapeutique végétative*, Martinet montre la nécessité de « repenser » la pharmacodynamie à la lumière de ces données nouvelles. Il résulte, en effet, de la découverte de ces symbioses fonctionnelles, neuro-vasculaires, endocrino-sympathiques, entraînant dans leur cycle tout l'équilibre humoral, que la thérapeutique peut désormais s'orienter « dans un sens intégral, synergique, énergétique ». Mais il n'en reste pas à de creuses généralités; il pousse hardiment jusqu'à l'application concrète, jusqu'au formulaire, jusqu'à l' « ordonnance ».

La troisième partie, proprement énergétique, comprend l'exposé d'un ensemble de problèmes avec lesquels le médecin d'aujourd'hui, de par son éducation, commence seulement à se familiariser.

L. G.

Pathologie de l'imagination et de l'émotivité (2), par le docteur Ernest DUPRÉ, professeur de psychiâtrie à la Faculté de médecine de Paris. Préface de M. Paul BOURGET, de l'Académie française, suivie d'une notice biographique par le docteur Achalme, directeur de laboratoire à l'Ecole des Hautes Etudes.

Le regretté professeur Dupré, mettant à profit les ressources de sa clientèle et l'incomparable matériel clinique dont il disposait à Sainte-Anne, et surtout à l'infirmerie spéciale de la Préfecture de police, a créé en France, on peut le dire, la Pathologie de l'imagination et de l'émotivité. Avant lui, on mentionnait, par exemple, mais de façon épisodique et accessoire, l'esprit de mensonge des hystériques et l'exaltation imaginative des paralytiques généraux ou des maniaques. On décrivait, avec plus de détail, les troubles émotifs des obsédés et des mélancoliques. Mais jamais la psycho-pathologie de l'imagination ou de l'émotion n'avait fait, avec quelque ampleur et précision, l'objet d'une étude systématique.

Un des grands mérites de Dupré fut d'insister sur le caractère fréquemment congénital des troubles émotifs ou imaginatifs, conformément à sa doctrine générale des « constitutions morbides ». Il existe un tempérament imaginatif, dont il a donné, sous le nom, maintenant classique, de Mythomanie, une description justement célèbre. Il existe une « constitution émotive », dont il a également précisé les symptômes, non seulement psychologiques, mais neurologiques. Ainsi la « prédisposition » vague des anciens auteurs se transforme, grâce à une observation plus poussée, en une réalité clinique permanente ou habituelle. Et les accidents, d'ordre imaginatif ou émotif, décrits jusqu'alors, se développent, avec une fréquence particulière, chez ces prédisposés, qu'on peut presque toujours reconnaître avant toute manifestation franchement pathologique.

D'autres psychiâtres, et non des moindres, ont prétendu expliquer la plupart des maladies mentales non lésionnelles par la réaction, en quelque sorte fortuite, d'un esprit sain à des circonstances perturbatrices. Pour Freud, par exemple, c'est un choc émotif psycho-sexuel, éprouvé dans l'enfance, qui suscite, après refoulement plus ou moins prolongé, des troubles anxieux, avec ou sans appoint imaginatif. Mais une observation plus attentive démontre, la plupart du temps, que ces causes occasionnelles, souvent contestables, n'ont pu agir qu'à la faveur de la prédisposition, du *terrain* morbide, élément causal par excellence. L'occasion, sans la prédisposition, n'a guère de vertu, tandis que le tempérament, imaginatif ou émotif, lorsqu'il s'accuse avec assez de force, se passe aisément d'occasions ou trouve un prétexte facile dans les circonstances les plus banales. En sorte que, si les deux doctrines, loin de s'opposer comme on l'a cru, doivent plutôt se prêter un mutuel appui, il faut ajouter que le freudisme a presque toujours besoin d'être complété par la notion des constitutions morbides : la doctrine de Dupré, au contraire, dans un très grand nombre de cas, se suffit à elle-même.

Au début de ce volume, deux articles, rédigés par deux amis intimes du professeur Dupré, M. Paul Bourget et le docteur Achalme, donneront au lecteur une idée d'ensemble sur l'œuvre et la personne du grand psychiâtre disparu, et serviront d'admirable préface à cette publication posthume.

L. G.

La conductibilité électrique du corps humain (1), par le professeur André STROHL. Préface du professeur G. WEISS.

L'auteur précise lui-même dans son *Introduction* le caractère qu'il a voulu donner à cet ouvrage :

« Le but que nous nous sommes assigné, en poursuivant ces recherches sur un sujet qui a préoccupé bon nombre de savants, tant parmi les physiologistes que parmi les électrothérapeutes, est essentiellement limité à l'étude des conditions physiques dans lesquelles s'effectue le passage de l'électricité dans les tissus vivants.

L'idée qui nous a guidé est que l'on doit pouvoir actuellement aborder avec profit un certain nombre au moins de problèmes posés par la manière si spéciale dont la matière vivante conduit l'électricité, sous condition de mettre en œuvre des techniques de mesures nouvelles, adaptées à la nature des phénomènes à étudier.

L'ouvrage du nouveau professeur à la Faculté de médecine de Paris est donc un ouvrage de haute science mais qui sera fécond en résultats pratiques.

L. G.

Les Curiosités de la médecine (2), par le docteur CABANÈS.

Il y a de quoi puiser dans les *Curiosités de la médecine*. Aussi s'explique-t-on que Cabanès ait jugé à propos d'écrire, sur ce sujet, un nouveau volume qui ne sera lui-même qu'un commencement. Ce nouveau-né ne s'occupera que des *curiosités et anomalies du corps humain*.

L'œuvre de Cabanès est maintenant assez connue pour que tout éloge en soit superflu. On ne saurait trop insister cependant sur cette note particulière de son talent que, quel que soit le sujet qu'il aborde, il saura toujours le rendre intéressant.

Qu'il nous parle de la taille chez les divers peuples d'Europe, de la peau humaine et de son tatouage, du poil, des cheveux, de la barbe, des muscles, du squelette, alors même qu'au premier abord le titre ne semblerait pas nous promettre un bien vif intérêt, dès les premières lignes du chapitre le lecteur est pris et il n'en passera rien.

Si nous prenons pour exemple le chapitre des cheveux, qu'y voyons-nous : indépendamment d'une étude de la calvitie, de la couleur des cheveux, des « vénitiens » de Landouzy, etc., nous y voyons aussi une étude approfondie du rapport manifeste entre le système pileux et l'appareil génital chez la femme. Dans cette étude, Cabanès ne pouvait manquer d'invoquer les recherches d'Armand Gautier auxquelles nous avons quelque peu collaboré, pour une bien petite part, en fournissant à l'éminent chimiste quelques documents, puisés dans certains couvents, sur la suppression presque constante des menstrues après la coupe des cheveux et le retour de ces menstrues souvent obtenue par l'emploi de la médication arsenicale.

Ainsi que nous dit Cabanès lui-même, il aborde bien sou-

(1) Un vol. in-8. — Prix : 35 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. in-8 de la « Bibliothèque scientifique ». — Prix : 25 fr. — Paris, Payot, 106, boulevard Saint-Germain.

(1) Un vol. in-8. — Paris, Masson et Cie.
(2) Paris, librairie Lefrançois.

vent des questions non encore mises au point qu'il propose comme sujet d'étude aux jeunes travailleurs.

Quel joli sujet de thèse d'actualité que celui de l'influence de la coupe des cheveux, si à la mode aujourd'hui, sur la sphère génitale de nos jeunes mondaines. A. BROCHIN.

QUESTION D'INTERNAT

CALCUL DU CHOLÉDOQUE

DÉFINITION. — On entend sous ce nom l'enclavement d'un calcul dans le cholédoque; c'est donc une étape évolutive de la lithiase biliaire.

ÉTIOLOGIE. — Ce calcul peut présenter deux origines :

1° **Cholédocienne**, rare : le calcul s'est formé sur place, dans le canal lui-même : c'est le calcul en bout de cigare, unique, décrit par Chauffard.

2° **Vésiculaire**, fréquente : de nombreux calculs occupent la vésicule biliaire et l'un d'eux a émigré secondairement dans les voies biliaires et s'est arrêté en cours de route : c'est presque toujours un calcul mixte, cholestérino-pigmentaire, à facettes, présentant à la coupe une partie centrale avec des radiations brillantes (noyau cholestérinique) et à la périphérie des zones d'accroissement dues à la précipitation des pigments et des sels de chaux.

Quelle qu'en soit l'origine, le calcul est découvert, en général, dans le segment terminal du cholédoque.

Du point de vue physio-pathologique, il gêne considérablement l'excrétion biliaire, par lui-même et par le spasme qu'il détermine. D'autre part, il facilite remarquablement l'infection hépato-bilio-pancréatique.

Le calcul du cholédoque s'observe surtout chez la femme après trente ans. Sa cause primaire est celle de la lithiase biliaire dont il n'est qu'une conséquence mécanique.

ÉTUDE CLINIQUE. — Le calcul du cholédoque est rarement le premier signe clinique révélateur d'une lithiase biliaire. Presque toujours l'anamnèse révèle l'existence de troubles antérieurs.

Tantôt frustes, ils appartiennent alors au syndrome extravésiculaire des cholécystites pierreuses et consistent en troubles dyspeptiques rappelant le syndrome pylorique : douleur tardive, vomissement, aérophagie, et en troubles intestinaux dont le plus typique est la diarrhée prandiale.

Tantôt manifestes : à plusieurs reprises, le sujet a présenté des crises de colique hépatique typique, et c'est le plus souvent à la suite d'une de ces crises douloureuses que s'observe l'arrêt de la migration calculeuse.

A. **Le signe capital de l'obstruction calculeuse cholédocienne est l'ictère chronique par rétention.** — 1° Début. — C'est un ictère qui diffère rapidement de l'ictère léger et fugace, de toute colique hépatique par sa durée et ses caractères.

Les premiers jours on le constate nettement au niveau des muqueuses, conjonctives, face inférieure de la langue, et au niveau des parties fines de la peau : ailes du nez, tempes. Mais c'est très rapidement un ictère généralisé colorant franchement tous les plans cutanés et muqueux.

2° Intensité. — Les téguments sont jaune soufre, jaune safran, mais rarement jaune foncé : ce n'est pas l'ictère vert olivâtre, noirâtre, du cancer de la tête du pancréas.

3° L'ictère est total, avec rétention de pigments et de sels biliaires. On recherchera donc les signes d'intoxication biliaire :

Le prurit, intolérable au début et qui se calme souvent progressivement.

La bradycardie, 50-60 pulsations, souvent faibles.

L'asthénie physique et psychique.

4° Le syndrome urinaire est au complet : les urines sont généralement diminuées d'abondance, hyperacides, de couleur acajou, mousseuses. Les réactions de Gmelin et de Grimbert, caractérisant les pigments, et la réaction de Hay caractérisant les sels sont toutes positives.

5° Enfin le sang est le siège d'une cholémie intense comme permet de le constater le cholémimètre de Gilbert. La résistance globulaire est généralement augmentée.

Il s'agit donc jusqu'ici d'un ictère cholurique : il importe maintenant de préciser les caractères des selles.

6° Elles sont abondantes, *blanches*, *mastic*, grasses et fétides. Il est facile de noter l'absence de stercobiline par la réaction classique. *Mais le caractère essentiel est la décoloration des matières fécales*, qui permet d'affirmer *ictère par rétention*. Enfin, après le trentième jour, l'ictère est, par définition, un ictère chronique.

B. **Quels sont donc les signes qui permettront de rapporter cet ictère chronique par rétention à l'obstruction calculeuse du cholédoque?** — Ce sont essentiellement :

1° *La variabilité de l'ictère ;*

2° *La persistance de phénomènes douloureux ;*

3° *La constatation de poussées fébriles.*

1° Variabilité de l'ictère. — Apparu brusquement cet ictère n'est pas toujours égal à lui-même : il procède par poussées aux cours desquelles il s'accentue tandis que dans l'intervalle la teinte jaune des téguments s'atténue, et que simultanément les selles se colorent légèrement. Cette variabilité de coloration des téguments et des selles constitue un signe de haute importance, et pour l'interpréter on peut admettre que tout se passe comme si les parois du cholédoque ne se modelaient pas parfaitement sur le calcul. En réalité, le rôle essentiel est joué par le spasme et l'inflammation cholédocienne.

2° La persistance de phénomènes douloureux. — La douleur siège constamment dans la zone pancréatico-cholédocienne sous forme d'un endolorissement continu. Mais sur ce fond douloureux se déclenchent de temps à autre des paroxysmes violents qui peuvent durer plusieurs heures, s'accompagnent de vomissements et semblent copiés sur la crise de colique hépatique.

3° La constatation de poussées fébriles est la règle; il est fréquent, en effet, de noter sur la courbe thermique des irrégularités, tantôt légères, tantôt intenses, mais fugaces : c'est la fièvre bilio-septique rappelant l'accès palustre.

Enfin, et c'est une constatation banale chez un malade atteint d'ictère chronique par rétention, l'inappétence et l'état nauséeux sont quasi-constants.

C. **Examen clinique.** — Il est indiqué d'examiner d'abord l'appareil hépato-biliaire. On palpera la paroi relâchée en allant des régions supposées saines vers les régions malades.

1° Le foie. — La limite supérieure est normale.

On percute et on palpe le bord inférieur qui descend à un ou deux travers de doigt au-dessous du rebord costal : donc légère hépatomégalie par stase biliaire; mais l'examen capital est celui de :

2° La vésicule biliaire. — On palpera doucement au niveau de l'extrémité antérieure de la Xe côte *et le plus souvent*, conformément aux données classiques de Courvoisier-Terrier, *on ne sent pas de vésicule biliaire*. Or, cette constatation est en faveur de l'obstruction cholédocienne, et il suffit pour le comprendre de rappeler la fréquence de la cholécystite chronique scléro-atrophique dans la lithiase biliaire. Au contraire, la grosse vésicule distendue, rénitente, est en faveur de la néoplasie pancréatique. Ces faits et leurs déductions sont assez souvent vérifiés, mais comme tout signe clinique, il serait absurde de les considérer comme absolus. Il suffit de rappeler :

a. Qu'il existe des vésicules qui sont très postérieures et qu'on ne peut pas palper même dilatées ;

b. Qu'il est des vésicules lithiasiques scléro-atrophiques qui sont masquées par un lobule hépatique aberrant (lobule de Riedel) qu'on risque d'interpréter comme une grosse vésicule ;

c. Qu'il existe, enfin, une cholécystite chronique lithiasique scléro-hypertrophique. *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

SERVICES P.-L.-M. D'EXCURSIONS PAR AUTOCARS DANS LA FORÊT DE FONTAINEBLEAU. — La Compagnie P.-L.-M. a repris, au départ de la gare de Fontainebleau, ses Services automobiles d'excursions dans la Forêt.

Ces Services comprendront deux circuits quotidiens : l'un dans la matinée, pour la visite de la partie Nord de la Forêt, l'autre, dans la soirée, pour la visite de la partie Sud.

Indépendamment de ces deux circuits quotidiens, un troisième circuit périodique comportant la visite de toute la Forêt avec arrêt à Barbizon pour le déjeuner, sera mis en marche les jeudis, dimanches et jours fériés pendant toute la saison et, en outre, les lundis et samedis pendant les mois de juillet, août et septembre.

Ces Services seront en correspondance à Fontainebleau, avec les trains de ou pour Paris :

Départ de Paris à 8 h. 40. Départ de Fontainebleau à 17 h. 38.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 30 juillet. — *Composition écrite* (anatomie). — Question donnée : « Uretère pelvien chez la femme. »

Questions restées dans l'urne : « Nerf phrénique droit. » — « Configuration extérieure, rapports et physiologie de la glande sous-maxillaire. »

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Arras. — Le concours pour une place de médecin-adjoint des hospices civils s'est terminé par la nomination de M. le docteur Paris, et le concours pour un emploi de chirurgien-adjoint par la nomination de M. le docteur Tierny.

— Toulouse. — Le concours pour la nomination à trente places d'externe en médecine s'est terminé par la nomination de MM. Favre, Bugnard, Ravel, Masse, Merlin, Lemas, Baisset, Cantegril, Freyche, Augère, Roudil, Vives, Lacaze, Syrmen, Coulouma, Plazolles, Mlle Teyssandier, MM. Sarremejean, Fauvie, Deguiral, Saint-Picq, Igert, Froment, Peyre Chatenay, Poisson et Guilhem.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Agrégation. — Le ministre de l'Instruction publique fait savoir que la nouvelle réglementation de l'agrégation des Facultés de médecine, réglementation publiée au *Journal officiel* du 6 avril 1924, n'a pas prévu de limite au droit qu'a tout candidat de se présenter à la première épreuve, mais que les candidats ne peuvent se présenter que trois fois à la seconde épreuve.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — Mlle le docteur Barrier (de Grenoble), MM. les docteurs Bartet, médecin en chef de 2e classe, à Rochefort; Bax (d'Amiens), Clermont (de Toulouse), Cotte (de Lyon), Delon (de Nîmes), Denéchau (d'Angers), le médecin-major Drouhet; Durand (de Toulouse), Escande (de Toulouse), Estève (de Figeac), Faisant (de Lyon), Fournier (de Clermont-Ferrand), Gérard (de Lille), Hugel (de Strasbourg), Margarot (de Montpellier), N.-J. et E.-L. Martin (de Toulouse), Pech (de Montpellier), Pellissier et Pierret (de Lille), Piéry (de Lyon), Quirin (de Reims), Raymond (de Limoges), Rochais (de Lyon), Sauvage (de Grenoble), Savy (de Lyon), Traversier (de Grenoble), de Verbizier (de Toulouse), Worms (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Alary (de Clermont-Ferrand), Aubry (d'Alger), Ballereau (de Nantes), Barthe (de Bizerte), Beltrami (de Marseille), Bertein (de Lyon), Boucher (de Grenoble), Brémond et Chauvin (de Marseille), Cornil (de Nancy), Costa (de Marseille), Constantini (d'Alger), Crémieu (de Lyon), Dubreuil-Chambardel (de Tours), le médecin principal Duguet; Fabre (de Paris), Florence (de Lyon), Gallerand (de Marseille), Granel (de Montpellier), Guégan (de Nouméa), Imbert et Jullien (de Lyon), Kern (de Thann), Lalung-Bonnaire (de Cholon, Cochinchine), Lancelin (de Toulon), Massia (de Lyon), Mattéi (de Marseille), Morvillez (de Lille), Plazy (de Toulon), Sigaud (de Grenoble).

MÉDAILLES DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médailles d'or.* — MM. les docteurs Lagrange, Rousseau-Saint-Philippe et Sabrazès (de Bordeaux), Leprince (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Andérodias, Auché, Bitot, Bouvet, Duvergey, Gourdon, Lacouture, Princeteau (de Bordeaux), Lalanne (de Maréville), Amoux (de Paris), Camescasse (de Forges-les-Bains), Rochon-Duvignaud (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Philippe (de Tarascon), Estradère (de Talence), Bordeau et Grasset (de Fougères), Latour (du Puy), Coliez (de Longwy), Jeandidier (de Gouraincourt-Longwy), Beaufils et Horay (de Moulins-Engilbert), Ferry (de Romorantin), Henry (de Montdidier), Cordemans (de Bruxelles).

M. Mabille, interne des hôpitaux à l'hospice de Bicêtre.

MM. Deslandes et Fournier, élèves en médecine à l'Hôtel-Dieu de Paris.

GUERRE. — Service de santé. — Les médecins auxiliaires ci-après désignés sont nommés dans le cadre des officiers du Service de santé :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve.

— MM. les médecins auxiliaires Bauwin, Auber, Magendie et Baledent.

— M. le médecin-major de 1re classe Rault, de la direction du Service de santé au ministère de la Guerre, est désigné comme commissaire militaire auprès de la Société de l'Association des dames françaises, en remplacement du médecin principal de 1re classe Uzac.

— Sont nommés à titre définitif, à compter du 22 juillet 1921, et par décision ministérielle de même date reçoivent les affectations suivantes :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve à titre définitif. — Les médecins aides-majors de 1re classe de réserve à titre temporaire ci-après désignés : MM. Daval, Valière-Vialex, Lelong, Marchal, Potez, Denoyelle, Vigneron, Cusson, Winter et Herpe.

Les médecins aides-majors de 2e classe de réserve à titre temporaire ci-après désignés : MM. Lebon, Weismann, Marty, Bernard, Nguyen-Xuan et Durand.

Par le même décret sont promus au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve à titre définitif :

Les médecins aides-majors de 2e classe de réserve à titre définitif (médecins aides-majors de 1re classe à titre temporaire ci-après désignés) : MM. Daval, Valière-Vialex, Lelong, Marchal, Potez, Denoyelle, Vigneron, Cusson, Winter et Herpe.

Les médecins aides-majors de 2e classe de réserve à titre définitif ci-après désignés : MM. Lebon, Weismann, Marty et Bernard.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES. — Ce Congrès se tiendra à Bruxelles, du 10 au 14 octobre 1925, sous la présidence de MM. le professeur Gilbert de (Paris), et le docteur Terwagne (de Bruxelles).

Les questions mises à l'ordre du jour sont : « Traitement hydrominéral et climatique des affections cardio-vasculaires ». — Rapporteurs : MM. Cottet-Mougeot et Piatot.

« Cure hydrominérale sulfureuse ». — Rapporteurs : MM. Flurin, Liacre et Lamarque.

Des réductions de 50 p. 100 sur les chemins de fer seront accordées aux congressistes.

Cotisations : 50 fr. pour les congressistes ; 25 fr. pour les dames les accompagnant.

Adresser les adhésions à M. le docteur Poirot-Delpech, 3, rue de la Planche, Paris (7e).

CRÉATION D'UN HOSPICE. — Un décret, en date du 25 juillet 1925, a autorisé la création d'un hospice dans la commune de Vallon, département de l'Ardèche.

FÉDÉRATION DES ANCIENS EXTERNES DE FRANCE. — La F. A. E. a reçu la note suivante :

« Monsieur le docteur,

Vous avez bien voulu appeler mon attention sur un certain nombre de revendications formées par la Fédération des externes et anciens externes des hôpitaux, et me demander notamment :

1° De considérer comme donnant droit aux soins gratuits les accidents et maladies professionnelles dont les membres du corps médical ont parfois à souffrir ;

2° De tenir compte, au point de vue du service militaire, des services hospitaliers des externes.

Sur le premier point, j'ai l'honneur de vous faire savoir que, par une circulaire en date du 17 octobre 1923, j'ai invité les préfets à recommander aux commissions administratives des hôpitaux de tenir compte du vœu exprimé par le Conseil supérieur de l'Assistance publique et ainsi conçu :

« Qu'en sus de la rémunération pécuniaire qui leur est « attribuée, les médecins, chirurgiens, spécialistes, radio- « graphes, internes, externes, pharmaciens et sages-femmes, « reçoivent de l'hôpital les soins, médicaments, et, s'il y a « lieu, l'hospitalisation, en cas de maladie ou d'accident sur- « venu à l'occasion de leurs fonctions hospitalières. »

Quant au service militaire des externes, la question concernant plus particulièrement M. le ministre de la Guerre, je ne puis que vous engager à la lui soumettre directement, mais je m'empresse d'ajouter que par courrier de ce jour je la signale à sa bienveillante attention.

Agréez, Monsieur le Docteur, l'assurance de ma considération la plus distinguée.

Le ministre :
Signé : JUSTIN GODARD. »

ASSOCIATION AMICALE DES INTERNES EN PHARMACIE DES HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS. — Dans une récente Assemblée générale, l'association a procédé à l'élection des membres de son nouveau bureau :

Ont été élus : président, M. Louis Berthier (Pitié) ; vice-présidents, MM. de Traverse (Maternité) et Gadereau (Saint-Antoine) ; trésorier, M. Lenormand (Broca) ; secrétaire général, M. Le Garrec (Bretonneau) ; conseillers, Mlle Desmarets, MM. Lejeune, Ollivier, Heurtault, Pichon.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE MÉDICALE PROPÉDEUTIQUE. (Hôpital de la Charité, 47 rue Jacob). *Cours de révision* d'une semaine (26 au 31 octobre 1925), sur les *acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne.* Sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Fernet, Gaston Durand, Henri Durand, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1925 du 26 au 31 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Le professeur Sergent fera la leçon d'ouverture.

Programme du cours. — Chaque matin, dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi : présentation et examen de malades, démonstrations pratiques.

L'après-midi à l'hôpital de la Charité : 3 h. à 4 h. : démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire ou le service du professeur Sergent, 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2. Conférences cliniques à l'amphithéâtre Potain.

Seuls sont admis aux examens de malades, aux démonstrations et exercices pratiques (9 h. 1/2 à midi, 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 fr.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5, lundi, mercredi, vendredi de 15 à 17 heures) ou auprès du docteur Lian.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

M. COUDRAY, 15, rue Duperré (IXe), **DÉSIRE REMPLACEMENT JUSQU'EN OCTOBRE.** Médecine générale, chirurgie et accouchements.

AFFAIRE PARAMÉDICALE saine et lucrative, proposée par confrère. Pas de capitaux demandés. — Ecrire Journal, timbre pour réponse.

REVUE GÉNÉRALE

LA DÉCÉRÉBRATION [1]

Par P. MÉRIEL,

Interne des hôpitaux,
Aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Toulouse.

Décérébration fonctionnelle. — C'est une réaction plutôt complète, comprenant tous les niveaux ainsi que l'ont montré les observations minutieuses de Rosett. Cependant sa durée est variable et elle peut être si courte que quelques phases échappent à l'examen.

Cette variété de décérébration peut s'observer soit à l'état de veille, soit à l'état d'inconscience.

L'exemple le plus typique à l'état de veille est ce que Rosett a décrit sous le nom de réaction épileptoïde normale. On ne saurait mieux la peindre que lui-même et nous reproduisons ses paroles « Le sujet tourna le dos vers l'observateur et on lui demanda de relâcher les muscles le plus complètement possible. Alors on lui fit une chiquenaude sur l'oreille, à l'instant même le sujet prit une attitude de rigidité tonique..., le dos se redressa, la tête se renversa, les cuisses et les jambes s'étendirent, les épaules se levèrent, les membres supérieurs se mirent en pronation, les doigts se fermèrent sur la paume avec la phalangette, phalangine étendues, ou ébauchèrent l'attitude du poing fermé, le pouce s'opposa à la paume... L'état momentané de rigidité tonique fut suivi dans à peu près la moitié des cas par des mouvements cloniques. Ils s'observaient dans les mains et dans les doigts et ressemblaient à ceux de la choréo-athétose... Le stade de résolution fut d'une durée assez longue pour avoir pu être constaté chez plusieurs sujets. Il durait une minute pendant laquelle le sujet était évidemment confus et faisait souvent quelques mouvements coordonnés mais sans but. »

Les faits de ce genre abondent dans la vie journalière et on connaît les phénomènes qui se passent par exemple à la suite d'excitation douloureuses, de bruits forts, d'éclatements, de chute, d'aspersions d'eau froide.

Freeman analysant de près ces phénomènes pense que la raideur s'explique par la libération des centres ponto-bulbaires, les mouvements cloniques par la libératiou du mésocéphale et l'état d'obnubilation par le retour lent du contrôle de l'écorce. D'après lui Rosett n'aurait pas montré qu'avant la phase de raideur il y a une sensation de dérobement des jambes qui traduirait une décérébration bulbo-spinale.

On ne peut manquer d'être impressionné par une analyse aussi fine des faits, mais on pourrait se demander si la contraction tonique qui se produit n'a pas simplement pour but de mettre l'individu en état de défense.

Plus intéressants et plus nets sont les cas de décérébration dans les états accompagnés de perte de conscience.

Dans l'*épilepsie généralisée*, dans le mal comitial les phénomènes d'inhibition déjà mis en lumière par les remarquables travaux d'Hartenberg vont venir encore illustrer la conception d'une décérébration.

Nous rappelons très brièvement les conclusions d'Hartenberg.

Dans la crise comitiale, la perte de connaissance, la chute, le coma sont des effets de l'inhibition. Quant aux convulsions elles sont le résultat de la libération des centres sous-corticaux et ne sont pas un phénomène d'excitation de l'écorce comme on le croyait primitivement. Les centres sous-corticaux libérés se contractent au maximum n'ayant plus à subir l'action du cerveau (Thèse de Mme Benisty, p. 159). D'autres faits plaident encore en faveur de cette théorie : l'hypotonie de ces malades, la fréquence des crises nocturnes.

Freeman appliquant ces données à l'étude de la décérébration a essayé de préciser les niveaux de décérébration qui correspondraient à chaque phase de la crise.

La première phase caractérisée par la chute traduirait la transsection bulbo-spinale, le sujet tombe comme si on lui avait sectionné la moelle.

La phase tonique correspondrait à la libération des centres ponto-bulbaires, à la rigidité décérébrée de Sherrington, à la transsection mésocéphalique. On a en effet des attitudes analogues et on a pu observer la présence de réflexes toniques de Magnus.

La phase clonique correspond à une transsection plus élevée, à la libération de tout le mésocéphale.

Enfin la phase d'obnubilation serait due à la réintégration lente du contrôle cortical.

Cette interprétation n'est pas à l'abri de toute critique. D'abord la chute est-elle due à la transsection bulbo-spinale. L'individu dont la moelle est sectionnée par une balle tombe comme une masse mais n'a pas perdu conscience, il tombe parce qu'il est paralysé. Or l'épileptique perd d'abord connaissance et tombe parce qu'il a perdu connaissance. Il semble donc que la décérébration doit être à un niveau très élevé. La phase tonique s'explique bien par la transsection mésencéphalique avec phénomènes analogues à la rigidité décérébrée.

Mais les convulsions ne seraient-elles point des spasmes toniques des cellules médullaires dus à l'asphyxie par troubles circulatoires. Ces convulsions sont très différentes des stades précédents qui relèvent d'une décérébration plus ou moins haute, car Hartenberg l'a bien montré, le bromure ne se montre actif que sur les convulsions. Il semble que ce médicament diminue l'excitabilité des cellules médullaires, privées d'une part du contrôle supérieur, d'autre part privées d'oxygène et qu'il soit presque inactif sur des phénomènes de décérébration pure tels que l'absence et le vertige. Hartenberg prétend qu'il les exagérerait même.

Il existe d'autres états qui s'accompagnent de décérébration plus ou moins complète. Peut-être le *syndrome de Stokes-Adams* et le Cheyne-Stokes (1).

L'anesthésie offre un exemple assez net. Après les mouvements coordonnés ayant pour but d'enlever le masque, on voit apparaître un stade de rigidité hypertonique avec même opisthotonos traduisant la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 59, p. 961.

(1) Le rythme de Cheyne-Stokes serait lié d'après Pachon à l'inhibition cérébrale. « Livré à lui-même, ayant perdu son guide et son modérateur, soumis sans frein aux incitations périphériques ou humorales, le bulbe s'agite, se fatigue, s'épuise, reprend ses forces pour les reperdre ensuite. Ces gains et ces dépenses incessants et mal contrôlés, procurent la succession rythmique des excitations fortes, faibles ou nulles, des respirations et des arrêts. » (Laubry. *Séméiologie cardio-vasculaire*, p. 226.)

décérébration de Sherrington. Puis a lieu le relâchement de tous les muscles et le sujet devient bulbospinal. Ces diverses phases qui se succèdent si nettement manquent au réveil.

Dans les *traumatismes craniens* on constate immédiatement après la chute la présence d'une phase de rigidité avec cri ressemblant à celui des décérébrés ou des épileptiques. Après cette période survient la phase de flaccidité, enfin peu à peu le sujet revient à lui. Ces phénomènes sont à différencier de ceux qui se produisent après l'intervalle libre et qui sont, comme nous l'avons montré, de simples spasmes toniques.

Quant à faire du *sommeil* un état de décérébration, il semble que les arguments de Freeman ne soient pas à l'abri de toute critique.

PATHOGÉNIE DE LA RIGIDITÉ DÉCÉRÉBRÉE

Nous n'étudierons pas la pathogénie de l'automatisme médullaire, car il nous faudrait refaire toute la physio-pathologie de la moelle. Nous ne pouvons que renvoyer aux remarquables travaux de l'école de P. Marie.

Nous n'étudierons pas non plus la pathogénie de la décérébration sus-mésencéphalique étant donné qu'il n'existe à ce jour aucune explication valable des phénomènes observés. C'est donc l'étude du mécanisme de la rigidité décérébrée qui va nous retenir. Deux théories en essayent l'explication.

D'abord la *théorie pyramidale* : nous désignons sous ce nom la théorie dont Walshe s'est fait le défenseur et qui prétend que la rigidité décérébrée et l'hypertonie sont dues à une atteinte de la voie pyramidale. L'auteur donne des arguments très impressionnants. D'abord, comme nous l'avons montré, une des principales causes de la rigidité décérébrée est l'hémiplégie ou la diplégie spasmodique. Certes l'analogie est formelle au point de vue physiologique, mais au point de vue anatomique, siège des lésions, il n'en est plus ainsi.

La *théorie extra-pyramidale* donne des arguments expérimentaux qui tendent à réfuter la théorie précédente. Chez l'animal la double destruction de la voie pyramidale n'entraîne pas la rigidité décérébrée comme l'a bien montré Alajouanine. Rappelons pour mémoire les chiens sans cerveau de Goltz, de Rothmann, de Zeliony, les expériences de Starlinger, les macaques d'Economo et Karplus, de Karplus et Kreidl, de Leyton et Sherrington. Dans ces conditions on ne peut donc admettre la théorie de Walshe qui fait dépendre la rigidité de la destruction des faisceaux pyramidaux, car si cela est possible chez l'homme, chez l'animal il ne saurait en être ainsi étant donné le peu d'importance du faisceau pyramidal. Mais même chez l'homme Rademaker a pu signaler des cas de destruction ancienne du faisceau pyramidal sans spasticité et par conséquent sans attitude de rigidité (Benédikt, Horsley, P. Marie, Guillain, et Barré). Donc d'après certains auteurs l'importance de la destruction pyramidale dans la pathogénie de la rigidité a été exagérée. La rigidité serait donc due à la suppression de centres spéciaux, régulateurs du tonus qui ne dépendraient pas d'une manière absolue du faisceau pyramidal.

Quels sont ces *centres régulateurs du tonus*. — Rademaker a pratiqué des sections de mésocéphales pour les rechercher.

Il a constaté que le tonus peut être normal, ainsi que les Stell reflexes même après ablation de la couche optique et section totale du mésocéphale au-dessus des noyaux rouges. Par contre des sections totales du mésocéphale au-dessous des noyaux rouges, ou même la destruction de la partie ventrale de ce mésocéphale sont toujours suivies de rigidité et de perte des Stell reflexes. Par conséquent les centres de redressement et les centres régulateurs du tonus se trouvent dans la partie ventrale du mésencéphale.

Rademaker, à la suite d'autres expériences sur l'entrecroisement de Forel, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° « Le noyau rouge chez les lapins et chez les chats est le centre régulateur du tonus normal des muscles ».

La perte de la fonction du noyau rouge entraîne la rigidité même si le cerveau et les faisceaux pyramidaux sont intacts. Nous avons montré au début de cette étude l'importance du niveau de la section qui doit passer au niveau ou même au-dessous du noyau rouge (Sherrington, Magnus, Rademaker).

2° « Le noyau rouge chez les lapins et chez les chats est le centre de Stell reflexe de Magnus ».

La destruction du noyau rouge ne laisse en effet persister que les « standing reflex » les « posture reflex » de Sherrington.

Chez l'homme dans tous les cas de rigidité par tumeur, celle-ci occupe le mésocéphale et détruit les noyaux rouges (cas de Wilson, de Violet Turner et Walshe).

Dans un cas de Gordon Holmès la lésion avait détruit les noyaux rubriques mais pas les faisceaux pyramidaux.

Ces différentes observations qui s'accordent si parfaitement avec les résultats expérimentaux prouvent que chez l'homme également les noyaux rouges maintiennent l'équilibre du corps et régularisent le tonus normal des muscles.

Rademaker admet deux centres régulateurs du tonus.

a. Les noyaux rouges.

b. Un centre hypothétique de rigidité décérébrée situé à la partie postérieure de la protubérance. Ce centre serait peut-être le même que celui des reflexes toniques du labyrinthe, c'est-à-dire la masse grise qui constitue le noyau vestibulaire.

On doit se demander maintenant quels sont les *voies afférentes* qui vont à ces centres.

On peut penser que les racines postérieures étant la voie de la sensibilité, leur section amènera la disparition de la rigidité. Mais les expériences de Sherrington et de Brown montrent que si cette section diminue fortement l'hypertonie, celle-ci ne disparaît pas d'une manière absolue. Même Brown a vu que la rigidité pouvait apparaître dans le membre d'un animal plusieurs mois après la section des racines postérieures correspondantes. On peut donc conclure que les racines postérieures ne constituent pas l'unique voie d'apport des impressions qui vont aux centres toniques.

Les auteurs ont recherché aussi à préciser le trajet des fibres à l'intérieur de la moelle. Sherrington a montré que la section des cordons postérieurs ne faisait pas disparaître la rigidité. On a pensé alors que les fibres passaient par le cordon antéro-latéral. En effet la section de ce cordon fait cesser la rigidité, mais cette expérience n'a aucune valeur étant donné qu'on sectionne en même temps les voies efférentes. Weed procédant par élimination pense que ces fibres passent par le faisceau de Gowers,

car la section du faisceau de Flechsig au niveau du pédoncule cérébelleux inférieur ne modifie pas la rigidité. Ce ne sont là, on le voit, qu'hypothèses, aucun fait certain n'a été apporté.

Après avoir examiné les centres du tonus, les voies afférentes on doit maintenant se demander quel est le *mécanisme* qui préside à l'apparition de la rigidité décérébrée.

Pour Sherrington la rigidité est un réflexe proprioceptif. C'est-à-dire que le facteur tension agit comme le stimulus électif de la réaction hypertonique. Chez l'animal debout sous l'action de la pesanteur les membres tendent à se fléchir, pour réagir contre cette tendance, l'animal contracte les antagonistes, les extenseurs. C'est cette tension qui chez le décérébré provoquera la rigidité.

Cependant un fait ne s'accorde pas pleinement avec cette théorie, c'est que la section des racines postérieures n'abolit pas complètement la rigidité.

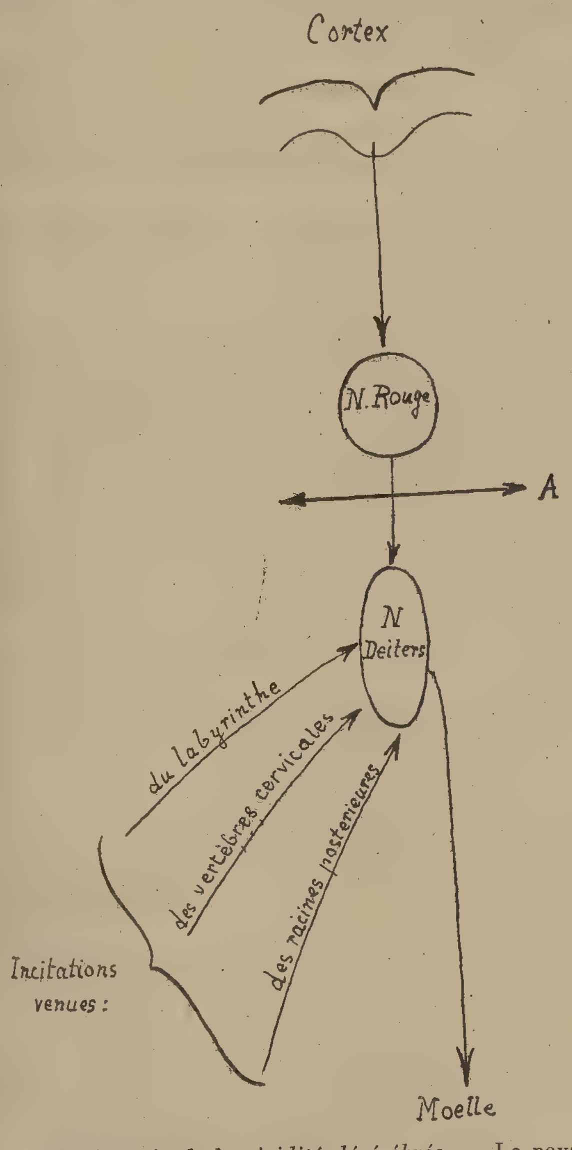


FIG. 2. — *Pathogénie de la rigidité décérébrée.* — Le noyau de Deiters recevant des incitations venues des racines postérieures, des vertèbres cervicales et du labyrinthe échappe à l'action modératrice du noyau rouge. Ce dernier étant aussi sous le contrôle cortical.

A. Niveau de la transsection mésencéphalique.

Il faut donc admettre qu'il y a d'autres stimulations qui agissent et il semble que celles-ci ne soient autres que celles qui sont produites par les réflexes toniques de Magnus et Kleyn. Rappelons en effet que lorsque l'animal repose sa nuque sur le sol il y a hypertonie des extenseurs, lorsque sa tête est retractée en arrière il y a aussi hypertonie des extenseurs. Or, c'est précisément l'hypertonie caractéristique de la rigidité décérébrée.

On pourrait donc se demander si celle-ci n'est pas due à l'action de deux influences stimulantes l'une à point de départ musculaire, l'autre à point de départ labyrinthique et cervical profond.

Telle est la conclusion qui paraît devoir se détacher de l'examen attentif des résultats des expériences de Magnus et Kleyn.

CONCLUSIONS

Les faits que nous venons d'évoquer dans cette courte étude viennent à l'appui de cette idée générale que les syndromes morbides les plus compliqués présentent une trame simple que révèle l'analyse physiologique. Comme le fait remarquer Lhermitte, c'est la physiologie qui dans ce problème a montré la voie à la clinique, qui lui a fourni « le fil d'Ariane indispensable pour ne pas s'égarer dans le labyrinthe des faits complexes ». Comment ne pas être frappé du parallélisme saisissant entre la transsection spinale et les blessures de guerre, les attitudes de l'animal décérébré de Sherrington et celles de l'homme décérébré.

Les centres médullaires de flexion, d'extension, d'adduction, etc..., qui agissent soit en combinaison, soit d'une façon dissociée sont mis en évidence par la transsection bulbo-spinale. Les centres toniques du mésocéphale sont connus grâce à la section mésocéphalique. Ainsi donc ces diverses transsections aboutissent à des manifestations qui sont de même nature, de même essence : Il s'agit en effet de phénomènes de libération, et la seule différence qui les sépare tient à la qualité du centre libéré du contrôle supérieur. La libération de la moelle montre les « activités les plus élémentaires », les plus simples, tandis que la libération pontobulbaire met en évidence des centres plus élevés hiérarchiquement, à fonctions plus complexes et enfin la transsection sus-mésocéphalique ne supprime que le contrôle central en laissant libre tous les automatismes. L'harmonie qui règne à l'état normal entre tous ces centres se trouve détruite par cet état que l'on nomme la décérébration. Nous ne saurions mieux conclure qu'en répétant la phrase si significative de Head. « La suppression d'un mécanisme nerveux dominant permet aux centres inférieurs de se manifester. Ces manifestations non réfrénées ne sont pas l'expression d'états pathologiques fortuits mais représentent la partie restée active d'une réaction complexe dont normalement elle fait partie. La réponse est d'étendue et de vigueur anormale. Cette prédominance des forces supérieures sur les inférieures suppose une inhibition permanente à l'état normal d'un groupe de réactions. »

BIBLIOGRAPHIE

ALAJOUANINE. *Th. de Paris*, 1923.

BARENNE et J. G. DUSSER. *Arch. néerlandaises de physiol.*, 1919, p. 31.

BAZETT and PENFIELD. A study of the Sherrington decerebrate animal in the chronic as well in the acute condition, *Brain*, 1922, vol. XLV, p. 185.

BERITOFF. On the reciprocal innervation in tonic reflexes from the labyrinths and the neck, *Journ. of physiol.*, 1914-1915, t. XLIX, p. 147.

BOWDITCH et WARREN. *Journ. of physiol.*, 1890, vol. XII, p. 25.

BROUWER. Ueber Meningo-Encephalitis und die Magnus-de-Kleynschen Reflexe, *Zeit. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1917, p. 36 et 161.

BROWN (Graham). On postural and non postural activities of the mid-brain, *Proc. of the Royal Soc.*, B., 1913, vol. LXVII, p. 145; — On the effect of artificial stimulation of the red nucleus in the Anthropoïd Ape, *Journ. of physiol.*, 1915, vol. LIX, p. 185.

CARSTENS et STENVERS. *Em Fall von durch spontane aktive Bewegungen ausgelösten Magnus-de-Kleyn'schen Halsreflexen, wobei auch Labyrinthreflexe nachgewiesen worden kounten*, Stockolm 1923.

CATHALA. Rigidité décérébrée unilatérale par tumeur thalamo-pédonculaire, *Soc. de neurol.*, 7 déc. 1922.

COLLIER and BUZZARD. Descending mesencephalic tracts in cat, Monkey and Man, *Brain*, 1901, vol. XXIV, p. 177.

COBB, BAIBY and HOLTZ. Genesis and inhibition of Extensor Rigidity, *Amer. Journ. physiol.*, 1917, p. 239.

FOERSTER (O.). Zur analyse und Pathophysiologie der straren Bewegungstorungen, *Zeit. f. d. Ges. Neurol. and Psych.*, 1921, vol. LXXIII, p. 1.

FOIX (Ch.). *L'Automatisme médullaire*, Questions neurologiques d'actualité, 1922, p. 389; — Le tonus et les contractures, *Revue neurol.*, 1924, t. II, nº 1, p. 1; — *Presse méd.*, juillet 1924.

FREEMAN. *L'Encéphale*, fév. 1924, t. XIX.

FREEMAN et MORIN. *Revue neurol.*, 1924, t. I, nº 2, p. 158.

FROHLICH and SHERRINGTON. Path of Impulses for Inhibition under Decerebrate Rigidity, *Journ. of physiol.*, 1902, p. 14.

HARTENBERG. *Presse méd.*, 1922, nº 102.

HATSCHEK. Zur vergleichenden Anatomie des Nucleus Ruber, *Neurol. Centralbl.*, 1907, p. 870.

HEAD. *Journ. de psychol.*, juin 1923, nº 6, p. 501; — *Studies on Neurology*, 1920; — *Proc. of the Royal Soc.*, B., 1921, vol. XLII.

HEAD et RIDDOCH. *Brain*, 1917, p. 188.

HOLMÈS GORDON. The symptoms of acute cerebellar injuries due to Gunshot injuries, *Brain*, 1918, p. 461.

HUNT (R.). Les systèmes moteurs statiques et cinétiques, *Ann. de méd.*, 1921, vol. IX, p. 123.

JACKSON (H.). *Medical examiner*, 1878; — Evolution and Dissolution of the nervous System, *Brit. med. Journ.*, 1884, p. 591; — Croonian lectures on the evolution and dissolution of the nervous system, *Lancet*, mars 1884.

KARPLUS et KREIDL. Ueber Totalextirpationen einer und beider grosshirn hemispharen an Affen, *Arch. f. Anat. u. Physiol.*, 1914; — *Physiol. Abth.*, t. CLV.

LANGELOAN. *Brain*, 1915, vol. XXXVIII, p. 235.

LHERMITTE. La rigidité décérébrée, *Ann. de méd.*, 1921, t. X, p. 228; — *La Section complète de la moelle*; — Les syndromes anatomo-cliniques du corps strié, *Ann. de méd.*, sept. 1920.

LOMBARD. *Journ. de physiol.*, 1889, vol. X, p. 122.

LOWENTHAL et HORSLEY. *Proc. Royal Soc.*, B., 1897, vol. LXI.

MACLEOD. *Trans. Royal Soc. of Canada*, 1919, p. 85; — Periodic Breathing in Decerebrate cats, *Amer. Journ. physiol.*, 1921, p. 175.

MAGNUS. Die Abhängigkeit des Tonus der Extremitatenmuskeln von der Kofpstellung, *Arch, f. d. ges. Physiol.*, 1912, vol. CXXXV, p. 526; — Welche Teile des Zentralnervensystems müssen fur das Zustandekommen der tonischen Hals und Labyrinthreflexe auf Korpermuskulatur vorhanden sein? *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1914, vol. CLIX, p. 224; — Weitere Biobachtungen ueber Hals und Labyrinthreflexe auf die Gliedermuskeln des Menschen, *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1915, vol. CLX, p. 429; — *Korperstellung*, Spinger 1923; — Beiträge zur Pharmacologie der Korperstellung und der Labyrinthreflexe, *Acta oto-laryngol.*, 1923, p. 21.

MAGNUS et LEUWEN. *Pfluger's Arch.*, 1914, p. 157.

RADEMAKER. *Revue d'oto-neuro-oculistique*. janv. 1925, t. III; — *De beteekenis der roode kernen on van het overige mesencephalon voor spiertonus, lichaamshamding on labyrinthaire reflexe*, Utrecht 1924.

RIDDOCH. The reflex functions of the completely divided Spinal cord in Man, etc., *Brain*, 1917, vol. XL.

RIDDOCH and BUZZARD. Reflex Movements in quadriplegia with special reference to the upper extremity, *Brain*, 1923, p. 377.

ROUSSY et LHERMITTE. *Blessures de la moelle*, 1918, Coll. Horizon.

SIMONS. Kopfhaltung und Muskeltonus, *Zeit. f. d. ges. Neurol. u. Psych.*, 1923, p. 499.

SCHWARTZ. *Revue d'oto-neuro-oculistique*, 1923, nos 5 et 7. (Contient la bibliographie détaillée sur les réflexes labyrinthiques et profonds du cou.)

SHERRINGTON. Decerebrate rigidity and reflex coordination of Movements, *Journ. of physiol.*, 1897, vol. XXII, p. 319; — *The intgrative function of the Nervous system*, 1 vol., Macmilian, 1906, p. 20; — *Journ. of physiol.*, 1909, p. 17; — *Quart. Journ. Exp. Phys.*, 1909, vol. II, p. 109; — On reciprocal innervation of antagonist Muscles, *Proc. Royal Soc.*, 1897, p. 414.

SHERRINGTON and LIDDEL. Reflexes on response to stretch (myotatic reflexes), *Proc. Royal Soc.*, B., 1924, vol. LXXXVI, p. 212.

SOCIN und STORM VAN LEEUWEN. Ueber den Einfluss der Kopstallung auf phasische Extremitaten reflexe, *Arch. f. d. ges. Physiol.*, 1914, p. 251.

THIELE. On the efferent relationship of the opter thalamus and Deiter's nucleus, *Journ. of physiol.*, 1905, vol. XXXII, p. 358.

TURNER et VIOLET. A case of prolonged hyperpyrexia on a child with a mid-brain tumor, *Brit. med. Journ. of child. dis.*, 1916, p. 261.

VIETS. Relation of the form of the knee jerk and patellar clonus to muscle tonus, *Brain*, 1920, vol. IIIXXXX, p. 269.

VIRCHOW'S. *Archives*, 1901, p. 22.

WALSHE. *L'Encéphale*, fév. 1925, t. XX; — The physiological significance of the reflex phenomena in spastic paralysis of the lower limbs, *Brain*, 1914, vol. XXXVII, p. 247; — On the genesis and physiological significance of spasticity and other disorders of motor innervation, etc., *Brain*, 1919, vol. XLII, p. 1; — On certain tonic or postural reflexis in hemiplegia, with special reference to the so-called associated movements, *Brain*, 1923, vol. XLVI, p. 1; — The decerebrate rigidity of Sherrington in man, its recognition and différenciation from other forms of tonic muscular contraction, *Arch. neurol. and psych.*, 1923, vol. X, p. 1; — A case of complete decerebrate rigidity in man, *Lancet*, 1923, vol. II, p. 644.

WARNER et OLMSTEAD. The influence of the cerebrun and cerebellum on extensor rigidity, *Brain*, 1923, t. XLV, p. 189.

WEILAND. Hals und Labyrinthreflexe beim kaninchen, Einfluss auf den Muskeltonus und die Stellung der Extremitaten, *Pfluger's Arch.*, 1912, p. 1.

WEED. Observations upon decerebrate rigidity, *Journ. of physiol.*, 1914, vol. XLVIII, p. 205.

WEIR, MITCHELL and LEWIS. *Trans. Assoc. amer. phys.*, 1886, vol. I, p. 2.

WERTHEIM SALOMONSON. *Proc. Royal Acad.*, Amsterdam 1915, vol. XVII, p. 885.

WILSON (Kinnier). On decerebrate rigidity in man and the occurence of tonic fits, *Brain*, 1920, t. XLIII, p. 220.

WIMMER. *Revue neurol.*, 1924, t. II, nº 4, p. 316.

N. B. — Cette bibliographie est incomplète. On la complétera en consultant certains auteurs que nous avons signalés.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Année psychologique (24e année, 1923), publiée par Henri PIERRON, professeur au Collège de France et à l'Institut de psychologie de l'Université de Paris, directeur du Laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne. In-8 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 40 fr. — Paris, F. Alcan.

Pratique de l'alimentation et de l'hygiène du nourrisson, par Mme P. GREYFIE DE BELLECOMBE. Un vol. de 287 pages. — Paris, Maloine.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 15 JUILLET 1925) [*fin*]

Les eaux minérales radio-actives du Guergour (Algérie). — MM. I. POUGET et D. CHOUCHAK.

Sur la production des antitoxines. — M. G. RAMON, en injectant sous la peau du cheval un antigène (anatoxine diphtérique ou tétanique) mélangé à du tapioca finement pulvérisé et stérilisé, obtient la production d'un œdème local, avec afflux leucocytaire et résorption lente de l'antigène que le tapioca ne cède que graduellement à l'organisme. On peut ainsi hyperimmuniser des chevaux et obtenir des sérums antidiphtériques ou antitétaniques infiniment plus actifs.

Contribution à l'étude des boues activées. — M. F. DIENERT.

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1925)

Sur la radio-activité de quelques sources froides de la région de Bagnères-de-Luchon et sur son origine. — M. Adolphe LEPAPE.

La signification physio-pathologique du signe de Babinski. — M. G. BOURGUIGNON a constaté que le réflexe plantaire se fait en extension (signe de Babinski) toutes les fois que la chronaxie sensitive du nerf tibial postérieur est égale à celle des extenseurs des orteils, au lieu de l'être à celle des fléchisseurs; le réflexe se fait en flexion toutes les fois que la chronaxie sensitive du nerf tibial postérieur est égale à celle des fléchisseurs des orteils, comme à l'état normal; le réflexe fait défaut (ni extension, ni flexion) toutes les fois que la chronaxie sensitive du nerf tibial postérieur est différente à la fois de celle des fléchisseurs et de celle des extenseurs.

Le signe de Babinski traduirait simplement l'isochronisme anormal du nerf tibial postérieur sensitif et des extenseurs des orteils, isochronisme réalisé d'une manière presque constante dans les lésions du faisceau pyramidal, d'une façon accidentelle dans les lésions motrices ou sensitives périphériques.

Action tréponémicide de l'or et du platine. — MM. C. LEVADITI, A. GIARD et S. NICOLAU ont étudié l'action thérapeutique dans la syphilis expérimentale du lapin de l'hyposulfite double d'or et de sodium (sanocrysine) recommandé par H. Möllgaard pour le traitement de la tuberculose. Le médicament s'est montré actif par voie sous-cutanée et par voie buccale, non seulement dans la syphilis expérimentale du lapin, mais encore contre le spirochæta cuniculi; il a également une action préventive nette dans la spirillose des poules. L'hyposulfite double de platine et de sodium a une activité bien moindre.

L'action thérapeutique de ces dérivés de l'or et du platine est de beaucoup inférieure à celle du bismuth.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 28 JUILLET 1925)

La désinfection de la monnaie courante est-elle nécessaire? — On s'est préoccupé bien souvent de la transmission possible de germes infectieux par la monnaie, soit par les pièces de cuivre, soit par les billets. La question se posait donc de savoir s'il fallait procéder à leur désinfection.

M. Jules RENAULT, au nom d'une Commission dont il fait partie avec MM. Hanriot et Léon Bernard, rend compte à l'Académie des expériences qui ont été entreprises à ce sujet. La conclusion de cette Commission est quelque peu surprenante. Elle est toutefois des plus rassurantes. Pour ce qui est des pièces de cuivre elles posséderaient elles-mêmes un pouvoir désinfectant très net. Quant aux billets ils seraient exempts de germes pathogènes grâce à l'action oxydante de l'air favorisée par la porosité du papier.

Il n'y a donc pas lieu de stériliser la monnaie.

Désinfection des marchandises suspectes d'importer la variole. — M. L. CAMUS, pour éviter cette transmission possible, propose à l'Académie de conseiller les mesures suivantes: Tout colis provenant d'un pays où règne la variole devra être désinfecté en surface, à la frontière, et muni d'une étiquette qui préviendra le Préfet de la région où se trouve l'usine destinataire.

Là l'inspecteur d'hygiène départemental assurera la désinfection complète par des procédés incapables de détériorer le colis.

M. Camus ajoute que les ouvriers de cette usine devront être revaccinés. Les conclusions ont été adoptées à l'unanimité, moins une voix.

Développement anormal du système pileux. — M. CAPIESCO de (Bucarest) communique une note dans laquelle il signale un développement anormal et localisé du système pileux chez des sujets qui ont été soumis à des bains locaux chauds et prolongés. Il explique ce phénomène par l'hyperémie de la peau et la stimulation de la nutrition du poil.

Complication hépatique de la rougeole. — M. LADREYT communique une observation d'un adulte qui, à la suite d'une rougeole, a présenté des troubles hépatiques.

— La prochaine séance de l'Académie aura lieu le premier mardi d'octobre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1925)

Sur la vaccination anti-diphtérique des très jeunes sujets. — M. ZŒLLER a constaté que chez le cobaye l'acquisition de l'immunité paraît, comme chez le nourrisson plus difficile à réaliser pour les très jeunes sujets. Il rappelle à ce sujet les recherches d'Hirtzfeld sur l'acquisition progressive de la réactivité spécifique et d'autre part sur les rapports entre la sensibilité à la toxine diphtérique et le groupement sanguin des parents. Il a constaté que chez le cobaye la vaccination par l'anatoxine de la femelle pendant la grossesse donne des portées de jeunes cobayes immunisés (immunisation passive, passagère).

Gangrène des pieds. — MM. ACHARD et S. BLOCH présentent un cas de gangrène des deux pieds survenu chez une femme de cinquante-quatre ans, qui n'était ni diabétique, ni syphilitique et n'avait ni lésions nerveuses, ni vasculaires. Etant dans la misère, elle avait couché sous un hangar pendant deux semaines sans se déchausser et ce sont probablement des excoriations infectées qui ont amené la gangrène. Dans ce cas le sérum antigangréneux permet d'arrêter les progrès du sphacèle. L'élévation du membre à la condition qu'elle soit forte transforme la gangrène humide en gangrène sèche. L'embaumement au baume du Pérou qui pénètre les tissus morts et les rend imperméables à l'eau empêche la putréfaction.

Le principal danger des gangrènes du pied ainsi traitées est la formation d'un phlegmon plantaire. Mais alors même qu'une intervention devient ensuite nécessaire, elle se fait d'une façon plus économique et dans de meilleures conditions d'état général.

Intoxication aiguë mortelle par le sublimé. — MM. L. BABONNEIX et L. POLLET rapportent l'observation d'un sujet jeune, sans antécédents, et qui, à la suite de l'absorption accidentelle de quatre paquets de sublimé, fut pris de troubles multiples : digestifs : coliques, vomissements d'abord alimentaires, bilieux, puis franchement hémorragique, diarrhée incoercible; nerveux : somnolence, bientôt entrecoupée d'agitation; urinaire : anurie absolue, sauf au sixième jour où furent émis, après un lavement froid, 80 centimètres cubes d'urine. La mort survint au neuvième jour. La présence du mercure avait pu être décelée dans les selles et dans le sang, qui renferment plus de 3 grammes d'urée par litre. A l'au-

topsie, lésions multiples, mais surtout rénales. Ce cas se rapproche de ceux publiés en 1922 par MM. Guillain et Gardin, d'une part, Achard, de l'autre.

Gangrène pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel. — M. Ameuille rapporte un cas dans lequel la caverne gangréneuse a été guérie par un pneumothorax. Il signale par contre un autre cas où malgré un pneumothorax la gangrène a continué à évoluer.

M. Hallé a vu aussi des guérisons et des insuccès. Pour lui le pneumothorax s'adresse surtout aux foyers limités et centraux.

M. Flandin a dans un cas obtenu la guérison en six semaines par l'association de l'arsenobenzol, du sérum antigangréneux, de l'autovaccin.

M. Rist a observé plusieurs cas de gangrène pulmonaire après submersion. A la suite de recherches, il a trouvé dans l'eau de mer, des anaérobies rappelant le perfringens.

Etude de quelques cholagogues par la méthode de Meltzer-Lyon. — MM. Félix Ramond, Borasco et Zizine.

Le drainage médical des voies biliaires par ingestion de produits cholagogues. — MM. F. Ramond, Borasco et Zizine.

Les duodénites. Causes et lésions. — MM. F. Ramond et Darquier.

Sur l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. — MM. André Léri, Lavani et Potier présentent un malade atteint d'ostéo-arthropathie hypertrophiante de Pierre Marie.

Ils insistent sur ce que la lésion n'est pas seulement une « ostéite engainante des diaphyses », suivant l'expression de Rénon et Géraudel, Sainton et Luton, mais aussi une ostéoporose portant à la fois sur le tissu compact des os longs et sur tout le tissu spongieux : épiphyses qui sont raréfiées et « soufflées », diploé, rachis, etc.

Il peut en résulter soit des fractures, qui se font avec une extrême facilité au niveau des extrémités raréfiées, soit des pseudo-fractures dues en réalité aux soufflures épiphysaires, soit des aspects de rhumatisme chronique et notamment de rhumatisme vertébral : des difficultés et des erreurs de diagnostic en sont une conséquence fréquente.

Anaphylaxie à l'insuline. Pyohémie consécutive. — MM. Achard et Sig. Bloch rapportent un cas de diabète dans lequel le coma étant survenu, l'insuline amena une véritable résurrection. Le traitement ayant ensuite été continué, des accidents anaphylactiques survinrent : prurit, urticaire, abcès. On dut cesser le remède pendant deux jours, mais une menace de coma aussitôt enrayée par l'insuline en imposa la reprise. L'échantillon fut échangé et les accidents ne reparurent plus. Malheureusement l'infection s'était établie et la malade mourut de péritonite provoquée par un infarctus septique de la rate, avec des abcès multiples des reins et des poumons.

Ces accidents, attribués à des impuretés protéiniques de la préparation d'insuline, sont heureusement rares. Bien qu'on les considère souvent comme plus gênants que graves, cette observation en montre le danger et la nécessité de purifier le plus possible l'insuline.

Les auteurs signalent que le pancréas, recueilli dans de bonnes conditions trois heures après la mort, ne présentait que de légères lésions, et que beaucoup d'îlots de Langerhaus paraissaient normaux.

Bruit de galop et rythme à quatre temps. — MM. Ch. Laubry et Daniel Routier. Les auteurs rappellent que le bruit de galop, rythme à trois temps, auquel s'attache un pronostic sévère, commandé par l'insuffisauce ventriculaire gauche qu'il extériorise, est dû : Le plus souvent à la contraction auriculaire; l'onde-choc ventriculaire est alors présystolique, à moins qu'il n'existe quelque trouble de conductibilité qui déplace, tôt dans la diastole, la contraction auriculaire, ou quelque modification de rapidité du rythme qui allonge ou raccourcisse la diastole. Cette variété de galop est d'habitude présystolique; elle n'est mésodiastolique ou protodiastolique que par l'adjonction de ces troubles précités. En tout cas cette variété de galop mérite le nom d'auriculo-ventriculaire.

D'autres galops sont tout à fait indépendants de l'activité auriculaire. Ils sont dus à l'afflux sanguin qui précède la systole de l'oreillette. Le ventricule se laisse distendre par cette onde, ce qui explique que cette variété de galop persiste dans l'arythmie complète. On peut étiqueter ces galops du nom de galops ventriculaires protodiastoliques.

Les deux variétés peuvent coexister chez le même malade; l'auscultation permet alors de percevoir quatre bruits sourds : le galop présystolique, le premier bruit, le second bruit et le galop protodiastolique. Cette éventualité rare ne se produit que lorsque l'hypotonicité ventriculaire gauche est extrême et partant, son pronostic est des plus sombres et dans une échéance tout à fait rapprochée. Le diagnostic en est donc très important et les auteurs mettent en garde contre une erreur possible : celle d'un rythme à quatre temps où avec un galop présystolique existe un dédoublement du deuxième bruit. Au lieu d'avoir trois brèves et une longue on a une succession d'une brève et d'une longue, répétées deux par deux. Le pronostic de ce dernier rythme sans être favorable n'est toutefois pas fatal dans un délai aussi bref.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 1er MAI 1925)

Kyste pelvien d'origine ovarienne développé après une hystérectomie. — M. Lanos rapporte l'observation d'une malade opérée pour péritonite aiguë d'origine annexielle (hystérectomie abdominale totale). Hystérectomie difficile expliquant la persistance de débris ovariens, infection, irritation du péritoine par le drainage; toutes causes qui ont été invoquées pour expliquer la formation de ces kystes.

A propos de ces kystes, M. Dartigues rappelle qu'il a décrit depuis longtemps des cas analogues sous le nom de cysthématomes menstruels postopératoires en insistant sur la recrudescence périodique de ces kystes provenant de débris ovariens.

Appendicite et grossesse tubaire. — M. Blanc analyse un travail de M. Tussau (de Lyon). Il insiste surtout sur la difficulté du diagnostic dans certains cas et sur l'aggravation du pronostic qui en est la conséquence.

Fracture transcervicale du col du fémur avec impotence fonctionnelle très fruste. — Il s'agit d'un cas présenté par MM. Leuret, Chaufour et Duhau et qui concerne une jeune femme atteinte, à la suite d'une chute de bicyclette, d'une fracture du col sans impotence fonctionnelle et rendue évidente seulement par la radiographie. Engrènement, fracture incomplète? Il est difficile de conclure, même avec la radiographie.

Fracture de la diaphyse humérale. — M. Séjournet présente à la Société deux beaux résultats du traitement de cette fracture à l'aide de son appareil qui engraine le bras, maintient la fracture, et, à l'aide de lames de caoutchouc fixées à la peau, exerce l'extension et la contre-extension continue, tout en laissant libres les mouvements de l'épaule et du coude.

M. Bouchard (Trois-Rivières, Canada) présente deux observations, l'une de tumeur colique avec large résection, l'autre de fibromyome de la vessie.

(SÉANCE DU 15 MAI 1925)

Recherches sur le sympathique céphalique en relation avec le syndrome de Gradenigo et la synergie des mouvements oculaires. — M. Izquierdo (de Caracas) émet l'opinion que le syndrome de Gradenigo (céphalées pariétales et diplopie par paralysie du moteur oculaire externe) relève plutôt de troubles du système sympathique que de méningite basilaire ou d'ostéite du rocher. Il détaille les voies sympathiques qui relient les nerfs qui traversent le rocher avec la VIe paire et conclut que l'arc réflexe sensitif cérébello-moteur des yeux qui emprunte cette voie sympathique peut être interrompu par l'inflammation locale dont la source est auriculaire.

Hypertrophie de la prostate et nouvelle méthode pour la prostatectomie. — M. Izquierdo. Après avoir discuté les différentes interprétations pathogéniques de l'hypertrophie de la prostate, l'auteur défend sa théorie personnelle de l'origine de cette tumeur au niveau de l'utérus masculin. Il s'agirait d'un fibromyome de l'utricule ou utérus masculin. L'auteur expose ensuite sa technique personnelle de prostatectomie.

M. Péraire présente, au nom du docteur Ph. de Lostalot (de Biarritz), quatre observations :

1° **Corps étranger de la vessie (balle de fusil Mauser) expulsé pendant la miction.**

2° **Une fracture fruste de la colonne lombaire** (avec radiographies).

3° **Ulcère juxtapylorique avec hématémèses abondantes à répétition et état syncopal traité par la transfusion sanguine, puis par la ligature avec enfouissement muqueux de l'ulcère.**

4° **Ostéite aiguë chez un nourrisson de quatre mois. Ostéite double du maxillaire supérieur.**

Arrachement du tendon d'Achille avec fracture du calcanéum. — M. Petit de la Villéon présente une malade qu'il a opérée, il y a six mois, pour un traumatisme important du pied ayant entraîné simultanément une fracture du calcanéum avec arrachement de sa grande apophyse postérieure et une désinsertion totale du tendon d'Achille.

L'auteur a dû extirper dans sa totalité le fragment calcanéen et réimplanter les insertions achilléennes.

La malade marche, maintenant, correctement, et le résultat au bout de six mois est des plus satisfaisants.

Tumeur curieuse de l'avant-bras. — M. Petit de la Villéon présente, avant de l'opérer, une femme âgée atteinte, au niveau de l'avant-bras, d'une tumeur ayant un aspect inusité : grosse comme une orange, lobulée, irrégulière, dure, fixée aux muscles épicondyliens avec retentissement ganglionnaire axillaire et fléchissement marqué de l'état général.

Il s'agit probablement d'une tumeur maligne, sarco-épithélioma.

L'auteur se propose d'opérer, d'enlever largement la tumeur et d'y ajouter un évidement de l'aisselle.

Il apportera les résultats de l'examen histologique.

Trois cas d'accidents de la radiothérapie des fibromes. — M. Pierre Mornard communique trois observations : dans la première, il s'agissait non d'un fibrome, mais d'un sarcome comme l'a montré l'examen histologique ultérieur. Celui-ci sphacélé par les rayons, proliférant activement en d'autres points, nécessita l'opération en pleine crise d'infection; la malade mourut d'anurie malgré le Mickulicz. Dans le second cas, le sphacèle du fibrome déchaîna des accidents toxi-infectieux tout à fait graves qui tinrent la malade dans un état alarmant pendant plus de quinze jours malgré la vaccination, les lavages au Dakin. Heureusement le fibrome s'élimina par sphacèle sans hémorragie, sans péritonite, ni septicémie, et au bout de quatre mois la malade finit par guérir sans intervention. Dans le troisième cas, le sphacèle se fit sans communication avec l'extérieur; les accidents toxi-infectieux moins violents, mais cependant graves, guérirent par glace et vaccination; l'hystérectomie se fit ensuite sans incidents.

L'auteur montre que la radio ou radiumthérapie :

1° Ne doit s'adresser qu'au fibrome, parfois impossible à distinguer du sarcome;

2° Que ce n'est pas une méthode sûre, puisqu'on a opéré bien des malades d'abord traitées par les rayons;

3° Que ce n'est pas une méthode anodine, puisqu'elle détermine assez fréquemment des accidents excessivement graves, sinon mortels.

Nouvelle méthode très efficace pour le traitement des suppurations chroniques, en particulier de celles des os, par l'aluminium-potassium nitraté. — M. Dartigues (au nom du docteur Max Thorek, Chicago). On fait des applications du composé incorporé dans une préparation d'avoine concassée stérilisée, qu'on applique sur la région infectée. Il agit par osmose, favorise la production d'agents bactériologiques, inhérents au processus suppuratif et qui atténuent la virulence par la production d'anticorps. Ce traitement renforce la défense biologique de l'organisme; de plus, il se produit une réaction d'autolyse et une liquéfaction des germes pathologiques de la région infectée. A l'hôpital de Chicago, M. Max Thorek a traité plus de cent cas de suppuration chronique des os avec succès, dont cinquante cas d'ostéomyélite. Dans beaucoup de cas, ce traitement a favorisé et simplifié le traitement opératoire, quelquefois même il a suppléé entièrement la chirurgie.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(Séance du 6 juin 1925)

Néphrites subaiguës malignes; valeur de l'hypertension minima. — M. Laporte présente l'histoire clinique de deux cas de néphrites graves à évolution rapide. Il insiste sur la sombre signification pronostique d'une tension minima d'emblée excessive, avec maxima relativement faible. Dans la première observation, ce symptôme sphygmomanométrique paraissait isolé au milieu de manifestation cliniques peu alarmantes; la malade succombait huit mois plus tard. Cette hypertension minima traduit, ainsi que l'a montré Gallavardin, l'impuissance du cœur à rétablir l'équilibre circulatoire rompu par la lésion rénale.

Fracture verticale ouverte de la rotule. — MM. Baillat et Bertrand insistent, à propos de cette observation, sur le fait qu'une intervention minime donne parfois une guérison rapide. Si un épanchement articulaire survient chez un blessé que l'on peut surveiller, mieux vaut pratiquer tout d'abord une ponction évacuatrice qui permettra l'analyse bactériologique du liquide, quitte à recourir quelques heures plus tard, lorsque les circonstances l'imposent, à une chirurgie plus agressive.

Appendicite perforante; intervention précoce; guérison. — M. Estienny.

Un cas de pseudo-mégacôlon. — MM. Pierre Bézy et Fabre.

Compression efficace d'une volumineuse caverne du lobe supérieur par un pneumothorax partiel. — MM. Jean Tapie, Lyon et L. Morel présentent des radiographies d'une énorme caverne du lobe supérieur du poumon droit comprimée par un grand pneumothorax partiel sous-jacent. L'efficacité de la compression est surtout démontrée par la remarquable amélioration de tous les symptômes présentés par cette malade, depuis le jour où elle a été traitée par la méthode de Forlanini.

Rétrécissement du sigmoïde; occlusion intestinale; perforation de la base de l'appendice. — M. Baillat à l'autopsie d'un homme de soixante-trois ans, mort en quatre jours d'occlusion aiguë, a trouvé en même temps qu'une péritonite suppurée avec perforation appendiculaire un rétrécissement très étendu du sigmoïde avec énorme distension des côlons, sans tumeur. Deux hypothèses peuvent être discutées : 1° occlusion et perforation diastatique de l'appendice chez un sujet atteint de rétrécissement du sigmoïde : 2° ou bien spasme du sigmoïde, persistant post-moteur au cours d'une appendicite perforante.

REVUE DES THÈSES

La circulation veineuse périphérique : recherches physiologiques et cliniques basées sur la mesure de la pression veineuse (1), par le docteur P. Grellety-Bosviel.

L'étude de la circulation veineuse périphérique a longtemps été négligée, les recherches des physiologistes ayant porté surtout sur la circulation veineuse profonde. Mais depuis 1921, grâce à une technique précise, MM. Villaret, Saint-

(1) *Th. de Paris*, 1925, A. Legrand, édit.

Girons et Grellety-Bosviel ont pu faire un grand nombre d'investigations dans le domaine pathologique et formuler des conclusions applicables à la clinique. Ce sont ces recherches que M. Grellety-Bosviel a résumées dans une fort importante thèse dont voici les conclusions :

« L'étude de la circulation veineuse périphérique est d'un grand intérêt car elle est capable, non seulement d'expliquer la circulation veineuse des territoires superficiels, mais elle fournit des renseignements très utiles sur la circulation veineuse profonde et sur le fonctionnement des cavités droites du cœur.

La circulation veineuse périphérique fut peu étudiée car on croyait qu'elle était soumise à des variations telles que son étude offrait peu d'intérêt. Or, en se plaçant toujours dans les mêmes conditions d'observation elle se montre plus constante que la circulation artérielle.

Avant d'interpréter une modification de la circulation veineuse, il faut bien connaître l'anatomie des veines, leur structure et les lois de l'hydrodynamique. Aussi avons-nous voulu mettre en valeur l'origine des veines, les différences qui existent entre la circulation veineuse de la tête, des membres supérieurs, des membres inférieurs et de la paroi thoraco-abdominale ainsi que l'importance du jeu de valvules. Grâce à leur extensibilité et leur contractilité les veines jouent le rôle de conducteurs et de réservoirs. Très importants sont les rapports qui unissent la circulation veineuse et la composition du sang.

L'étude physiologique de la circulation veineuse périphérique repose avant tout sur la mesure de la pression veineuse. Chez l'homme, on préférera aux méthodes indirectes celle basée sur la ponction latérale d'une veine superficielle en suivant la technique de Villaret et Saint-Girons, qui nous a permis de reprendre l'étude physiologique de la circulation veineuse périphérique de l'homme tout en nous basant sur les belles recherches faites sur le chien par différents physiologistes.

Voici un court résumé des déductions que nous avons pu faire :

La pression veineuse, mesurée au bras, chez un homme normal placé en décubitus horizontal, est de 11 à 14 centimètres d'eau. En moyenne, elle est de 12 centimètres et, chez le même sujet, sa constance est très grande. Elle varie suivant les positions dans l'espace du segment veineux exploré.

Elle représente à peu près le 13e de la pression artérielle maxima mesurée par la méthode auscultatoire; *mais, en général, elle ne suit pas ses variations.*

Ses modifications dépendent avant tout du fonctionnement du cœur droit, de l'état de la circulation veineuse en aval du point ponctionné et de la composition du sang. Nous n'avons pu mettre en évidence chez l'homme le rôle joué par l'aspiration cardiaque et pulmonaire constaté chez le chien par différents physiologistes. Par contre l'effort (expiration bloquée) produit une hypertension veineuse immédiate et intense.

L'étude comparée de la pression artérielle et de la pression veineuse nous a montré que l'énergie systolique du cœur gauche a peu d'influence sur la pression veineuse dont les variations dépendent avant tout de l'état du cœur droit.

La bradycardie augmente la pression veineuse alors que la tachycardie la diminue; la fièvre semble peu la modifier et la dyspnée ne l'élève que quand elle revêt le type de dyspnée d'effort ou de dyspnée expiratoire.

L'adrénaline, la strychnine, la trinitrine, la peptone ne modifient la pression veineuse que si elles sont injectées à fortes doses.

La saignée agit d'une façon très variable suivant l'état antérieur de la pression veineuse.

En clinique l'étude de la pression veineuse est susceptible de rendre de très grands services. Elle prend rang à côté de l'électroradiologie pour l'exploration du cœur et de la sphygmomanométrie pour l'étude de la pression artérielle.

1° *Dans les cardiopathies bien compensées*, la pression veineuse est normale.

2° *Dans les états asystoliques.* — A. *La pression veineuse au cours de l'insuffisance ventriculaire droite* ou *de l'insuffisance cardiaque totale est élevée.* Son élévation peut révéler l'existence d'une asystolie jusque-là latente. *Dans l'asystolie confirmée*, elle mesure le degré de stase des cavités droites et permet de fixer un pronostic. *Pronostic grave,* si la pression veineuse reste élevée malgré l'emploi d'une médication tonicardiaque active ou si elle ne fait que baisser momentanément. Dans ce cas il s'agira d'une asystolie irréductible. Pronostic plus favorable si la pression veineuse reste basse après plusieurs examens (asystolie réductible). — B. *Dans l'insuffisance ventriculaire gauche*, la pression veineuse est *normale* s'il n'existe aucun retentissement sur la circulation du cœur droit; la *pression veineuse s'élève brusquement* dans les complications pulmonaires aiguës (œdème aigu du poumon), *lentement* quand la dilatation du ventricule gauche se complique secondairement de stase dans le cœur droit; la *pression veineuse* dans les états asystoliques fournit en général des renseignements plus intéressants que la pression artérielle.

3° *Dans les syndromes de compression des gros troncs veineux* (veine cave supérieure, veine cave inférieure, veine porte), la pression veineuse nous permet de montrer que la stase pouvait longtemps ne retentir que sur le territoire veineux périphérique dépendant des vaisseaux comprimés (hypertension cave supérieure avec pression cave inférieure normale et inversement). Secondairement, l'hypertension veineuse peut se généraliser.

4° *Dans les états hypertensifs*, voici comment nous pouvons grouper nos résultats : a. *hypertension artérielle et pression veineuse normale :* cas des hypertensions pures, des néphrites chroniques, des aortites sans athérome généralisé; b. *hypertension artérielle et pression veineuse basse* : cas des néphrites aiguës, de l'athérome généralisé, de l'artério-sclérose des vieillards; c. *hypertension artérielle et pression veineuse élevée :* ce syndrome se rencontre dans l'insuffisance ventriculaire gauche avec retentissement sur la circulation du cœur droit.

5° *Dans les cyanoses*, la pression veineuse est intéressante à rechercher, car elle permettra assez souvent d'en déterminer l'étiologie. Très élevée au cours de l'asystolie, elle est normale dans les cyanoses par anoxémie (granulie); par contre, elle augmente sensiblement au cours des acrocyanoses par insuffisance ovarienne.

6° *Dans les varices essentielles*, la pression veineuse des veines superficielles du membre inférieur est plus élevée dans la station debout chez les sujets variqueux que chez le sujet sain et redevient sensiblement normale dans la position couchée. *Dans les varices secondaires* à une compression de la veine cave inférieure ou des veines iliaques, la pression veineuse, quoique plus basse dans la position couchée que debout, reste encore très élevée.

7° *Dans les pneumopathies* qui ne s'accompagnent pas de distension du tissu alvéolaire, la pression veineuse est *normale* (granulie, tuberculose ulcéro-caséeuse); par contre, elle s'élève notablement au cours de l'œdème aigu du poumon et de l'emphysème aigu.

Ces différents résultats nous permettent d'affirmer la valeur seméiologique de la pression veineuse, suivant qu'on l'envisage au point de vue du diagnostic, du pronostic ou de la thérapeutique. »

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANALGÉSIE OBSTÉTRICALE PAR LE TRICHLORO-BUTYLALCOOL DIALLYLMALONYLURATE D'ÉTHYLMORPHINE OU HÉMYPNAL (1).

C'est une question vraiment à l'ordre du jour que celle de l'analgésie obstétricale, et les travaux sur ce point depuis quelques mois se font de plus en plus nombreux. Ceux dont l'hémypnal a fait l'objet ont montré que ce médicament répond à cette préoccupation primordiale de l'accoucheur : ne point nuire. Car s'il est une branche de la médecine où le *primum non nocere* doit dominer toute autre considération, c'est bien l'obstétrique, où la nocivité d'une médication est susceptible de s'exercer simultanément sur deux organismes.

(1) M. Mendy. *Th. de Bordeaux*, janvier 1925.

Cette nouvelle contribution à l'étude de l'hémypnal confirme l'absence de nocivité de ce médicament aussi bien vis-à-vis de la mère que vis-à-vis de l'enfant. Sans doute, dans un certain nombre de cas, ce n'est point une analgésie totale qu'il procure. Mais, convient-il de prétendre, en obstétrique, à une analgésie absolue? Est-il souhaitable que l'accouchement s'effectuant dans l'inconscience complète la femme n'en conserve aucun souvenir? La chose est discutable. S'il ne peut-être mis en doute que l'idéal chirurgical est dans l'absence de tout souvenir concernant l'acte opératoire, cet idéal n'est plus le même pour l'accouchement, fonction physiologique qu'il n'est pas moralement sain de vouloir escamoter complètement. Ce qu'il faut obtenir, c'est la diminution de la sensibilité, de façon à rendre l'accouchement aisément supportable et dépourvu de toutes affres, mais en conservant la conscience de la femme qui doit, n'en déplaise à certains, garder le souvenir par lequel un nouvel être humain fait son entrée dans le monde. Atténuer la douleur dans une large mesure, de manière à la rendre aisément supportable, et ce avec un médicament inoffensif et que tout le monde puisse employer, tel est le but vers lequel il faut tendre, et qui doit satisfaire lorsqu'il est atteint. Avec l'hémypnal (suppositoires ou cachets) il l'est dans 75 pour 100 des cas. C'est ce qui ressort de ce nouveau travail, dont la dernière conclusion est ainsi formulée : « Son mode d'administration ne comportant aucune technique compliquée, son innocuité absolue ne réclamant pas la présence continuelle du médecin et la surveillance interrompue de la parturiente, en font l'analgésique obstétrical de choix du praticien. »

LIVRES NOUVEAUX

Pathogénie des calculs biliaires et indications opératoires d'après des recherches expérimentales et des observations cliniques (1), par le professeur THORKILD ROVSING (de Copenhague). Trad. du docteur SAINT-CÈNE.

Le professeur Th. Rovsing, qui combat depuis vingt-cinq ans la théorie de Naunyn attribuant les calculs biliaires à la stase et à l'infection biliaires, expose aujourd'hui au public français sa conception de la question.

Par des arguments précis, par des recherches personnelles poursuivies pendant trente années, par l'observation minutieuse de 530 cas d'opérations et examens bactériologiques, l'auteur montre que les calculs biliaires prennent naissance dans le foie — à la suite d'une toxémie passagère — sous forme d'un pigment calcique noir, qui, charrié par la bile jusque dans la vésicule, continue à s'y développer par le dépôt successif des éléments de la bile.

L'infection et la stase sont indépendantes de la formation des calculs et n'en sont qu'une complication.

On voit immédiatement l'importance de ces déductions, tant pour le traitement médical que chirurgical de la lithiase biliaire.

La croissance chez le nourrisson. Accroissement pondéral et statural (2), par le docteur G. VARIOT, médecin honoraire de l'hospice des Enfants-Assistés, ancien directeur de l'Institut de puériculture.

Dans cet ouvrage, le docteur Variot fait connaître les progrès récents réalisés dans les méthodes de contrôle de l'accroissement des nourrissons. Il démontre l'insuffisance de la balance seule employée dans ce but et la nécessité de lui adjoindre la toise. C'est ce qu'il a fait dans les instruments imaginés par lui : le pédiomètre et le pèse et toise-bébé.

L'ouvrage est divisé en deux parties : la première est consacrée à l'étude de la croissance normale, avec des détails spéciaux sur le mécanisme de l'accroissement de la taille par le processus d'ossification épiphytaire, et sur le développement du crâne et du cerveau. On y trouvera aussi des documents sur la dentification dans ses rapports avec la taille, sur les tables de croissance, le poids à la naissance, la dissociation de la croissance pondérale et staturale, l'anticipation de l'accroissement, le rôle de l'hérédité, etc.

La deuxième partie comprend l'étude des croissances normales dans la débilité congénitale, dans les diverses variétés d'atrophie infantile d'origine gastro-intestinale, dans l'hypotrophie simple et tuberculeuse, dans les atrophies symptomatiques de l'hérédité syphilitique tuberculeuse, alcoolique, toxique, etc., ou des malformations glandulaires ou organiques.

Le livre se termine par un exposé de la ration alimentaire et des divers laits qui conviennent aux nourrissons.

Le dernier chapitre contient une critique générale de la doctrine de la suralimentation qui a eu trop souvent comme conséquence l'hypo-alimentation et l'hypotrophie.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un vol. in-16 de 352 p. avec 35 fig. — Prix : 16 fr. — Paris, G. Doin, édit.

Les débuts de la tuberculose pulmonaire (1), par L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité de Paris.

Voici un excellent petit livre qui n'a d'autre ambition que de vulgariser des notions basées sur un très grand nombre de faits expérimentaux et cliniques. Il expose précisément les faits tels qu'ont pu les recueillir l'anatomie pathologique, et l'observation des malades. Il mène à des conclusions pratiques, c'est-à-dire aux mesures qui permettent d'éviter une inoculation particulièrement dangereuse dans le jeune âge à certaines périodes de la vie, et dans certaines circonstances. Il ne s'agit pas ici d'hypothèses, mais bien de faits démontrés. La prophylaxie bien comprise donne des résultats efficaces. Malheureusement elle n'a jusqu'ici été appliquée que dans des milieux restreints. Il importe que ceux qui sont responsables de la santé d'une famille, connaissent les conditions de contagion d'une maladie familiale telle que la tuberculose.

Traitement des fractures et luxations des membres (2), par MM. Jacques LEVEUF, Ch. GIRODE, P. MORNARD et Raoul MONOD. Préface du professeur Pierre DELBET.

Ce livre est la « cristallisation », ainsi que l'écrit M. le professeur Delbet, de l'enseignement complémentaire que les auteurs ont organisé dans son service il y a quelques années. C'est dire qu'à l'image du cours de MM. Leveuf, Girode, Mornard et Raoul Monod, il est éminemment pratique, très complet et présenté de la façon la plus limpide. Les lecteurs y trouveront peu de bibliographie et pas de discussions. Pour chaque cas particulier des indications précises, accompagnées de figures nombreuses, éviteront au médecin bien des hésitations.

Avec M. le professeur Delbet nous estimons que cet excellent livre rendra les plus grands services. « Il tirera d'embarras bien des médecins et de danger bien des malades. »

Consultations et formulaire de thérapeutique gynécologique (3), par M. Marcel SÉNÉCHAL, chirurgien assistant de la Maison départementale de Nanterre. Préface du docteur Emile REYMOND.

Emile Reymond, qui écrivit la préface de la première édition est mort glorieusement au début de la grande guerre. C'est à sa mémoire que M. Sénéchal dédie pieusement la nouvelle édition des « consultations ». L'auteur a remanié entièrement son livre en le mettant en harmonie avec les plus récentes acquisitions de la thérapeutique moderne (curiethérapie, radiothérapie, vaccinothérapie).

Présentée avec la même clarté que la première édition, celle-ci obtiendra nous n'en doutons pas le même succès.

L. G.

(1) Un vol. in-8 avec 16 planches. — Prix : 10 fr. — Paris, Flammarion, éd.

(2) Un vol. in-8. — Prix . 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

(3) 2e édit. Un vol. in-8. — Prix : 18 fr. — Paris, A. Maloine.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Séance du 31 juillet. — *Pathologie médicale.* — Question donnée : « Coma diabétique, sans la pathogénie. »

Questions restées dans l'urne : « Signes et diagnostic du goitre exophtalmique. » — Causes, signes et diagnostic de la dilatation des bronches. »

Pathologie chirurgicale. — Séance du 1er août. — Question donnée : « Arthrite blennorragique du genou. Signes, diagnostic et traitement. »

Questions restées dans l'urne : « Calculs du cholédoque. Symptômes, complications et diagnostic. » — « Perforation des ulcères gastro-duodénaux. Symptômes, diagnostic et traitement. »

Composition des jurys et heures de lecture des copies. — Anatomie. — Jury : MM. Chabrol, Houdard et Bazy.

Première séance, mercredi 5 août, à 16 h. 30, à Beaujon.

Pathologie médicale. — Jury : MM. May, Weissenbach et Binet.

Première séance, lundi 17 août, à 17 h., à la Charité.

Pathologie chirurgicale. — Jury : MM. Leveuf, Ramadier et Lemeland.

Première séance, jeudi 6 août, à 17 h., à l'Hôtel-Dieu.

Légion d'honneur. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Ministère des Travaux publics. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Touchard, directeur du Service de santé et d'hygiène des Chemins de fer de l'Etat.

Ministère de la Guerre. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Aumont (de Paris) et Latarjet (de Lyon).

Ministère des Pensions. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Dubarry, Giron et Wolff (de Paris), Michel Rosanoff (de Nice), Thévenin (de Charenton).

Ministère des Affaires étrangères. — *Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Bellencontre (de Paris); Moss, citoyen argentin; Poix (de Bangkok).

Au grade de chevalier. — M. le docteur Henriquez, citoyen colombien.

Ministère de l'Instruction publique. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Le Buanec (de Pleyben).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Agnel (de Chamonix) et Magne (de Locrouan).

Médailles d'honneur des assurances sociales. — *Médailles d'argent.* — MM. les docteurs Bridoux (de Nice), Dourlens (de Bruay-en-Artois), Heitzmann (d'Aubure), Gaymard (d'Asnières), Manceau (de Paris).

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Lagarde (de Decazeville), Durœux (de Paris).

Académie de médecine. — Par décret en date du 23 juillet 1925, l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs qui lui a été consenti par Mme Alphonsine-Mathilde Maire, née Denouel (ou Denoel) d'une somme de 50.000 francs, à charge pour l'Académie de fonder un prix biennal destiné à récompenser les meilleurs travaux sur la pathologie exotique ou la dermatologie.

Ce prix portera le nom de « Prix docteur Jules-Brault ».

Sanatorium des étudiants. — Le président de la République visitera, le 4 août, le plateau des Petites-Roches, près de Grenoble, où s'élèvera le sanatorium des étudiants, dont les chantiers sont actuellement en pleine activité. Ce sanatorium est l'œuvre de l'Union nationale des associations d'Etudiants. Le soir aura lieu un grand bal dans les nouveaux salons de l'hôtel Majestic, sous la présidence de M. Gaston Doumergue, au bénéfice du S. E.

Les étudiants et les personnes désireux de participer à ces manifestations et de s'associer à cette œuvre, peuvent s'adresser à la présidence de la commission d'édification et d'organisation du sanatorium des étudiants, 6, rue Félix-Poulat, à Grenoble.

Chaire de clinique médicale de l'hôpital Cochin (professeur M. Fernand Widal). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

Premier cours. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Réten-

tion chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'auto-agglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique; rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon).

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 12 octobre et seront terminés le 3 novembre.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

THÉRAPEUTIQUE PRATIQUE

TOXICITÉ ET ACTION COMPARÉES DE L'ATROPINE ET DES ALCALOIDES TOTAUX DE LA BELLADONE

Par MM. Pierre LEMAY et Léon JALOUSTRE (1).

Les différences d'action physiologique et thérapeutique des alcaloïdes totaux d'une plante et du principal d'entre eux sont un fait bien connu et qui s'explique de lui-même. Il y a, par exemple, une discrimination très nette entre les effets de l'atropine et ceux des préparations contenant tous les alcaloïdes de la belladone (poudre, extrait, teinture).

Toutefois, étant donné les écarts de teneurs en principes actifs entre des plantes de provenances différentes (la teneur varie suivant les années, les époques d'une même année, l'habitat, la croissance à l'état sauvage ou cultivé), il convient de s'adresser, tant pour l'expérimentation que pour l'usage clinique, aux alcaloïdes totaux, préalablement isolés de la plante.

Les alcaloïdes de la belladone sont l'atropine, l'hyoscyamine et la belladonine combinées à l'acide malique. A côté on trouve de l'asparagine, de l'acide atropique (isomère de l'acide cinnamique), de l'acide chrysatropique, des matières résineuses et pectiques, de l'amidon et de l'oxalate de chaux. Les fruits contiennent, en outre, une matière colorante : l'atroscine.

Les laboratoires Sandoz, qui préparent à l'état de sels maliques [suivant la méthode préconisée par Stoll (1)] les alcaloïdes totaux de la belladone, ont bien voulu mettre une certaine quantité de ce produit à notre disposition pour nous permettre de comparer la toxicité de ceux-ci avec celle de l'atropine.

Etant donné la grande résistance des animaux et du lapin en particulier, à l'action toxique de l'atropine, il conviendrait d'opérer brutalement, par injection intraveineuse, comme l'a fait Rothlin (2).

Le produit dont nous disposions était dissous dans un solvant eau, alcool, glycérine, qui aurait faussé nos résultat s'il eût été utilisé par voie intraveineuse. Nous avons borné nos recherches à l'effet des injections intramusculaires qui sont, d'ailleurs, le plus couramment employées par le médecin.

Deux séries de six lapins ont été injectés avec des doses croissantes, les uns de sulfate d'atropine, les autres d'alcaloïdes totaux, et nous sommes arrivés, pour les uns comme pour les autres, à une dose mortelle voisine de 12 centigrammes par kilogramme d'animal. Deux nouvelles séries de trois lapins ont confirmé cette dose de 12 centigrammes.

Ces résultats confirment ceux fournis par Rothlin qui a trouvé qu'en injection intraveineuse la dose mortelle était dans les deux cas de 9 centigrammes pour le cobaye.

Au cours d'essais préliminaires, nous avons pu constater les faits déjà signalés par Cushny (3) et par Rothlin (2), c'est-à-dire que les alcaloïdes totaux sont deux fois plus actifs que l'atropine, vis-à-vis du vague cardiaque. L'inhibition du vague contrôlée à l'aide de la pression sanguine est obtenue avec des doses voisines de 0mmg06 de sulfate d'atropine et de 0mmg03 d'alcaloïdes totaux. A dose égale, l'inhibition dure deux fois plus de temps avec ces derniers.

Dans l'ordre pharmacologique Löffler (4), avait déjà montré que les mêmes résultats thérapeutiques étaient obtenus avec des doses d'alcaloïdes totaux bien moindres qu'avec l'atropine.

Nous pensons que cette action physiologique et thérapeutique supérieure est due à l'hyoscyamine. M. Tiffeneau (5), a en effet montré qu'il faut deux fois plus d'atropine que d'hyosciamine pour paralyser le nerf cardiaque. Cushny et Regnault avaient, de leur côté, constaté le même fait avec l'hyoscyamine lévogyre, principal constituant de la préparation que nous avons utilisée, vis-à-vis du vague et de la pupille.

Nous pensons qu'il y a grand intérêt à utiliser en thérapeutique, spécialement contre le spasme et la vagotonie, les alcaloïdes totaux de la belladone, de préférence aux préparations galéniques du Codex et à l'atropine, puisqu'on a ainsi un médicament toujours identique et deux fois plus actif que l'atropine sans être plus toxique.

(1) Communication à l'Académie de médecine, séance du 15 juillet 1925.

BIBLIOGRAPHIE

(1) STOLL. *Schweiz. Apoth., Ztg.*, 1925.
(2) ROTHLIN. *Sonderabdruck aus der Schweizerichen Wochenschrift*, n° 48, 1924.
(3) CUSHNY. *Journal of Physiol.*. 1904, n° 30, p. 176.
(4) LÖFFLER. *Schweiz. med. Woch.*, 1924, n° 29, p. 657-659.
(5) TIFFENEAU. *Soc. de thérap.*. 4, XXVI, 11 mai 1921, p. 141.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

REVUE DE PATHOLOGIE GASTRO-INTESTINALE

1924-1925

Par M. le docteur Edouard ANTOINE,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA GLACIÈRE.

I. ŒSOPHAGE

Corps étrangers de l'œsophage. (R. BENSAUDE et J. RACHET. *Le monde méd.*, n° 645, mai 1924.) — On désigne ainsi tout corps qui, au lieu de parcourir simplement l'œsophage, y reste arrêté. Les corps étrangers de l'œsophage sont particulièrement fréquents chez les aliénés gloutons, les vieillards édentés, les enfants. Les lésions déterminées par la présence d'un corps étranger œsophagien sont subordonnées à la nature même de ce corps étranger, et à la durée de sa présence. Les corps pointus sont particulièrement vulnérants et peuvent provoquer la perforation.

La symptomatologie est très variable. Quand le corps étrangers s'arrête à l'orifice supérieur de l'œsophage, on peut assister à un tableau dramatique : angoisse extrême, suffocation, efforts de vomissements. Chez l'enfant il peut survenir des convulsions.

Quand le corps étranger ne s'arrête qu'au niveau du manubrium le malade ressent une douleur profonde, rétrosternale, avec irradiations interscapulaires, ou cervicales.

Au bout de quelques heures ou quelques jours ces accidents se calment et on entre dans une période de tolérance. A ce moment la déglutition est gênée mécaniquement : les aliments solides passent plus ou moins difficilement. En outre la déglutition est douloureuse.

Ultérieurement se produit la période des accidents inflammatoires secondaires, œsophagiens et péri-œsophagiens, traduisant la formation d'un phlegmon péri-œsophagien. La température s'élève alors et le pouls s'accélère.

Le pronostic est donc très sérieux, surtout s'il s'agit d'un corps étranger irrégulier et vulnérant.

Le diagnostic reposera sur le cathétérisme, la radioscopie et l'œsophagoscopie.

Le cathétérisme est un pis-aller, dangereux dans certains cas : siège élevé du corps étranger, lésions de la paroi œsophagienne.

L'examen aux rayons X est extrêmement précieux quand il s'agit de débris métalliques. Les corps étrangers non opaques échappent à cette investigation.

L'œsophagoscopie est la méthode de choix. Elle est d'ailleurs très facilitée par une radioscopie antérieure, pratiquée aussitôt avant l'examen.

Ces diverses méthodes d'examen permettront de résoudre les divers problèmes de diagnostic soulevés par les corps étrangers et en faciliteront l'extraction.

La radiographie en série de l'œsophage. (BELOT et LEPENNETIER. *Soc. de radiol. méd.*, 10 mars 1925).

Les diverticules de l'œsophage. (M. GUISEZ. *Acad. de méd.*, 7 avril 1925.) — Dans la grande majorité des cas, les diverticules ne sont pas œsophagiens, mais développés aux dépens de la paroi de l'hypo-pharynx, au-dessous de l'orifice supérieur de l'œsophage. Ce sont des *diverticules par pulsion* (Zenker), se présentant chez les malades atteints de sténose œsophagienne. Sous les efforts de déglutition, les parois de l'œsophage se laissent distendre; la muqueuse et la fibreuse font hernie à travers les faisceaux musculaires dissociés.

La poche ainsi constituée peut descendre dans le thorax. Au début, elle se révèle par des régurgitations à type œsophagiens avec pesanteur au niveau du cou. Plus tard la déglutition devient de plus en plus difficile.

Les diverticules *par traction* sont plus rares : ils sont très petits et constituent des trouvailles radioscopiques, en rapport avec des brides cicatricielles médiastinales, des adhérences avec des ganglions médiastinaux. Ils siègent donc plus souvent au tiers moyen

Guisez a observé tout récemment trois cas de diverticules par pulsion au tiers moyen de l'œsophage : l'un en rapport avec une bride valvulaire congénitale, un autre avec un néoplasme, le dernier avec une sténose inflammatoire consécutive à un spasme. Le traitement de choix dans ces cas est la dilatation, recommandée par l'auteur, dilatation multibougiraire.

II. ESTOMAC

Les éperons et niches de la petite courbure. (LOEPER et TURPIN. *Progrès méd.*, 15 oct. 1924.) — Il faut s'appliquer à faire la destinction entre les images en éperon, en ampoule, en doigt de gant, et les images diverticulaires ou les niches proprement dites.

Les premières peuvent disparaître sans intervention, les deuxièmes semblent ne pouvoir guérir que chirurgicalement. Les unes se nivèlent par cicatrisation progressive de l'ulcération ; les autres sont plus persistantes, parfois irrémédiables.

C'est qu'en effet la niche et le diverticule vrai sont en général isolés de l'estomac ou reliés à lui par un canal étroit. Ils ont fait (issue en dehors de l'organe, et ils résultent d'une perforation bouchée.

L'éperon et l'ampoule siègent dans les tuniques, ne s'en éloignent pas et sont creusés dans l'épaisseur du muscle sclérosé. L'ulcère est térébrant et non perforé.

En résumé, le diverticule vrai réalise les trois conditions suivantes :

1. Collet effilé, à la manière d'un pédicule.
2. Persistance de baryum après abaissement du liquide opaque et même après évacuation de l'estomac.
3. Présence d'une bulle d'air au-dessus de la tache opaque.

L'éperon au contraire représente des lésions térébrantes non perforées et exceptionnellement des ulcus bouchés, dont le fond de cicatrice est très épais et scléreux. La distinction de ces deux processus est souvent très difficile à faire. Seul l'examen histologique permet de reconnaître la paroi musculaire de l'estomac normal, du tissu purement fibreux des cicatrices de perforation.

Fréquence de banalité des signes cliniques de l'ulcère gastro-duodénal chronique simple. (PRON. *Journ. des prat.*, mars 1924.) — L'auteur a montré qu'il était pratiquement impossible de distinguer l'ulcère duodénal de l'ulcère gastrique, et l'hyperchlorhydrie de l'ulcère vrai. Pour se rendre compte de la proportion exacte du nombre de cas d'ulcus évoluant sous l'allure d'une dyspepsie banale, il a passé en revue 120 cas, dans lesquels le diagnostic était basé soit sur l'examen radioscopique, soit sur une réaction positive du sang dans le liquide gastrique extrait à jeun.

On faisait reposer le diagnostic clinique d'ulcus sur une ou plusieurs branches du trépied symptomatique ; hémorragie patente, vomissements alimentaires ou acides, crises douloureuses avec broche épigastrique.

C. R., 18.000, Seine.

Il passe en revue la valeur de ces symptômes :

Les hémorragies patentes (mélæna, hématémèse) constituent plus une complication qu'un symptôme d'ulcère.

Les symptômes à caractère aigu (crises douloureuses, douleurs, brûlures aiguës, vomissements répétés) ne se rencontrent que chez un quart environ des ulcéreux, certainement chez moins d'un tiers.

Le plus grand nombre des malades observés (90 sur 120) ou bien présentent le tableau de l'hyperchlorhydrie banale (fringales, aigreurs, brûlures), ou bien celui de l'hypochlorhydrie ou hyposthénie de Robin, ou encore une symptomatologie confuse, à localisation surtout intestinale. Dans quelques cas, l'ulcus peut même rester latent.

La perforation des ulcères gastro-duodénaux. Etude anatomique et pathogénique. (Fr. MOUTIER. *Arch. des mal. de l'app. digestif*, oct. 1924, n° 8, t. XIV). — Cet important travail s'appuie sur l'étude de 19 ulcus perforés (5 duodénaux et 14 gastriques). La perforation d'un ulcus soit gastrique, soit duodénal, est un accident complexe, infectieux ou mécanique ou les deux à la fois. Des processus divers, hémorragie, œdème, âge de l'ulcère, intensité de l'agression microbienne conditionnent en somme les variétés qui vont de la perforation suraiguë en péritonie libre, à la fissuration progressive avec réaction péritonéale chronique.

Un ulcère cicatrisé peut néanmoins se perforer, soit par déchirure mécanique, soit par poussée inflammatoire due au microbisme latent intracicatriciel.

Comme l'ulcère gastro-duodénal nous apparaît cliniquement comme une affection torpide à poussées successives, il semble que ces paroxysmes successifs puissent être rattachés à l'infection des tissus, primitive ou secondaire.

Tout ulcus perforé doit être considéré comme infecté. Cette septicité de l'ulcus explique certaines complications imputées à tort à l'acte chirurgical. Et la persistance de foyers inflammatoires latents dans les cicatrices d'ulcère explique probablement les récidives, c'est-à-dire les reprises d'activité ulcéreuse après les longues périodes de silence.

L'ulcus juxta-cardiaque de l'estomac. (DUMOULIN. *Th. de Paris*, 1924.)

Cancérisation de l'ulcère de l'estomac. (BOULIN. *Th. de Bordeaux*, 1924.)

Les divers régimes dans le traitement de l'ulcère de l'estomac. (CHEINISSE. *Presse méd.*, 15 nov. 1924, n° 92.) — L'auteur passe en revue les divers régimes préconisés au cours du traitement de l'ulcère gastrique

1° *La diète absolue et la diète hydrique.* — Il ne faut pas s'obstiner à la prolonger au delà de quelques jours, parce que on se heurterait aux dangers de l'inanition. Ces deux diètes ne peuvent donc être que passagères. La cure d'alimentation doit leur succéder. En principe, on doit s'efforcer de laisser à l'estomac le maximum de repos, en assurant une alimentation suffisante.

2° Le *régime lacté* a été considéré autrefois comme le traitement de base de l'ulcère gastrique, pendant au moins un mois. Cependant l'absorption de 3 litres de lait ne saurait suffire comme ration alimentaire. Alors que la quantité d'albuminoïdes est trop abondante, celle des matériaux ternaires est notablement insuffisante.

3° Les *régimes de Lenhartz et de Sénator* proposent au contraire une alimentation d'emblée trop substantielle.

Si l'on suit les conseils de Lenhartz, on n'hésite pas à donner un œuf quelques heures après la fin d'une hématémèse. Dès le premier jour, on donne 200 grammes de lait et deux œufs. On augmente rapidement la quantité de ceux-ci, de façon à atteindre huit à dix œufs par jour dès la fin de la première semaine. A partir du sixième jour Lenhartz donne à ses malades de la viande de bœuf crue et finement râpée, en commençant par la dose de 35 grammes, Le septième jour, on permet du riz au lait; au dixième jour on donne du jambon cru et du beurre. Ce régime donne donc au malade une dose exagérée d'albumine.

Le régime de Sénator comprend une alimentation faiblement azotée, mais riche en gélatine, sucre et graisses. On fait dissoudre 20 grammes de gélatine blanche dans 200 grammes d'eau avec 50 grammes d'oléosaccharure de citron. On donne en outre au malade par vingt-quatre heures. un 1/4 de litre de crème et 30 grammes de beurre ou d'huile fine.

4° Le *régime de Sippy* consiste à donner au malade d'heure en heure, un petit repas composé de 50 grammes de lait et de 50 grammes de crème de lait.

Au bout de deux jours, on ajoute à un repas lait-crème du matin un œuf ou un biscuit, ou du pain beurré. L'après-midi on ajoute au lait 100 grammes de riz ou de farine d'avoine. On augmente ensuite progressivement œufs et céréales pour atteindre à la fin de la première semaine : douze repas de lait-crème, trois œufs à la coque, 200 à 300 grammes de riz ou d'avoine. Il faut en outre neutraliser le contenu gastrique par l'emploi répété d'alcalins après chaque repas.

Le suc gastrique doit être ainsi neutralisé d'une façon constante.

5° Le *régime de Coleman* s'applique à diminuer l'irritation mécanique et la sécrétion gastrique, par l'usage de l'huile d'olive et du beurre frais. On fait prendre au malade quelques cuillerées d'huile, jusqu'à atteindre 150 grammes par jour en trois prises. Outre l'huile et le beurre, Coleman donne du blanc d'œuf. Les hydrates de carbone sont donnés sous forme de lavements sucrés.

En résumé, Coleman met le malade pendant trois à cinq jours à la diète hydrique, associée à des lavements goutte à goutte contenant 30 grammes de glucose pour 300 grammes d'eau salée physiologique (trois à quatre lavements par vingt-quatre heures). Au cinquième jour, on commence l'alimentation buccale avec de l'huile, des blancs d'œuf et du beurre. Les intervalles des repas doivent au moins compter deux heures. Le premier jour, on donne 45 à 60 grammes d'huile d'olive et trois à quatre blancs d'œuf battus en neige. Peu à peu, on porte la dose d'huile à 150 grammes et le nombre d'œufs à six ou huit.

Parfois, on peut remplacer les 150 grammes d'huile par 690 grammes de crème. Ce régime est poursuivi trois à quatre semaines, après lesquelles on n'autorise pendant les trois à quatre mois suivants que des aliments légers et choisis.

Le rôle de la syphilis dans la pathogénie de la linite plastique. (FAROY. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1924.) — En rapportant trois observations de linite plastique de l'estomac, Faroy apporte des conclusions intéressantes en ce qui concerne cette variété de cancer.

Cliniquement, on se trouve en présence, soit d'une sténose pylorique, soit d'une incontinence pylorique.

L'examen radioscopique donne les renseignements les plus sûrs : petit estomac, rigidité des parois, incontinence pylorique constituent la triade de Béclère et Mériel.

Au point de vue anatomo-pathologique, il existe des formes de transition entre la linite et le squirrhe. Dans la linite, les cellules isolées ou groupées en de petits amas, atypiques, séparées les unes des autres par un tissu fibreux, dense et épais, perdent leur aspect morphologique. Le tissu nerveux, les vaisseaux, les ganglions sont envahis. Il s'agit donc bien d'un épithélioma spécial, comme le montrent les métastases. Il semble cependant qu'il existe dans la linite une réaction particulière du tissu conjonctif, dissociant à l'extrême les cellules néoplasiques, et, d'après Faroy, cette prolifération conjonctive serait due au terrain syphilitique, sur lequel se développe le cancer.

Cf. — L'atonie gastrique. (F. RAMOND et Ch. JACQUELIN. *Progrès méd.*, 15 oct. 1924, n° 42.)

Hypertonie et hyperkinésie gastrique d'origine névropathique. (TIMBAL. *Paris méd.*, 1924.)

De quelques cercles vicieux à éviter en pathologie gastro-intestinale. (COUPU. *Revue bretonne d'obst. et de chir. prat.*, 1924, n° 7.)

Aérophagie et rhino-pharyngite. (AMEUILLE et TARNEAUD. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 20 fév. 1925.)

La dilatation aiguë de l'estomac. (F. RAMOND et RAVINA. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 25 mai 1924.)

La vaccinothérapie dans les hémorragies des ulcères gastro-duodénaux. (P. DELBET. *Revue de chir*., 1925, n° 1.) — On connaît le danger des hémorragies gastro-duodénales

abondantes et répétées malgré le traitement médical. La chirurgie ne donne d'ailleurs dans ces cas que de médiocres résultats.

Partant de l'idée que les ulcères gastro-duodénaux qui saignent sont des ulcères infectés, Delbet a eu l'idée de recourir à la vaccinothérapie. Chez deux malades, les injections répétées de propidon amenèrent rapidement la disparition des hématémèses et du melæna. L'action du vaccin amenait également une grande amélioration au point de vue de l'anémie. Dans un de ces deux cas, une transfusion sanguine de 400 grammes n'avait eu aucune action sur l'hémorragie ni sur la formule sanguine.

Prophylaxie des pneumopathies postopératoires par la sérothérapie préventive. (LE CERF et PAULY. *Presse méd.*, 24 sept. 1924.) — Frappés de la fréquence des complications pulmonaires à la suite des opérations gastriques, plusieurs auteurs ont eu l'idée de pratiquer chez les malades la vaccinothérapie ou la sérothérapie préventivement. Le Cerf et Pauly préfèrent à la vaccinothérapie, dont l'action est plus lente, la sérothérapie antipneumococcique, et ils confèrent ainsi à leurs malades une immunité passive. Le sérum est injecté au cours même de l'anesthésie, pendant l'opération, pour éviter le choc anaphylactique. Cette technique ne met évidemment pas les malades à l'abri des réactions sériques tardives (prurit, céphalée, fièvre, douleurs articulaires, etc.). Les résultats de cette pratique sont excellents : les suites opératoires sont plus bénignes, et si par malheur les accidents pulmonaires surviennent, ils ont une évolution tout à fait bénigne.

Action des substances ingérées sur la sécrétion gastrique. (L. MEUNIER. *Presse méd.*, 1er avril 1925, n° 26.)

Régimes et maladies. (LEVEN. *Monde méd.*, n° 654.) — Voici les notions principales résumées par l'auteur :

1° L'aliment est plus nocif souvent par sa quantité que par sa qualité, toutes choses égales d'ailleurs.

2° Les boissons sont souvent plus nocives par leur quantité que par leur qualité.

3° La variété dans le choix des aliments s'impose.

4° Un aliment réputé indigeste est parfois indigeste pour des raisons différentes de celles qui sont habituellement invoquées.

5° L'acte digestif est heureusement influencé par d'innombrables facteurs souvent méconnus.

Un cas de hernie transdiaphragmatique de l'estomac, non traumatique. (Ed. ANTOINE et BISSON. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, fév. 1925, t. XV, n° 2.) — Les auteurs rapportent l'observation d'une malade assez âgée se plaignant depuis quelque temps de troubles dyspeptiques et de gêne dans le côté gauche. L'examen aux rayons X a révélé l'existence d'une hernie transdiaphragmatique de l'estomac. La radiographie, jointe à l'observation, montre un estomac en sablier dont la poche supérieure est située derrière le cœur dans le médiastin postérieur et la poche inférieure à la place de l'estomac normal. La poche à air gastrique, au lieu de se trouver sous la coupole diaphragmatique gauche, se voyait très nettement au-dessus du liquide opaque ingéré dans le médiastin postérieur.

III. DUODÉNUM ET FOIE

Volumineux diverticule duodénal près de l'angle duodéno-jéjunal. (CARNOT et PÉRON. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 25 juillet 1924.) — Les diverticules duodénaux ont été assez rarement signalés et ceux de la quatrième portion en particulier sont des plus exceptionnels. A l'examen radioscopique d'un homme de soixante-quatorze ans, atteint de troubles digestifs d'ordre banal, on découvre par surprise une image tout à fait anormale de la région de l'angle duodéno-jéjunal; image arrondie constituée à sa partie inférieure par de la bouillie opaque présentant un niveau supérieur horizontal des plus nets au-dessus duquel se trouvait une bulle d'air. L'ensemble réalisait donc l'aspect classique d'une niche de Haudeck. La confusion avec un ulcère de la petite courbure pouvait être commise si l'on n'avait pas vu cette image apparaître après remplissage duodénal.

Le malade ayant succombé à une maladie surajoutée, l'autopsie a permis de découvrir à la partie terminale du duodénum un énorme diverticule mesurant 5 centimètres de diamètre qui paraît vraisemblablement congénital. A l'état de réplétion il correspond à l'image diverticulaire observée aux rayons X. Un cas de diverticule semblable mais moins volumineux de la même région a été publié il y a quelques années par Robineau et Gally.

Périduodénite syphilitique. (BABONNEIX et M. LÉVY. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1925.) — On relève dans cette observation l'histoire d'un homme de cinquante ans atteint depuis deux ans de troubles digestifs : douleurs gastriques, vomissements acides, hématémèses à répétition, rappelant le tableau d'un ulcère de l'estomac. L'examen radioscopique montre une déformation de la région duodénale, douloureuse à la pression. Le diagnostic de lithiase biliaire, de cancer ou d'ulcère de l'estomac ayant été éliminé, les auteurs ont pensé à la syphilis, d'autant plus que le malade était un ancien spécifique qui présentait les signes cliniques et sérologiques habituels. Sous l'influence d'injections d'arsenobenzol, tous les troubles digestifs ont disparu en même temps que l'état général s'améliorait rapidement.

Diagnostic de l'ulcère du duodénum. (DE LUNA. *Pratique méd. franç.*, 1924, n° 13.) — L'auteur distingue deux groupes :

1° L'ulcère *bulbaire*, duodéno-pylorique, qui ressemble à un ulcère pylorique. La douleur tardive, exagérée par le jeûne, siège au niveau de l'épigastre un peu à droite de la ligne médiane. Les hémorragies sont occultes, seulement décelables par les réactions de Weber et de Meyer. L'étude du chimisme montre de l'hypersécrétion avec hyperchlorhydrie. L'examen radiologique révèle de l'hyperkinésie gastrique avec retard paradoxal de l'évacuation globale. Le bulbe est élargi et déformé, le bismuth s'y arrête et la pression à ce niveau est douloureuse. Des radiographies en série peuvent montrer des incisures ou des diverticules caractéristiques.

2° Les ulcères duodénaux *sous-bulbaires* présentent une symptomatologie différente ; la douleur est moins tardive, peu calmée par les aliments. Il n'y a pas de vomissements, les hémorragies sont inconstantes, on peut voir de l'ictère, il n'y a aucun symptôme gastrique, sauf de l'hyperchlorhydrie. La pression réveille la douleur sur une ligne ombilico-dixième côte à 5 centimètres environ de la ligne médiane.

Les rayons X montrent un estomac hyperkinétique, hyper ou hypotonique. Le bismuth s'arrête dans le duodénum, la douleur à la palpation est localisée sous l'écran, parfois on observe des encoches ou des diverticules. L'ulcère du duodénum ne sera pas confondu avec l'ulcère de l'estomac et surtout avec la lithiase biliaire qui lui ressemble tellement parfois que seule l'intervention chirurgicale fait faire le diagnostic. Ce dernier doit aussi être discuté avec la lithiase pancréatique, l'appendicite chronique, la ptose duodénale, la périduodénite essentielle.

Les petits signes de la dyspepsie lithiasique. (F. RAMOND. *Presse méd.*, 18 juin 1924.) — Sur dix dyspeptiques pris au hasard, qui consultent pour des troubles dyspeptiques, tous sont lithiasiques. Cette lithiase est fruste, sans signes bien caractérisés. La plupart ne sont pas pathognomoniques, mais leur coexistence prend une importance capitale.

1° Les *petits signes gastriques* : la dyspepsie lithiasique débute en pleine santé par des crampes tardives, à horaires souvent variables. Chez tout dyspeptique aérophagique, penser à la lithiase. La nausée est banale, mais elle n'est pas toujours matinale comme dans l'appendicite chronique. Aussitôt après le repas, on peut observer le syndrome vaso-moteur du type sympathique : pâleur du visage, refroidissement des extrémités, constipation, coliques et selles bilieuses, souvent postprandiales.

2° Les *petits signes lithiasiques* : ce sont les douleurs irradiées à distance, en demi-ceinture thoraco-abdominale droite; irradiation thoracique droite, toux lithiasique spontanée ou provoquée par la pression vésiculaire. Diminution marquée du murmure vésiculaire à la base droite. Le vertige assez fréquent, des poussées d'urticaire, de prurit, d'acné. L'examen réveille la douleur vésiculaire classique; enfin, le traitement spécifique aide également à poser le diagnostic.

Diagnostic entre la cholécystite lithiasique chronique et l'ulcus gastro-duodénal. (CADE et BARBIER. *Lyon méd.*, 11 mai 1924.) — Pour arriver à poser ce diagnostic souvent délicat, on notera d'abord les antécédents du malade; l'hématemèse et le mélæna sont en faveur de l'ulcus; des troubles hépatiques, personnels ou héréditaires, en faveur de la cholécystite. Les troubles dyspeptiques de l'ulcus sont nettement rythmés, apparaissant tous les jours à la même heure, tardivement après les repas. Dans la cholécystite ils sont moins réguliers, manquant certains jours, apparaissant surtout la nuit, peu ou pas calmés par l'alimentation ou par les alcalins. La douleur de l'ulcus siège au creux de l'estomac avec pyrosis et aigreur. Celle de la vésicule siège plus à droite avec nausées pénibles. Elle est exagérée par les mouvements, les fatigues, les voyages en voiture, les règles chez la femme. La douleur dans la région de la vésicule, la fièvre, les poussées diarrhéiques, la diminution du murmure vésiculaire à la base droite s'observent plus souvent dans la cholécystite. Le diagnostic entre l'ulcus et le cholécystite sera enfin confirmé par certaines épreuves thérapeutiques; l'opium agit sur la sensibilité vésiculaire, la belladone, et l'atropine sur la douleur de l'ulcus. L'échec de la belladone, des alcalins, du bismuth est en faveur de la cholécystite.

Sur certains symptômes de la lithiase biliaire et en particulier de certains signes réflexes. (MUSSIO FOURNIER (de Montevideo) *Soc. méd. des hôpit.*, 12 déc. 1924.) — Les malades atteints de lithiase biliaire peuvent présenter des symptômes réflexes dans le bras droit, engourdissement ou névralgies qui sont soulagés par l'application de la chaleur sur la vésicule. La présence d'une parésie réflexe dans le bras droit à la suite d'une violente douleur abdominale, doit éveiller l'hypothèse d'une colique hépatique.

L'existence de gastralgie a frigore (boissons glacées et bains froids) chez un dyspeptique doit faire penser à la lithiase biliaire. De même l'apparition de violentes douleurs dorsales accompagnées de nausées ou de régurgitation pituiteuses. L'auteur appelle aussi l'attention sur l'exagération des troubles dyspeptiques à la suite de secousses corporelles et sur l'apparition d'un mouvement fébrile accompagné d'urobili nurie.

Valeurs séméiologique de l'épreuve de Meltzer-Lyon. (CHIRAY et MILOCHÉVICH. (*Soc. méd. des hôpit.*, 27 juin 1924.)

Les cholécystites chroniques non lithiasiques. (CHIRAY. *Journées médicales Marocaines.*, déc. 1924).

Introduction à l'étude des petites insuffisances hépatiques. (BÉNECH. *Revue méd. de l'Est.*, 1924, n° 17.)

Colique hépatique et choc protéinique. (PARTURIER. *Prsse méd.*, n° 87-1924.)

Le traitement des cholécystites par le tubage duodénal. (GAEHLINGER. *Gaz. des Praticiens*, juin 1924 n° 583,.)

La forme angineuse de la colique hépatique. (LIAN-WEISSEMBACH et PARTURIER. *Presse méd.*, 29 déc. 1924.)

Le volvulus de la vésicule biliaire. (DAUX. *Thèse* Paris 1924.)

Cure de décholestérinisation. (POUCHET. *Les nouvelles connaissances médicales*, janv. 1925.)

Sur la visibilité de la vésicule biliaire aux rayons X. (TUFFIER et NEMOURS. *Presse méd.*, 18 mars 1925 n° 22,.) — L'examen direct de la vésicule aux rayons X est insuffisant dans nombre de cas. L'examen indirect de son fonctionnement par injection intraveineuse de substance colorante dont on surveille l'apparition dans le duodénum par le tubage ne donne pas encore la clef du diagnostic des affections vésiculaires. Les auteurs ont cherché à voir la vésicule en fonctionnement pour en préciser la forme et les rapports en faisant ingérer au malade des substances qui s'éliminent par la bile et seraient révélées par les rayons X. Le malade doit être à jeun depuis douze heures et pendant les quarante-huit heures qui suivront l'injection, il doit ingérer 2 gr. 50 de bicarbonate de soude toutes les trois heures.

Puis on pratique une injection intraveineuse, au pli du coude d'une solution de sel tétra-bromo-phénolphtaléine (5 grammes dans 40 centimètre cubes d'eau distillée pour un malade au-dessus de 55 kilogrammes). La solution est filtrée puis stérilisée; elle est injectée en deux fois, à une demi-heure d'intervalle. Des radiographies seront faites à des intervalles de cinq heures dans le décubitus dorsal ou ventral. On ne saurait encore donner des conclusions absolues d'une méthode aussi nouvelle mais on peut penser qu'une vésicule qui ne se remplit pas peut être signe soit d'une incapacité fonctionnelle du foie, soit d'une altération du cystique. Les petites vésicules ratatinées ou scléreuses ne seront pas visibles, au contraire, une vésicule normale donnera une ombre plus ou moins nette.

La lithiase de l'hépatique et du cholédoque. (MATHIEU. *Monographie de la médecine*, oct. 1924. n° 1 *bis*,)

IV. MALADIES DE L'INTESTIN

Traitement des diarrhées des tuberculeux et de l'entérite bacillaire par les arsenicaux pentavalents. (Léon BERNARD, SALOMON et THOMAS. *Soc. méd. des hôpit.*, 13 mars 1925.) — En traitant les malades atteints d'entérite bacillaire par le stovarsol à la dose de 0,75 centigrames à 1 gramme, ces auteurs ont remarqué d'une façon constante la disparition assez rapide des coliques douloureuses et de la diarrhée. De même, dans les diarrhées banales ou parasitaires survenant chez les tuberculeux, dans certaines diarrhées d'étiologie imprécise et pouvant dépendre d'ulcérations tuberculeuses au début, on obtient par le stovarsol et par le tréparsol la guérison complète sans récidive ultérieure. Cet effet remarquable sur la diarrhée et en particulier sur l'entérite bacillaire est des plus précieux pour la pratique courante du médecin.

Des manifestations gastro-intestinales dans les infections à enterocoques. (TIERCELIN. *Arch. des maladies de l'app. digestif*, t. XIV, déc. 1914, n° 10.)

Péritonites tuberculeuses atténuées et héliothérapie (CARLES. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 juin 1924.) Les formes atténuées de péritonite tuberculeuse qui nous apparaissent beaucoup plus fréquentes, sont infiniment variables dans leur aspect clinique : syndrome d'entérite chronique, météorisme douloureux persistant, empâtement localisé simulant la périgastrite ou la pérityphlite, ou bien encore légère ascite. L'examen approfondi du malade révèle des antécédents bacillaires : pleurésie, orchite, pleurite; on trouve des frottements pleuraux ou bien les rayons X révèlent l'adénopathie hilaire. Traitées par le repos et l'héliothérapie, ces tuberculoses péritonéales atténuées guérissent parfaitement. Les résultats rapides de ce traitement contrastent avec la durée indéfinie de l'affection abandonnée à elle-même.

Gastrorragies et entérorragies cryptogènes. (KUMMER. *Soc. de gastro-entérologie de Paris*, 7 juillet 1924.) — Kummer apporte quelques observations intéressantes sur les hémorragies digestives qui peuvent survenir en dehors des ulcérations gastriques et duodénales. Ces observations mettent en évidence le rôle des lésions légères et superficielles dans l'estomac mais suffisantes pour déterminer parfois des pertes de sang, alarmantes par leur abondance et leur répétition. Dans le premier cas, il s'agit d'une femme de trente-trois ans qui a des hématemèses et du mélæna répétés au point qu'une intervention chirurgicale a pu devenir nécessaire ; au cours de celle-ci on ne découvre qu'une légère érosion très superficielle à la région prépylorique.

Il s'agit en somme d'une exulcération simple et la pylorectomie pratiquée avec implantation du duodénum à la paroi gastrique postérieure, amène la guérison.

Les trois autres observations sont presque superposables; il s'agit de malades qui présentent des hémorragies intestinales répétées, sans qu'aucun traitement médical ne puisse en venir à bout. L'existence d'une réaction de Wassermann positive fait instituer un traitement au néosalvarsan et la guérison survient très rapidement. Il semble que dans ces trois derniers cas, une lésion syphilitique de l'intestin ait été l'origine de ces hémorragies intestinales répétées.

Soins pré- et post-opératoires. Choix de l'anesthésie en chirurgie intestinale. (LARDENNOIS. *XXXIIIe Congr. de l'assoc. franç. de chir. en 1924.*)

La neurasthénie ascaridienne. (MOUTIER. *Journ. méd. franç.*, sept. 1924, n° 9, t. XIII.)

Trois cas d'appendicite à forme tumorale. (CATTALORDA. *Soc. de chir. de Marseille*, 9 fév. 1925.) — Ces trois cas se caractérisent par un début traînant, brusquement révélé par une crise douloureuse. A la période d'état, on constate un amaigrissement intense avec un état cachectique qui peut faire penser à la tuberculose ou au cancer.

A l'examen, on constate l'existence d'une tumeur rétro-crurale irrégulière, fixe et douloureuse. Des manifestations de typhlocolite peuvent se surajouter. L'examen anatomique montre qu'il s'agit d'une pseudo-tumeur inflammatoire formée par l'agglomération d'une masse ganglionnaire de l'iléon et du cæcum. L'appendice toujours macroscopiquement malade est souvent entouré d'un abcès inter-iléo-cæco-appendiculaire.

Les tumeurs solides de l'appendice. (LÉORAT. *Revue gén. Gaz. des hôpit.*, 28 mars 1925, n° 25.)

Kystes et diverticules de l'appendice. (PELTIER. *Th. de Paris*, 1924. Librairie Vigné.)

Les formes urinaires de l'appendicite chronique. (Guy LAROCHE. *Paris méd.*, 2 août 1924.) — Au cours de l'appendicite aiguë, la coexistence de troubles urinaires est assez fréquente : troubles fonctionnels de la vessie, abcès péri-vésicaux, symptômes rénaux simulant une colique néphrétique, inflammations péri-rénales.

Les formes urinaires de l'appendicite chronique sont au contraire plus rares et bien moins connues. Leur allure clinique dépend de la situation du cæcum. En position haute, pré-rénale, l'appendice déterminera des troubles rénaux, surtout s'il est rétro-cæcal.

En position basse et pelvienne ce sont surtout des troubles vésicaux qui peuvent en imposer pour une affection toute différente.

Un aspect assez fréquent que peut revêtir l'appendicite chronique à siège pré-rénal, est celui d'une douleur permanente, à type de néphralgie ou de lumbalgie droite. On pense à un lumbago, à un rein mobile ou à un calcul. Le diagnostic est des plus difficiles. Une hématurie peut encore obscurcir le problème.

Toutefois, la douleur appendiculaire est surtout antérieure, abdominale, avec contractures de défense. On tiendra compte des troubles digestifs, des nausées, des vomissements, de l'aggravation des douleurs par la marche. L'examen radioscopique avec localisation du point douloureux sous l'écran montrera seul la nature exacte de l'affection. Du côté de la vessie, l'auteur a observé deux formes cliniques, l'une cystalgique, l'autre à type de fausse incontinence d'urine.

Des complications urinaires de l'appendicite. (LEPOUTRE. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 15 fév. 1925.)

L'étude en série de la formule sanguine au cours des appendicites. (Ed. ANTOINE et DE MARTEL. *Concours méd.*, 17 mai 1925.) — L'appendicectomie pratiquée chez des malades incomplètement refroidis n'est pas sans danger, et cependant, dans de nombreux cas, la disparition clinique des signes pathologiques ne cadre pas avec la réalité anatomique et inflammatoire. L'expérience montre que la clinique est insuffisante à elle seule pour préciser le moment où une appendicite est complètement refroidie et par suite, quand on peut l'opérer sans danger, après une crise. L'examen du sang (numération des globules blancs et étude de la formule leucocytaire) pratiqué en séries, permet de suivre les malades pas à pas au cours de leur cure de refroidissement. Le retour complet de la formule sanguine à la normale permet d'affirmer le refroidissement total de l'appendicite et autorise l'intervention chirurgicale.

Cette étude est accompagnée de nombreuses observations dans lesquelles le contrôle anatomique pratiqué au cours de laparotomies exploratrices a confirmé la justesse des renseignements fournis par l'hématologie :

Leucocytose augmentée, polynucléose ; appendicite non totalement refroidie.

Mononucléose ou formule normale : appendicite complètement refroidie.

L'examen du sang peut aussi rendre les plus grands services dans le diagnostic d'appendicite chronique d'emblée (mononucléose). Toute douleur de la région appendiculaire contrôlée à la radioscopie et qui s'accompagne de mononucléose sanguine (chez un sujet ne présentant par ailleurs aucun signe d'une autre infection) peut être légitimement rapportée à l'existence certaine d'une appendicite d'emblée.

Sur le diagnostic de l'appendicite chronique. (BRULÉ. *Presse méd.*, 12 nov. 1924.) — Etudiant l'appendicite d'emblée pure, l'auteur discute la valeur de la plupart des symptômes qui lui sont attribués et les considère comme des signes de colite. Il discute la valeur de tous les symptômes, fonctionnels, locaux ou généraux et prétend qu'aucun des signes de l'appendicite chronique ne peut résister à sa critique.

Pourquoi l'appendicite chronique doit être opérée. (FAURE. *Presse méd.*, nov. 1924, n° 93.) — Discutant les idées de Brulé, J.-L. Faure affirme avec force que le plus grand nombre des malades ont des appendicites chroniques; « il est presque permis d'affirmer, dit-il, que presque tout le monde en est atteint. » L'opération est bénigne, la temporisation peut être dangereuse et dans le doute (le doute existe toujours) il faut s'attaquer d'abord à la lésion la plus dangereuse qui est la lésion appendiculaire. Combien de malades sont véritablement transformés par l'appendicectomie et combien sont complètement guéris de leurs troubles digestifs, de leurs migraines, etc.

Du contrôle de l'appendicite et de l'indication de l'appendicectomie au cours de quatorze cents laparotomies gynécologiques. (BEUTTNER. *Presse méd.*, déc. 1924, n° 97.) —

Encore l'appendicite. (J.-L. FAURE. *Presse méd.*, déc. 1924, n° 101.)

Faut-il opérer les appendicites chroniques? (FLANDIN. *Presse méd.*, déc. 1924, n° 103.) — Reprenant cette question controversée, l'auteur prouve l'existence réelle de l'appendicite, les avantages de l'appendicectomie et se range au côté de Faisans qui écrivait : « je n'ai jamais regretté d'avoir fait enlever un appendice; je me suis souvent repenti de l'avoir laissé. »

Deux cas de pseudo-appendicite vermineuse, terminés par la mort. DAYRAS, TIERRY et FÈVRE. *Soc. de pédiat.*, 8 juillet 1924.)

Les cures thermales après l'appendicectomie. (BAUMANN. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, juin 1924.)

Les typhlocholécystiques chroniques. (DURAND et BINET. *Presse méd.*, 4 mars 1925, n° 18.) — Les auteurs désignent sous le nom de typhlocholécystite, les états morbides si fréquents en pathologie digestive qui associent le syndrome douloureux de la fosse iliaque droite et la cholécystite chronique. Il s'agit donc, au point de vue anatomopathologique, de la participation simultanée du cæcum et de la vésicule biliaire. Voici comment peuvent être envisagés les rapports morbides qui existent entre le foie et l'intestin :

1° Tantôt ce sont le foie ou les voies biliaires qui sont chef de file, les accidents intestinaux ne figurent que secondairement;

2° Tantôt il s'agit d'une affection intestinale primitive avec retentissement sur le foie ;

3° Dans un troisième groupe de faits, on se trouve en présence d'un état morbide hépato-intestinal, associant si étroitement l'état anatomo-pathologique du foie et de l'intestin qu'il est bien difficile de pouvoir établir la subordination de l'état d'un des viscères à la maladie de l'autre viscère. Leur interdépendance est si intime qu'il n'y a plus en définitive qu'une seule maladie, la typhlocholécystite, affection bipolaire à retentissement réciproque. Son évolution est chronique, traversée fréquemment par des poussées aiguës ou subaiguës

Vingt cas de résection du côlon droit pour stase cæcale.)DESMAREST et MERCIER. *Presse méd*,, nov. 1924, n° 94.)

Parasitisme intestinal et paludisme chronique. (DAVID et SÉGAL. *Presse méd.*. mars 1924.)

Un cas de mégacôlon énorme, d'origine congénitale. (BERGÉ, CHEVRIER et LEFÈVRE. *Soc. méd. des hôpit.*, 27 juin 1924.)

Mégacôlon par sténose rectale. (LARDENNOIS. *Soc. de chir.*, 7 mai 1924.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Traitement du diabète, par Marcel LABBÉ; professeur de pathologie générale à la Faculté de Paris, médecin de la Charité, Coll. de méd. et chir. prat. In-8 de 152 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Eaux minérales, leurs modes d'action, leur emploi, par Maurice PERRIN et Paul MATHIEU. Un vol. de 280 pages, 27 figures et 16 planches. — Prix : 9 fr. — Paris, Flammarion.

Pour être en règle avec la loi, par BOULAND. Un vol. de 67 pages. — Editions de la « Semaine dentaire », Etablissements Ash, Caplain Saint-André, 12, rue de Hanovre, Paris.

Les diverses modalités de la cuti-réaction à la tuberculine chez l'adulte. Intérêt diagnostique des réactions précoces, par le docteur H.-A. VIGNERON, interne des hôpitaux. Th. de Paris. — Paris, Legrand.

Traitement radiothérapique des affections gastriques, par le docteur Pierre OURY. Travail du service et du laboratoire de M. le docteur Bensaude. Thèse. — Paris, Le François.

Les Fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire, par le docteur Jean CAUSSIMON. Thèse. — Bordeaux, imprimerie de l'Université, 17, rue Poquelin-Molière.

Le tréparsol dans le traitement de l'amibiase. (FLANDIN. *Soc. méd. des hôpit.*, 21 nov. 1924.) — L'usage par voie buccale des arsénicaux a paru plus efficace au cours de l'amibiase que les injections intraveineuses. Le narsénol et le stovarsol ont été ainsi successivement employés. L'auteur vient d'expérimenter le tréparsol dans les mêmes conditions. Ce médicament présenterait les avantages suivants : teneur élevée en arsenic, son élimination régulière et lente, totale en trois jours et son activité. Il faut donner, en dehors des cures d'émétine, pendant quatre semaines les quatre premiers jours de chaque semaine, deux comprimés, matin et soir de 0g25 de tréparsol. Ce médicament semble devoir être l'agent thérapeutique de choix dans les dysenteries chroniques.

Le novarsénobenzol dans le traitement local des recto-colites ulcéreuses. (DURAND. *Soc. de thérapeut.*, 11 fév. 1925.)

Traitement de la colite ulcéreuse chronique par des irrigations du côlon sans opération préalable, à l'aide du tube intestinal introduit par la bouche. (EINHORN. *Presse méd.*, janv. 1925, n° 1.)

Action du stovarsol sur le parasitisme intestinal. (MARCHOUX.) — Le stovarsol guérit la dysenterie amibienne. S'il guérit certains cas de lambliose il les améliore tous; il détruit les blastocystis; il interrompt les indigestions et il guérit les diarrhées, les névralgies toxiques (lumbagos, sciatiques, névralgies intercostales) et il améliore les gingivités expulsives.

Pronostic et traitement des complications infectieuses locales du cancer du rectum. (DELORE et MALET-GUY. *Lyon méd.*, 23 nov. 1924, n° 47, t. 134.)

Dysenterie amibienne et cancer du rectum. (MARTIN et BROUSSE. *Presse therm. et climat.*, 1924.)

Les affections anales. (MOUTIER. *Bull. méd.*, janv. 1925, n° 3.)

QUESTION D'INTERNAT

CALCUL DU CHOLÉDOQUE[1]

Si donc il est fréquent de ne pas percevoir de vésicule biliaire, il est bien plus fréquent encore de déterminer, à l'extrémité antérieure de la Xe côte, par une pression douce, *une douleur vive* qui peut donner quelques nausées, douleur qui s'exagère encore quand le doigt, légèrement recourbé sous la face inférieure du cholécyste, subit l'abaissement inspiratoire du foie (signe de Murphy).

La constatation de cette douleur vésiculaire incite à rechercher :

3° LES AUTRES POINTS DOULOUREUX DES LITHIASIQUES. — Zone pancréatico-cholédocienne de Chauffard et Rivet.

Points juxta-costaux du phrénique.

Point du sterno-cléido-mastoïdien.

Point scapulo-apexien.

Points des dernières côtes et des dernières vertèbres dorsales.

4° CONTINUANT L'EXAMEN, on constatera :

Une rate normale; à l'auscultation du cœur, des souffles extracardiaques, si fréquents d'ailleurs chez les ictériques. Enfin, certains auteurs ont attiré l'attention sur la diminution du murmure vésiculaire à la base droite, qui peut s'expliquer par une légère parésie de l'hémidiaphragme.

D. **L'état général est manifestement atteint.** — Ces malades maigrissent rapidement; ils présentent une asthénie de plus en plus marquée, associée souvent à une dépression psychique prononcée. Cependant il est une constatation qui bientôt va s'imposer : c'est la persistance, pendant deux mois, trois mois, de tout le syndrome, sans une aggravation considérable des troubles généraux : l'évolution se prolonge sans qu'apparaisse une cachexie intense.

E. **Laboratoire.** — On demandera toujours l'aide précieuse des examens de laboratoire :

1° UNE RADIOGRAPHIE DE LA VÉCICULE BILIAIRE. — Et il est fréquent, lorsque l'opérateur suit une bonne technique, de déceler sur la plaque, dans la région qui correspond à la vésicule et aux voies biliaires, une ou plusieurs images opaques, circulaires, du volume d'un pois. Parfois l'image calculeuse revêt la forme d'un anneau. Enfin, on n'oubliera pas que certains calculs sont perméables aux rayons. Donc une épreuve radiologique positive peut rendre de précieux services. Mais on ne peut tirer aucune conclusion d'une épreuve radiologique négative.

2° LE TUBAGE DUODÉNAL, par la sonde d'Einhorn, entre de plus en plus dans la pratique; c'est qu'il permet d'aller explorer directement le carrefour duodéno-bilio-pancréatique et donne souvent des renseignements précieux. On recherchera dans le suc duodénal prélevé par tubage la présence et l'activité des ferments pancréatiques. En pratique, c'est la recherche et le dosage de la lipase qui fournit les renseignements les meilleurs.

Parmi les procédés de dosage courant, on choisira, soit le procédé de Carnot et Mauban, soit la méthode de Bondi.

Or, la conclusion de l'examen du suc duodénal dans l'obstruction calculeuse du cholédoque se traduit ainsi :

Rétention biliaire sans rétention pancréatique.

Il faut dire d'ailleurs que cette formule indique simplement *compression des voies biliaires* et qu'il y a de fortes probabilités contre le cancer de la tête du pancréas.

3° L'ÉTUDE DE LA DIGESTION DES GRAISSES par l'examen des selles et l'épreuve des hémoconies.

a. *Examen des selles.* — *Chimique*, le coefficient d'utilisation des graisses atteint 40 à 60 p. 100. C'est le taux habituel, dans le déficit biliaire seul.

Microscopique. — On constate :

D'une part, des gouttelettes de graisse neutre, mais aussi des cristaux d'acides gras et de savons;

D'autre part, quelques rares fibres musculaires dans lesquelles on ne retrouve ni striation, ni noyaux.

b. L'*épreuve des hémoconies* est négative; elle permet de conclure, elle aussi, à la rétention biliaire.

EVOLUTION

Elle se prolonge sans que l'amaigrissement soit aussi marqué que dans les cancers.

Parfois, sous l'action du seul traitement médical, le calcul est chassé dans l'intestin. Bien souvent c'est la thérapeutique chirurgicale qui rétablit le cours naturel de la bile.

Enfin, si l'intervention n'est pas pratiquée, l'état général déclinera progressivement, et des complications hépato-pancréatiques pourront apparaître, assombrissant considérablement le pronostic.

COMPLICATIONS

1° **COMPLICATIONS HÉPATIQUES.** — **a. Complication chronique** : représentée par la CIRRHOSE CALCULEUSE. Elle se traduit :

Par l'*hépatomégalie* : la limite inférieure du foie déborde le rebord costal de trois à quatre travers de doigt; l'*atrophie* peut survenir secondairement.

Par *l'hypertrophie splénique*, dont la zone percutable s'agrandit. On arrive parfois à palper le pôle inférieur de la rate dans le décubitus latéral droit.

Par *l'apparition d'une circulation collatérale* plus ou moins nette et *d'une légère ascite* qu'on dépistera en position latérale ou genu-pectorale.

Simultanément, il n'est pas rare d'observer une diminution de l'ictère ne s'accompagnant pas de recoloration des matières. Tous ces signes traduisent donc une atteinte manifeste de la cellule hépatique et assombrissent le pronostic opératoire. *(A suivre.)*

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 60, p. 986.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — INTERNES LECTEURS. — *Anatomie.* — Titulaires : MM. Weill (Robert) et Georges (Paul) ; suppléants : MM. Mer et Chevereau (André).

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de médecins des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Piéchaud et Leuret.

— Le concours pour l'attribution de la médaille d'or (chirurgie) s'est terminé par la nomination de M. Robert Dufour, avec faculté de faire une cinquième année d'internat.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Sébileau (de Paris).

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Le Mée, Bensaude, Devraigne, Küss, Lortat-Jacob et Toulouse (de Paris).

M. Devaux, directeur de la maison d'hydrothérapie et de convalescence du parc de Neuilly.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Eissen (de Bordeaux), Issaurat (de Paris), Labarrière (d'Amiens), Layral (de Saint-Etienne), Mahon (des Landes), Bonnemaison (de Paris), Butzbach (de Belfort), Delrat (de Paris), Dubois (de la Rochelle), Frèche (de Bordeaux), Gardé (de Neuilly-sur-Seine), Pascalis, Pelisse et Riquoir (de Paris), Weill (de Versailles). (*J. O.*, 4 août 1925.)

MINISTÈRE DU COMMERCE. — *Au grade de commandeur.* — M. le professeur Sartory (de Strasbourg).

Au grade d'officier. — M. Castanet, vice-président de la Chambre syndicale des fabricants de produits pharmaceutiques.

M. René Lisbonne, éditeur à Paris.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Voronoff.

M. Plisson, fabricant d'instruments de chirurgie, à Paris.

CERTIFICAT ET DIPLÔME D'HYGIÈNE DE L'UNIVERSITÉ DE LYON. — Depuis 1905 est donné à Lyon l'enseignement de perfectionnement, organisé par Jules Courmont, pour l'obtention du certificat d'hygiène destiné aux hygiénistes spécialisés.

Depuis 1920, cet enseignement a été remanié et étendu en vue des deux certificats : microbiologie appliquée à l'hygiène et hygiène ; et enfin du diplôme d'hygiène.

Cet enseignement a été suivi en 1925, à la Faculté de médecine de Lyon, par 30 élèves.

La session d'examens a donné les résultats suivants :

1° *Certificat de microbiologie appliquée à l'hygiène.* — 25 candidats reçus : 3 avec très bien; 9 avec bien; 9 avec assez bien; 4 avec passable.

2° *Certificat d'hygiène.* — 27 candidats reçus : 5 avec très bien; 7 avec bien; 9 avec assez bien; 6 avec passable.

3° *Diplôme d'hygiène.* — Epreuves orales, écrites et pratiques.

Jury : MM. Courmont (professeur d'hygiène), Commandeur (professeur d'accouchement), Rochaix (professeur agrégé d'hygiène), Pic (professeur à la Faculté de droit).

21 candidats ont été reçus : M. Collignon, avec très bien; MM. Noyer, Meidinger, Cavaillès, Sauzet, Dosdat, avec bien ; MM. Théobalt, Matinier, Sempé, Courrier, Giraud, Poty, Guerriero, Fouquet, Lainé, Carrat, Forsat, Porte, avec assez bien ; MM. Osman, Dupré, Mighalli, avec passable.

SANATORIUMS PUBLICS. — Le délai de cinq ans prévu à l'article 35 du décret du 10 août 1920, relatif à la nomination des médecins directeurs des sanatoriums publics, est porté à sept ans. (*J. O.*, 5 août 1925.)

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 27 juillet 1925, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Lettre d'éloges officiels (délivrée après dix années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Baudson (de Gonesse), Garasse et Perlis (d'Aulnay-sous-Bois), Catat (de Suresnes), Waitz (de Bagnolet).

2e légion : MM. Lavoine (de Boves), Billet (de Domart-en-Ponthieu).

3e légion : MM. Beaugeols (de Saint-Valéry-en-Caux), Dumont (de Cormeilles), Beix (de Bourgtheroulde).

4e légion : M. Deniau (de Toury).
5e légion : MM. Hue (de Vierzon), Besançon (de Prémery).
6e légion : M. Henry (de Sainte-Menehould).
7e légion : MM. Platey (de Moncley), Delacour (de Clerval), Savouret (de Chaumont), Decœur (de Saint-Amour).
8e légion : MM. Privey (de Tournus), Guyard (de Bléneau), Duhamel (de Plancy).
9e légion : M. Garban (de Cluis).
10e légion : MM. Hamon (de Saint-Nicolas-du-Pélem), Tuloup (de Saint-Malo), Bellouard et Gascon (de Redon).
11e légion : MM. Yvernogeau (de Niort-sur-Erdre), Coader (de Hennebont), Renoul (du Loroux-Bottereau).
12e légion : M. Renault (de Saint-Sulpice-les-Feuilles).
13e légion : MM. Verrier (de Chevagnes), Besson (de Chaudesaigues), Fayolle (de Randan).
14e légion : M. Gailly (de Romans).
14e légion *bis* : M. Lapiné (d'Annemasse).
15e légion : MM. Duplan (de Vézenobres), Serre (de Saint-Mamert), Barin (de Sommières).
16e légion : MM. Astruc (de la Terrisse), Alzieu (de Servian), Goiny (de Pignan), Tassin (de Capestang).
16e légion *bis* : M. Noyer (de Rabastens).
18e légion : MM. Gentilhe (de Biarritz), Rousset (d'Ispoure), Cabé (de Montfort), Castéra (de Hagetmau), Ducasse (de Mugron).
19e légion : MM. Bouchut (de Lourmel), Vincent (de Saint-Cloud), Raynaud (de Cassaigne).
20e légion : MM. Stevenel (de Raon-l'Etape), Ganiez (de Darney).
Compagnie de Tunisie : M. Marini (de Sousse).
Réunion : M. Manès (d'Hell-Bourg).

Médaille de bronze (délivrée après quinze années de soins gratuits). — Légion de Paris : MM. Julia (de Paris), Chazet (de Bois-Colombes), Guertin (de Chatou), Lavallée (de Montfermeil), Hennon (de Pontchartrain), Gratiot (de la Ferté-sous-Jouarre), Battesti (de la Chapelle-la-Reine), Vicq (de Longjumeau), Cuche (de Meulan), Regnard (de Neuilly-sur-Marne).
1re légion : MM. Richez (de Berck-sur-Mer), Herbay (d'Auchy-les-Hesdin).
2e légion : MM. Gossart (de Ribécourt), Castri (d'Ault), Lheureux (d'Airaines), Bernard (de Nesle). (*A suivre.*)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — COURS SUPÉRIEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Sous la direction du professeur G. Roussy avec la collaboration de MM. les professeurs Jolly et Nageotte (du Collège de France), Grynfeltt (de Montpellier), Lecène (de Paris), Masson (de Strasbourg), Policard (de Lyon), Sabrazes (de Bordeaux); Ameuille (de Paris), Cornil (de Nancy), Fiessinger, Gougerot, de Jong, Leri, Lhermitte et Renaud (de Paris), agrégés ou médecins des hôpitaux; Durante, Leroux et Moutier (de Paris), Oberling (de Strasbourg), chefs des travaux ou chefs de laboratoire.

Ce cours commencera le lundi 5 octobre au laboratoire d'anatomie pathologique à 15 heures et se poursuivra tous les jours, sauf le samedi, suivant le programme ci-dessous. Il comprendra deux parties :

1° Un exposé théorique, avec projections diascopiques et épiscopiques, portant sur un sujet d'actualité anatomo-pathologique qui sera exposé par un conférencier particulièrement au courant de la question;

2° Des démonstrations pratiques avec exercices de diagnostic anatomo-pathologique qui seront faites par les préparateurs d'anatomie pathologique MM. Grandclaude et Huguenin.

Programme. — Lundi 5 octobre. M. Roussy : Introduction à l'étude de l'inflammation. — Mardi 6 octobre. M. Ameuille : Les formes anatomiques de la tuberculose pulmonaire. — Mercredi 7 octobre. M. S. I. de Jong : Notions actuelles sur la syphilis pulmonaire. — Jeudi 8 octobre. M. Fiessinger : Les dégénérescences de la cellule hépatique. — Vendredi 9 octobre. M. Masson : L'appendicite neurogène. — Lundi 12 octobre. M. Moutier : Les étapes infectieuses de l'ulcère gastrique. — Mardi 13 octobre. M. Leroux : Les métaplasies. — Mercredi 14 octobre. M. Lhermitte : Les acquisitions nouvelles sur l'encéphalite épidémique. — Jeudi 15 octobre. M. Leri : Sur quelques maladies osseuses hypertrophiques (maladie de Paget, de Recklinghausen, leontiasis ossea). — Vendredi 16 octobre. M. Renaud : Les endocardites. — Lundi 19 octobre. M. Oberling : Les grandes formes anatomiques des néphrites. — Mardi 20 octobre. M. Lecène : Dépôts lipoïdiques sous-muqueux dans certaines infections chroniques (vésicule biliaire, trompe utérine). — Mercredi 21 octobre. M. Policard : Faits fondamentaux de l'histo-pathologie du système osseux. — Jeudi 22 octobre. M. Gougerot : Des mycoses. — Vendredi 23 octobre. M. Nageotte : De la substance conjonctive. — Lundi 26 octobre. M. Sabrazès : Le sang dans les leucémies chroniques traitées par la radiothérapie. — Mardi 27 octobre. M. Jolly : Mécanisme d'action des radiations sur le tissu lymphoïde. — Mercredi 28 octobre. M. Grynfeltt : La névroglie et ses réactions au cours de certains états pathologiques. — Jeudi 29 octobre. M. Durante : Dystrophies osseuses congénitales. — Vendredi 30 octobre. M. Cornil : Les scléroses.

Les conférences théoriques sont publiques. Les démonstrations et exercices pratiques sont réservés aux auditeurs régulièrement inscrits.

Il sera, en outre, organisé pour les auditeurs venus de province ou de l'étranger des visites dans différents services ou laboratoires parisiens; elles auront lieu le matin.

Les auditeurs inscrits faisant preuve d'assiduité auront droit à un diplôme.

Le droit à verser est de 150 francs. Le nombre des auditeurs est limité.

Seront admis : les docteurs français et étrangers, les étudiants ayant terminé leur scolarité, immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. MM. les étudiants devront produire, en outre, la carte d'immatriculation.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis à partir du 1er août 1925.

Les inscriptions peuvent se faire par correspondance au docteur Leroux, 21, rue de l'Ecole-de-Médecine (Paris).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Louis de Forcand de Coiselet (à Coiselet, Ain); Laguelouze (de Colombes); Marchand, président du Bureau des constatations médicales de Lourdes; Ernest Pouillaude, médecin-inspecteur, décédé à Saint-Cyr-sur-Loire); Sourd (de Bourgoin).

NOTES DE PRATIQUE

PRÉTUBERCULOSE

Reminéralisation par le phosphate tricalcique (3 cachets de 1 gramme pro die). Médication d'épargne par l'huile de foie de morue.

Antisepsie broncho-pulmonaire par les inhalations d'eucalyptol et d'iodure d'allyle.

Par-dessus tout, se souvenir de cet aphorisme du professeur Robin : « Un prédisposé, qui mange et digère bien, guérit sûrement », d'où l'indication capitale de la médication apéritive : Vanadarsine (v à x gouttes dans un peu d'eau ou de boisson, avant chacun des deux principaux repas).



ANÉMIES
CACHEXIES
HÉMOGLOBINE
FER
VITALISE
OXYDASES
DU SANG
DESCHIENS
GROSSESSE
CONVALESCENCES

REVUE GÉNÉRALE

LES COMPLICATIONS CERVICALES D'ORIGINE OTIQUE

Par le docteur J. PARROCEL,
Chef de clinique à l'Ecole de médecine de Marseille.

Introduction. — S'il est évident qu'en présence d'une suppuration cervicale de nature peu précise, l'auriste examinera d'un geste réflexe l'oreille de son malade, il n'en est pas de même du médecin ou du chirurgien, surtout si l'othorrée est peu abondante, si le malade ne souffre pas ; le médecin sera égaré, traitera la collection cervicale et négligera les lésions auriculaires, cause de tout le mal, il s'ensuivra qu'il aura fait un traitement incomplet et la collection cervicale risquera de se fistuliser, il en fut ainsi dans le cas si souvent cité de Luc. Aussi croyons-nous utile de passer en revue les différentes formes de collections cervicales que peuvent occasionner les suppurations otiques ; nous décrirons évidemment les formes normales, mais nous insisterons aussi sur les formes anormales de façon qu'en présence, par exemple, d'une collection pharingée le médecin pense à la possibilité d'une suppuration d'origine auriculaire.

D'ailleurs, depuis ces dernières années, ont paru de nombreux travaux sur le sujet qui nous occupe, travaux d'école différente très intéressants qu'il nous a paru utile de grouper en un tout pour les médecins et chirurgiens non spécialisés.

Dans cette revue générale, nous étudierons surtout les complications cervicales des otites moyennes, de beaucoup les plus intéressantes, et parmi ces dernières nous aurons surtout en vue celles qui ont pour cause une propagation directe du pus de l'oreille dans le cou. Nous laisserons délibérément de côté les complications cervicales consécutives à une thrombo-phlébite sinuso-jugulaire.

Historique. — Bezold en 1881 a été un des premiers à attirer l'attention des otologistes sur cette complication des otites. Les excellents travaux de Collinet et de Quervain en 1896 mettent la question au point. Luc dans son traité insiste surtout sur la forme déjà décrite par Bezold. Calamida en 1910 fait à la Société italienne d'otologie un rapport sur ce sujet. Il faut citer les travaux de Mouret sur les mastoïdites postéro-inférieures et jugodigastriques, de Moure sur les mastoïdites postérieures, de Jacques sur les abcès latéro et rétro-pharyngiens d'origine otique, de Citelli sur les abcès extra-duraux se vidant dans le cou.

Pour la rédaction de cet article nous avons fait de larges emprunts aux travaux de Collinet, Mouret, Moure et Jacques.

Etiologie. — Le rôle de l'oreille externe est insignifiant, seul le rôle de l'oreille moyenne est important, et les mastoïdites tout particulièrement jouent un rôle prépondérant comme cause des suppurations qui nous occupent.

Peu ou prou, l'infection tympano-centrale est à l'origine du mal : l'otite peut être guérie, les phénomènes auriculaires et mastoïdiens oubliés; si en général il n'en est pas ainsi, c'est là une éventualité qu'il faut avoir présente à l'esprit en présence d'une collection cervicale de nature indéterminée.

Normalement les complications cervicales surviennent au cours des mastoïdites aiguës et surtout subaiguës (Luc, Collinet) avec écoulement abondant de pus par l'oreille.

Les classiques nous enseignent que c'est une complication plus fréquente chez l'homme que chez la femme, rare dans le jeune âge, augmentant de fréquence avec l'âge, complication qui se rencontre plus volontiers chez les déprimés, les alcooliques, les débiles quelle qu'en soit la cause. On a essayé de faire jouer un rôle aux microbes (anaérobies), mais ici, comme dans toutes les otites et leurs complications, l'examen bactériologique montre que les différentes sortes de microbes y sont rencontrées, en général l'infection est polymicrobienne.

Sur 365 mastoïdites subaiguës ou chroniques qui ont été trépanées dans le service de notre maître, le professeur Brémond, à l'Hôtel-Dieu de 1920 à 1924, nous avons noté 14 cas de complications cervicales, tous consécutifs à une otite moyenne, et tous chez des hommes. Sur ces 14 cas un seul est consécutif à une otite moyenne chronique, 3 à une mastoïdite aiguë, les dix autres cas sont dus à des mastoïdites subaiguës, ce qui nous montre que les complications cervicales sont toujours dues à une otite moyenne, mais que c'est là une complication assez rare puisque nous l'avons seulement rencontrée dans 3,13 pour 100 des cas de suppuration auriculaire nécessitant une trépanation.

Notre statistique confirme les données classiques, puisqu'elle montre que ces complications sont beaucoup plus fréquentes chez l'homme (dans notre statistique, pas une seule femme), qu'elles se rencontrent de préférence au cours des mastoïdites subaiguës (10 sur 14) et qu'elles sont rares dans le jeune âge ; dans un seul cas, le malade avait moins de vingt ans (dix-neuf ans), sur nos 14 cas, 8 cas ont été trouvés chez des hommes ayant dépassé quarante ans et 6 cas chez des individus dont l'âge allait de dix-neuf à quarante ans.

Pathogénie. — Classiquement, on reconnaît que l'infection partie de l'oreille peut suivre trois voies pour se propager au cou.

La voie lymphatique ;
La voie veineuse ;
Par propagation directe.

Mais il faut savoir que la seule voie vraiment importante est la dernière, puisque dans notre travail nous laissons de côté la voie veineuse.

I. Voie lymphatique. — La voie lymphatique est en effet de minime importance, et comme le faisait très justement remarquer Sebileau au dernier Congrès international d'Otologie, il doit se passer dans les collections cervicales d'origine otique les mêmes phénomènes que dans les suppurations dentaires, et pour Sebileau les différentes sortes d'abcès cervicaux sont la plupart des ostéophlegmons. Dans notre modeste statistique nous n'avons trouvé que des ostéophlegmons mastoïdiens et non des adénophlegmons.

Cependant, il faut reconnaître que les lymphatiques offrent une voie que l'infection peut suivre, et qui, pour Calamida, est même une voie importante qui donna lieu à des abcès rétro et latéro-pharyngien ou bien à des adéno-phlegmons sous stermo-mastoïdien.

II. Voie veineuse. — Voie incontestablement de première importance mais que nous ne faisons que

mentionner. Les suppurations cervicales d'origine veineuse sont consécutives à des thrombo-phlébites sinuso-jugulaires, on a alors un véritable phlegmon périveineux par périphlébite et envahissement ganglionnaire.

Par voie veineuse on peut observer des abcès cervicaux métastatiques.

III. **Abcès par propagation directe.** — Le pus de l'antre peut pour des raisons pathologiques ne pas se vider par la caisse et fuser dans la mastoïde. Toute cause de rétention du pus, qu'elle siège dans le conduit auditif, dans la caisse ou l'aditus, favorisera la diffusion de l'infection en transformant la mastoïde en cavité close. Dans d'autres cas ce n'est pas la rétention de pus qui est cause de la perforation de la mastoïde, mais simplement la progression du centre à la périphérie de l'infection mastoïdienne, la diffusion de l'ostéite. Enfin la virulence de l'agent microbien en cause joue là comme partout un rôle prépondérant, il en est de même pour la diminution de la résistance du sujet à l'infection.

A côté de ces causes pathologiques existent des causes anatomiques de toute première importance : Tout d'abord le pus peut fuser dans le cou par une déhiscence congénitale de la suture pétro et mastoïdo-squameuse, c'est chose rare.

Normalement l'infection partie de l'antre se propage aux cellules périantrales, plus ces cellules sont abondantes, plus l'infection se propage facilement, car les cloisons intercellulaires sont alors très minces. Donc, seules, les mastoïdes pneumatiques des vieillards et des adultes favoriseront grandement la diffusion de l'ostéite et du pus vers le cou. Et parmi les mastoïdes pneumatiques sont tout particulièrement appelées à faire des complications cervicales celles qui ont des cellules sous-antrales très développées (cellules en cuvette de Lermoyez), cellules qui par leur situation en contre-bas favorisent la stagnation du pus, qui aura tendance à se vider dans le cou soit au niveau de la pointe, soit surtout au niveau de la paroi interne exo-cranienne de la mastoïde (triangle apical de Mouret), éventualité qui se produira si la corticale externe est épaisse, alors que la corticale interne est mince ou déhiscente. Le pus peut gagner les cellules occipito-jugulaires et se faire jour au fond de la rainure digastrique au niveau du triangle jugo-digastrique. Il peut aussi envahir les cellules de la lamelle occipitale et faire irruption dans le cou au niveau de la zone décrite par Dun.

Le pus, au lieu de gagner les cellules sous-antrales, peut se propager de l'antre à la pointe du rocher par les cellules périlabyrinthiques et venir s'extérioriser au niveau du trou déchiré antérieur pour de là fuser dans le pharynx.

Les lésions mastoïdiennes peuvent s'étendre vers l'endocrane et occasionner un abcès extra-dural et surtout péri-sinusal, qui, à son tour, peut se vider dans le cou soit par la suture occipito-mastoïdienne soit en suivant le trajet de la veine mastoïdienne.

Nous venons de citer les principales voies que suit le pus venant de l'antre pour s'extérioriser dans le cou, d'une façon tout à fait rare et anormale le pus peut fuser dans la région cervicale par une des nouvelles voies suivantes :

1° La suppuration des cellules de la portion écailleuse temporale de l'apophyse zygomatique peut donner un abcès de la fosse temporale avec propagation au cou (très rare);

2° Par la scissure de Glaser ; une déhiscence peut faire communiquer la caisse tympanique et le sommet de la fosse rétro-maxillaire. Le pus se propagera soit dans la loge parotidienne, soit à l'articulation temporo-maxillaire, soit à la partie latérale du pharynx, soit sous la muqueuse buccale;

3° Par vice de développement de l'os tympanal : la lèvre externe de l'os tympanal se développe par deux points d'ossification, un antérieur et un postérieur, qui circonscrivent en dehors du tympan un grand trou qui se comble vers trois ou quatre ans, mais qui peut persister;

4° Par le canal carotidien : étant donné les rapports qui existent entre le plancher de la caisse et ce canal ;

5° Par le golfe de la jugulaire;

6° Par le canal de Fallope ; c'est une voie admissible mais exceptionnelle;

7° Par propagation des lésions par la trompe d'Eustache jusqu'à la paroi latérale du pharynx ou dans l'épaisseur du voile en suivant les tissus péri-salpingiens;

8° Par propagation d'un abcès extra-dural dans le cou, c'est l'abcès de Citelli. La propagation peut se faire par les canaux mastoïdiens, parastylomastoïdiens, la partie basale temporo-occipitale, par les trous ovales, grand rond, occipital, déchiré antérieur et postérieur.

Rarement le pus suivra ces voies anormales et nous avons vu que le plus souvent le pus perfore la mastoïde au niveau de la zone postéro-inférieure. Maintenant que l'abcès sous-mastoïdien s'est constitué, voyons quel trajet suivra le pus.

Il faut tout d'abord rappeler l'expérience de Bezold qui a montré, en 1881, qu'une injection poussée au niveau de l'inscissure (canal pétro-mastoïdien) fuse au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien, le long du ventre postérieur du digastrique, et en arrière en suivant l'artère occipitale donne trois couches : Une superficielle entre le trapèze et le splénius, une deuxième entre le splénius et le grand complexus, une troisième entre le complexus et les muscles courts du cou.

Ce que les expériences de Bezold ont montré, la clinique le prouve chaque jour et cela s'explique par la conformation de l'espace cellulaire sous-mastoïdien dont la limite externe, représentée par des muscles puissants (sterno, splénius, trapèze) et leurs aponévroses, offre une barrière résistante au pus, qui se trouve ainsi séparé du tissu cellulaire sous-cutané par cette épaisse couche musculaire. C'est cette disposition anatomique qui explique en grande partie l'allure clinique des mastoïdites de Bezold.

Par contre cet espace cellulaire n'a pas de limite précise en arrière, le pus peut donc facilement y fuser : il y sera même guidé par la veine mastoïdienne qui va former la jugulaire postérieure, et par l'artère occipitale qui d'ailleurs peut aussi diriger le pus en avant dans la gaine des gros vaisseaux.

A sa partie antérieure l'espace sous-mastoïdien est limité en allant de dehors en dedans par l'aponévrose parotidienne postérieure, l'apophyse styloïde et ses muscles, par la gaine des gros vaisseaux et tout à fait à la partie supérieure par le muscle droit latéral renforcé en avant par une aponévrose. Cette barrière antérieure quoique résistante offre des voies préformées au pus qui peut suivre le digastrique pour fuser dans la région sous-maxillaire, le grand hypoglosse et le glosso-pharyngien pour aller dans la région cervicale antérieure et latéro-

pharyngée, le stylo-pharyngien pour se diriger vers le pharynx.

En dedans la loge des scalènes avec leurs aponévroses et l'adhérence de l'aponévrose cervicale moyenne aux apophyses transverses des vertèbres empêchent en général le pus de fuser contre le squelette vertébral.

En bas le pus ne dépasse presque jamais la région sus-claviculaire, il se trouve arrêté à ce niveau par l'adhérence de l'aponévrose cervicale moyenne à la clavicule et par les feuillets aponévrotiques qu'elle envoie au tronc brachio-céphalique et à la colonne vertébrale. D'ailleurs la majorité des collections reste cantonnée au tiers supérieur du sterno-mastoïdien et dépasse très rarement l'omohyoïdien qui nous semble devoir jouer par sa gaine un certain rôle pour empêcher le pus de fuser vers la région sus-claviculaire.

En résumé, la collection cervicale reste en général cantonnée à la région du sterno, pouvant facilement s'étendre en arrière dans la zone rétro-sterno-mastoïdienne en dessous de l'aponévrose inter-trapézo-sterno-mastoïdienne et du trapèze ou encore dans la nuque; beaucoup plus difficilement le pus gagnera la région antérieure du cou et la région parasquelettique.

Cependant, il ne faut pas oublier l'importance des lymphatiques, qui suivent en général les vaisseaux veineux, et qui ouvrent des nouvelles voies d'expansion au processus infectieux, qui peut s'étendre ainsi aux différentes régions cervicales (sous-sterno-mastoïdiennes, carotidiennes, sus-claviculaires, etc.)

Symptômes. — Après avoir rapidement passé sur les abcès d'origine lymphatique et veineuse, nous nous étendrons surtout sur les abcès par propagation directe.

I. **Abcès par voie lymphatique**. — Ils sont presque tous consécutifs à des lésions du conduit auditif, furoncles du conduit ou otite externe, ou à des abcès ganglionnaires superficiels situés en avant du tragus ou au niveau des ganglions mastoïdiens.

Des lésions de l'oreille externe peuvent donner un engorgement des ganglions parotidiens ou de ceux situés un peu plus bas sous le sterno-mastoïdien, ganglions qui peuvent arriver à suppurer. La suppuration des ganglions cervicaux profonds de la gaine des vaisseaux est rare.

II. **Abcès d'origine veineuse**. — 1° Abcès par phlébite de la jugulaire. — Ce qui domine ici, c'est la gravité des phénomènes généraux : céphalée, fièvre, frisson.

Localement, on constate une infiltration des tissus sous-mastoïdiens, le trajet de la jugulaire est douloureux à la palpation. On note des douleurs et des phénomènes paralytiques au niveau des nerfs environnants : X, IX, XII, et grand sympathique. Si le malade n'est pas emporté par la septicémie, on peut avoir un phlegmon périveineux donnant une collection cervicale suppurée.

2° Suppuration par phlébite mastoïdienne. — La phlébite de l'émissaire est en général consécutive à une phlébite du sinus latéral. On note de la douleur et parfois de l'œdème au niveau du trou mastoïdien, en plus des mêmes phénomènes généraux que dans la forme précédente. Si la phlébite de la veine mastoïdienne aboutit au stade de phlegmon périveineux, on aura une collection suppurée de la région latérale de la nuque.

3° Abcès métastasiques. — Ils se produisent à la suite de pyémie, d'origine auriculaire avec ou sans thrombus du sinus et de la jugulaire. Leur siège de prédilection est l'articulation sternoclaviculaire.

III. **Abcès par propagation directe**. — Nous diviserons ces abcès cervicaux en abcès superficiels, profonds et parasquelettiques. Lorsque l'abcès est en dehors du sterno et de sa gaine, c'est l'abcès superficiel; lorsqu'il se trouve en dedans du feuillet profond de l'aponévrose superficielle et en dehors de l'aponévrose profonde, c'est l'abcès profond; les abcès parasquelettiques sont ceux situés, comme leur nom l'indique, contre la colonne vertébrale en dedans de l'aponévrose profonde.

Si schématiquement il est commode de faire cette division, il faut savoir que cliniquement il n'est pas toujours aisé de pouvoir reconnaître à quelle sorte de variétés d'abcès on a affaire. Les barrières anatomiques, que nous avons décrites tantôt, sont facilement franchies par le pus et même à l'intervention il est parfois difficile de reconnaître les limites exactes des lésions. Cependant on peut dire que les abcès profonds sont assez fréquents, tandis que les abcès superficiels et parasquelettiques sont rares; et que tous trois ont des symptômes généraux à peu près semblables ainsi que certains signes physiques :

Ces complications sont l'apanage de l'âge adulte. La douleur subjective est de minime importance; ce qui gêne surtout le malade c'est le torticolis, le patient immobilise sa tête en arrière avec rotation vers le côté atteint; la fièvre est nulle ou peu élevée (dans les environs de 38); l'état général demeure d'habitude peu altéré.

A l'examen, on constate : un écoulement d'oreille abondant, profus, si aucune oblitération siégeant dans l'aditus, la caisse ou le conduit auditif ne gêne son extériorisation. On note de l'empâtement de la pointe de la mastoïde, que l'on n'arrive plus à délimiter, elle est englobée de toutes parts par une infiltration dure qui ne descend que très rarement au-dessous du tiers supérieur ou moyen du cou. Il ne faut pas s'attendre à trouver une énorme collection avec tous les signes des abcès chauds et surtout la fluctuation. En effet, on note seulement un peu de rougeur et de chaleur au niveau de cet empâtement; la fluctuation n'existe jamais tant que l'abcès est profond, puisqu'il siège au-dessous d'une épaisse couche musculo-aponévrotique. A la palpation, on trouve que la région sous-mastoïdienne est douloureuse, mais la douleur est surtout marquée au niveau de la pointe et du bord postérieur de la mastoïde. En pressant sur l'empâtement cervical, on peut faire sourdre le pus par le conduit auditif, ce qui pour Luc, Collinet et d'autres auteurs est un signe fréquent et pathognomonique, pour Moure, ce signe se rencontre rarement et perd donc pour lui son importance.

En résumé, on peut dire que ce qui domine dans la symptomatologie de ces complications cervicales otiques, c'est le peu d'acuité des symptômes, leur allure subaiguë, leur évolution lente, parfois même sournoise.

Abcès superficiels. — Ils sont rares. Ils peuvent résulter soit d'une suppuration des ganglions mastoïdiens, soit d'une périostite primitive ou se-

condaire de la région mastoïdienne; plus rarement ces abcès sont le résultat d'une suppuration profonde qui a tendance à se faire jour vers l'extérieur.

Abcès profonds. — Nous diviserons ces abcès en trois variétés : selon que le pus se trouve au niveau du sterno-cléido-mastoïdien en avant, ou en arrière de ce muscle. C'est là une division pratique mais qui ne répond pas toujours à la clinique, car ces loges ne sont pas étanches, et la suppuration peut s'étendre d'une loge à l'autre ou encore les envahir toutes à la fois.

a. Abcès médians. — Ils répondent à la région du sterno-cléido-mastoïdien.

1° *Abcès de la gaine du sterno-mastoïdien.* — Ils résultent en général de la suppuration des cellules de la pointe occasionnant une ostéo-périostite soit de la face externe de cette apophyse, soit de la pointe, soit même de la face interne. En général, ces collections ne descendent pas jusqu'à la partie inférieure du sterno; elles s'arrêtent à moitié ou au tiers inférieur du muscle.

Le muscle prend un aspect fusiforme, dur, rénitent au début; si on laisse évoluer, la fluctuation peut apparaître. La fièvre est le plus souvent absente, le torticolis est toujours très marqué.

2° *Abcès sous-sterno-mastoïdiens profonds.* — Ces abcès, compris entre la gaine des vaisseaux et la face profonde du sterno-mastoïdien, résultent le plus souvent de la propagation du pus des abcès postérieurs à cette région, soit par l'intermédiaire du digastrique, soit par l'intermédiaire de l'artère occipitale.

Les signes généraux sont toujours les mêmes; le torticolis est toujours très prononcé, le pus peut comprimer les nerfs voisins : sympatique, spinal, glosso-pharyngien, pneumogastrique, hypoglosse, donnant le syndrome du trou déchiré postérieur de Vernet.

La tuméfaction cervicale est dure, diffuse, très douloureuse à la palpation; la fluctuation n'apparaît que tardivement, seulement lorsque le pus a fusé en avant ou en arrière du sterno-mastoïdien.

Dans cette forme d'abcès, on note en général une altération d'une grosse cellule de la pointe (cellule en cuvette de Lermoyez), on a noté parfois aussi une altération de l'os au niveau de la fossette digastrique ou une ostéo-périostite de la face interne de l'apophyse mastoïde.

3° *Mastoïdite jugo-digastrique de Mouret.* — « C'est une ostéo-périostite du triangle digastrique de la face inférieure de la mastoïde, pouvant s'étendre à l'apophyse jugulaire de l'occipital et ayant pour origine une otite moyenne » (Mouret). Les symptômes généraux n'ont rien de particulier. L'ostéo-périostite se manifeste tout d'abord par un abcès lardacé ganglionnaire : on note de l'œdème dû à l'infiltration des divers tissus constituant la région sous-mastoïdienne; cet abcès ganglionnaire peut suppurer. D'après Mouret, il ne faut pas confondre cet abcès ganglionnaire avec l'abcès ossifluent qui est toujours de très petit volume, la suppuration étant bridée par les insertions du digastrique. Les signes locaux ont un caractère constant, ils sont sous-mastoïdiens, que ce soit la rougeur, le gonflement ou la douleur.

b. Abcès antérieurs. — Entrent dans cette catégorie, ceux qui se trouvent en avant du sterno-mastoïdien.

1° *Abcès rétro-maxillaires.* — La perforation siège au niveau de la pointe ou le plus souvent au niveau de la rainure digastrique. Le pus suit le bord antérieur du muscle digastrique pour se diriger en avant jusqu'au niveau parfois de la région sous-maxillaire et sous-mentonnière et même dans le pharynx et le larynx.

Ces abcès sont faciles à confondre avec les abcès de la partie supérieure de la gaine du sterno. Ils sont différents des abcès de la loge parotidienne, qui en général résultent d'une suppuration des ganglions ou d'une migration directe du pus par la scissure de Glaser ou par la face antéro-inférieure du conduit auditif. En effet, d'habitude les abcès rétro-maxillaires, contrairement aux suppurations parotidiennes, refoulent l'enveloppe fibreuse de la glande et la respectent.

Le gonflement est situé entre le sterno-mastoïdien et le bord postérieur du maxillaire; la peau devient rarement rouge; la fluctuation est très rare.

2° *Abcès sous-maxillaires.* — Ils sont rares quoiqu'il semblerait que la gaine du digastrique devrait facilement y conduire le pus.

c. Abcès postérieurs. — Ils sont situés en arrière du sterno-cléido-mastoïdien.

C'est l'abcès sous-rétro-mastoïdien de Collinet, l'abcès sous-mastoïdien de de Quervain, la forme postérieure de Moure, la mastoïdite postéro-inférieure de Mouret. C'est aussi la forme décrite, primitivement par Bezold, la perforation siège alors dans la région de l'incisure, c'est-à-dire dans le sillon compris entre le bord postérieur de la mastoïde et l'occipital. C'est la forme que l'on rencontre le plus souvent.

Le début se manifeste par des phénomènes de mastoïdite avec diminution ou arrêt de l'otorrhée; la fièvre est modérée. On ne note pas de douleurs ni de gonflement sur la face externe de la mastoïde. C'est surtout la pointe et la région de l'incisure qui sont douloureuses. Mouret en fait le signe pathognomonique des mastoïdites postéro-inférieurs : douleurs localisées à la partie postérieure et inférieure de la surface externe de la mastoïde c'est-à-dire loin du sillon rétro-auriculaire. Puis les douleurs augmentent, deviennent continues, c'est le stade du conjonctivo-phlegmon de Mouret, terme le plus souvent inexact, car ici comme dans les suppurations dentaires, c'est vraisemblablement un ostéo-phlegmon qui se produit d'emblée. A cette période on note : une douleur spontanée plus prononcée, une gêne des mouvements du cou et de la mâchoire, une douleur à la pression plus accusée; à la palpation on a la sensation d'un empâtement profond en arrière et en dessous de la pointe de la mastoïde. Rarement on observe uu œdème accentué des tissus superficiels correspondants et cela est dû à ce que le foyer purulent est séparé des tissus superficiels par deux épaisses lames musculaires (le splénius, le sterno-cléido-mastoïdien). C'est alors que se montre le signe décrit par Bezold; en pressant sur la collection cervicale le pus apparaît par le conduit auditif.

Si la collection n'est pas évacuée le pus peut suivre le digastrique et effondrant sa gaine faire irruption dans le tissu cellulaire profond entre la gaine du sterno et celle des gros vaisseaux. La gaine de l'artère occipitale peut conduire le pus dans la gaine des gros vaisseaux d'où il peut gagner la paroi latérale du pharynx. En arrière le pus peut s'infiltrer

entre les différentes couches musculaires de la nuque et gagner le dos; il n'y a qu'en dehors que le pus est bridé par les insertions du sterno-mastoïdien, du splénius et du petit complexus, ce qui fait que l'ouverture à la peau est rare.

Abcès de la nuque et du dos. — En général la fistule siège dans ces abcès en arrière de la rainure digastrique ou au niveau de la lame occipitale par suppuration des cellules occipitales; le pus étant bridé en avant par le digastrique et en haut par le petit complexus et le splénius, il ira forcément sous le trapèze.

Ces abcès peuvent être aussi le résultat de l'extension en arrière et en bas d'un abcès sous-rétro-mastoïdien. Le pus peut suivre l'artère occipitale ou la veine mastoïdienne pour venir se collecter dans cette région.

Les phénomènes généraux sont semblables à ceux des abcès postérieurs, et il est difficile localement de savoir où finit l'abcès sous-rétro-mastoïdien et où commence l'abcès de la nuque. On note de la rigidité de la nuque comparable au mal de Pott sous-occipital, de la douleur spontanée surtout au niveau des bosses occipitales. La tuméfaction s'étend assez rapidement, parfois en arrière jusqu'à la ligne médiane. Cette région est douloureuse à la pression, pression qui peut donner issue à du pus par le conduit auditif externe. La fluctuation est absente tant que l'abcès n'est pas superficiel. Il existe quelquefois des foyers superposés entre les masses musculaires jusqu'au voisinage de la colonne vertébrale et du trou occipital; on a alors affaire à des collections parasquelettiques qui se manifesteront par des signes un peu spéciaux.

Abcès parasquelettiques. — Dans ce groupe nous ferons entrer, comme le nom l'indique, les collections profondes localisées contre le squelette c'est-à-dire la colonne vertébrale; c'est dans ce chapitre que nous décrirons le groupe important des abcès latéro et rétro-pharyngiens d'origine otique.

Ces abcès profonds occasionnent des désordres graves, ils peuvent en comprimant les troncs des quatre dernières paires craniennes produire des syndromes paralytiques variés. Goris a décrit une variété d'abcès profonds, parasquelettiques, l'abcès intervertébro-digastrique à physionomie, pour lui, bien autonome : la compression des nerfs grand et petit occipitals produit une vive douleur au vertex et aussi à la rotation de la tête, dont le moindre mouvement est douloureux, d'où une attitude caractéristique du malade. Plus tard la tête est tenue en opisthotonos, les yeux regardant en haut et en avant; en même temps surviennent du trismus absolu et une dysphagie complète. De plus dans cette variété d'abcès, Goris mentionne des douleurs de névralgie faciale par compression du trijumeau, dont nous avouons ne pas très bien comprendre la pathogénie. Puis l'abcès vient comprimer l'œsophage près de son origine et la mort ne tarde pas à survenir.

Le pus peut fuser vers le pharynx en suivant les cellules périlabyrintiques et venir faire issue au niveau du trou déchiré antérieur en dehors de l'aponévrose latérale du pharynx et donner un abcès latéro-pharyngé qui repoussera l'amygdale en dedans. La collection peut se faire dans l'épaisseur même du voile, si le pus a suivi le péri-staphylin externe. Le pus peut aussi arriver au rhino-pharynx par la trompe et le tissu cellulaire péritubaire, et même en suivant le muscle du marteau. Le pus peut faire issue par nécrose et déhiscence du plancher de la caisse dans la loge rétro-stylienne et suivre le muscle stylo-pharyngien pour aller au pharynx. La forme typique de Bezold par fistulisation au niveau de la région jugo-digastrique a peu de chance de fuser vers le pharynx à cause de l'aponévrose antérieure du muscle latéral de la tête renforcé par la gaine des gros vaisseaux, qui oppose une barrière résistante. En dehors des abcès rétro ou latéro-pharyngiens par propagation directe existent des abcès d'origine lymphatique surtout fréquents chez les enfants.

Au point de vue clinique ces abcès passent souvent inaperçus, surtout chez l'enfant, ils se manifestent par une tuméfaction cervicale plus ou moins marquée, surtout au niveau et en arrière de la partie supérieure du sterno-cléido-mastoïdien et au-dessous de l'angle de la mâchoire, zone qui d'ailleurs est en général douloureuse à la pression. On note du trismus, de la gêne à la déglutition, du torticolis dû parfois à de la névrite du spinal, mais le plus souvent dû à de l'arthrite atloïdo-occipitale ou à de la myosite. En général il existe du côté affecté de la rougeur du voile, du pharynx, des piliers, de l'amygdale, qui sont tuméfiés et propulsés dans la cavité pharyngée; parfois c'est seulement la paroi postérieure qui est refoulée en avant, mais la tuméfaction est toujours plus latérale que médiane. Dans certains cas la tuméfaction siège surtout au niveau du voile, au-dessus et derrière l'amygdale; cet aspect se produirait lorsque le pus a suivi la trompe et les muscles péristaphylins. Au doigt la collection pharyngée donne la sensation de mollesse, de fluctuation. Par pression on peut provoquer une issue de pus par le conduit auditif.

Ces abcès, surtout chez les enfants, peuvent donner de l'œdème de la glotte et des phénomènes d'asphyxie. La collection pharyngée peut s'ouvrir spontanément dans la cavité buccale et Jacques considère comme favorable ces abcès pharyngés fistulisés dans la bouche, qui constitue, pour lui, une bonne voie de drainage pour les abcès profonds parasquelettiques.

Abcès d'origine sous-dure-mérienne. — Un abcès extradural peut se vider dans le cou soit en suivant une voie préformée, soit en se créant une voie à travers l'os. Le plus souvent l'abcès siège au niveau du sinus, de la fosse cérébelleuse; c'est là, ce que l'on nomme, l'abcès de Citelli, qui se videra en général par la suture temporo-occipitale et donnera une collection de la nuque; mais cet abcès extradural peut aussi suivre le sinus et fuser par le trou déchiré postérieur le long des gros vaisseaux. De même les trous, ovale, grand rond, déchiré antérieur, occipital, les orifices des différentes veines émissaires et la suture pétro-squameuse offrent des voies de communication entre le cou et l'endocrâne par où les collections intracraniennes peuvent se vider dans la région cervicale. Mais l'abcès extradural peut aussi se frayer un passage au niveau de la fossette digastrique et donner l'abcès type de Bezold.

Dans ces sortes d'abcès on note une céphalalgie violente et une douleur bien localisée à l'occiput. La céphalalgie est d'ailleurs le seul signe important, c'est seulement à l'intervention qu'on reconnaît de tels abcès. Ces collections se rencontrent le plus souvent au cours des otites chroniques contrai-

rement aux autres complications cervicales otitiques.

Complications. — Maintenant que nous venons de décrire les différentes sortes d'abcès cervicaux d'origine otique qu'on peut rencontrer, voyons si parfois d'une façon tout à fait anormale ces abcès ne peuvent pas fuser au loin : tout d'abord, les abcès sous-sterno-mastoïdiens peuvent s'ouvrir dans l'arbre laryngo-trachéal, mais c'est là une complication rare. Rares de même sont les collections cervicales fusant dans le médiastin ou la plèvre, puisque nous avons vu que l'insertion de l'aponévrose moyenne à la clavicule délimite nettement l'espace sous-mastoïdien. Pour être complet disons que les abcès de la nuque non traités peuvent fuser dans la région lombaire et même jusque dans la cuisse. La suppuration peut aussi envahir les gros vaisseaux et occasionner des hémorragies ou des thromboses, ou envahir les nerfs et donner des paralysies. A l'heure actuelle il est rare de voir de telles complications, car ces abcès sont diagnostiqués avant d'arriver à ce stade et traités rationnellement.

A côté de ces complications d'ordre local, ces suppurations cervicales peuvent donner des complications d'ordre général : si on n'évacue pas ce foyer purulent, la septicémie, avec sa fièvre à oscillations et ses dangers est toujours à redouter. Mais ce qui surtout est à craindre c'est la concomitance de lésions endo-craniennes, car les complications cervicales, comme nous l'avons vu, se rencontrent surtout dans les mastoïdes à corticale interne mince et corticale externe épaisse, c'est-à-dire dans les mastoïdes tout particulièrement désignées pour faire des complications méningo-encéphaliques. Aussi les lésions du sinus, des méninges et du cerveau sont relativement assez fréquentes au cours des mastoïdites de Bezold.

Evolution. Formes cliniques. — L'évolution de ces collections cervicales est lente ; si on ne les traite pas rationnellement la mort peut survenir par pyohémie, septicémie, épuisement, par lésions de la colonne vertébrale, par œdème de la glotte, par irruption du pus dans la cage thoracique, mais surtout par complications méningo-encéphaliques.

Nous avons vu que dans un but de simplification et de classification nous avons décrit différentes sortes d'abcès suivant leurs causes et suivant leurs sièges, mais nous ne devons pas oublier que la clinique nous montre que souvent ces barrières anatomiques sont franchies par la suppuration, et qu'il est difficile de savoir à quelle variété d'abcès on a affaire. On peut donc rencontrer chez le même individu un abcès profond et un abcès parasquelettique et même les trois degrés d'abcès : superficiel, profond et parasquelettique, la suppuration ayant envahi les différentes loges cervicales. On pourrait ainsi décrire différentes formes cliniques selon que l'on rencontre deux, trois ou plusieurs variétés d'abcès, ci-dessus décrits, chez le même individu.

De même nous avons décrit la forme type d'abcès à évolution subaiguë, et selon que l'évolution sera rapide ou au contraire lente, on peut décrire différentes formes cliniques selon l'évolution :

1° **Forme gangréneuse.** — La marche en est très rapide, la collection s'étend rapidement aux différentes régions cervicales. Elle est caractérisée par de la crépitation gazeuse avec écoulement d'une sérosité louche, d'odeur fétide.

2° **Forme pyohémique.** — Les accidents sont parfois rapides mais moins graves que dans la forme précédente. On note de la fièvre à oscillation, des troubles digestifs et urinaires. Les manifestations inflammatoires métastatiques se montrent surtout au coude, à l'épaule, au genou, à la hanche. Parfois il existe une fièvre en plateau avec des troubles gastro-intestinaux qui peut en imposer pour une fièvre typhoïde (forme typhoïde).

3° **Forme subaiguë.** — C'est la forme type, la plus fréquente ; celle que nous avons décrite.

4° **Forme lente.** — Elle est assez fréquente ; le début est insidieux, à un moment où les douleurs de l'otite initiale ont disparu. La fièvre est absente, le gonflement se développe peu à peu, les douleurs peu intenses au début peuvent croître progressivement. Parfois il existe une forme latente sans phénomènes auriculaires manifestes et sans douleurs cervicales.

Avant de terminer les formes cliniques nous dirons deux mots de la bactériologie qui, comme en cas d'otite, est rarement monomicrobienne à cause des infections surajoutées. On a trouvé toutes les sortes de microbes soit dans le pus de l'otite, soit dans le pus cervical : le staphylocoque blanc et doré, le bactérium coli commune, le pneumocoque de Fraenkel, le bacille de Koch, le streptocoque. Ces microbes ont pu être rencontré seuls, mais le plus souvent on en rencontre des associations ; celle qui est trouvée le plus fréquemment c'est l'association du streptocoque à d'autres microbes et surtout au staphylocoque blanc ou doré.

Pronostic. — Il faut tenir compte des tares individuelles, des symptômes généraux, de l'étendue et de la profondeur de la collection cervicale. Voir s'il n'existe pas de complications méningo-encéphaliques qui assombrissent considérablement le pronostic.

D'une manière générale on peut dire que les abcès lymphatiques sont peu graves ainsi que les abcès superficiels, tandis que les abcès par thrombose veineuse sont très graves ainsi que les collections parasquelettiques.

Diagnostic. — En présence d'un malade atteint d'une collection cervicale nous devons tout d'abord nous demander s'il existe réellement un abcès, si cet abcès provient de l'oreille, et ensuite à quelle variété d'abcès il appartient.

1° *Existe-t-il une suppuration du cou ?* — Un abcès superficiel a pour lui des signes qui ne prêtent pas à la confusion. Mais lorsque la collection est profonde, masquée par les couches musculaires, d'allure lente, insidieuse, le diagnostic alors devient difficile et on se demande si oui ou non il existe une collection suppurée.

C'est à ce stade de début qu'il ne faut pas confondre un abcès otitique avec l'érysipèle ou la lymphangite de la région. Si le torticolis est le signe manifeste, il ne sera pas confondu avec la raideur de la nuque des complications méningo-encéphaliques, ni avec les torticolis de différentes natures. Les oreillons seront facilement éliminés : en général les lésions sont bi-latérales, et l'œdème est aussi bien marqué en avant qu'en dessous du conduit auditif ; on examinera l'orifice du canal de Stenon qui est rouge, on pratiquera l'examen cytologique du liquide salivaire parotidien. Si les phénomènes géné-

raux dominent on peut songer à une fièvre typhoïde, mais ce diagnostic sera facilement écarté.

A la période d'état on ne confondra pas un kyste cébacé ou dermoïde enflammé avec un abcès otitique, l'histoire et l'évolution de la maladie feront faire le diagnostic. Une tumeur maligne développée dans l'oreille moyenne et envoyant des prolongements dans le cou peut être cause d'erreur, mais seulement si on examine superficiellement le malade.

2° *La suppuration du cou provient-elle de l'oreille?* — Maintenant nous savons que notre malade présente une collection suppurée cervicale, nous devons nous demander si elle est en rapport avec l'oreille ou non. Il est certain que lorsqu'il existe des signes nets d'otite moyenne avec mastoïdite, le diagnostic ne prête pas à confusion. Mais l'infection peut avoir seulement léché la caisse et mordu les cellules mastoïdiennes sans signes extérieurs manifestes : il faut dans ces cas faire une exploration méticuleuse de la mastoïde et plus particulièrement de la pointe, de la région postéro-inférieure. Et la moindre rougeur du tympan avec un point mastoïdien tant soit peu douloureux doit faire fortement suspecter l'oreille d'être cause de l'abcès cervical; surtout si un examen approfondi de la bouche, des dents, du pharynx, des fosses nasales, du rhinopharynx, de la face et du cuir chevelu a montré qu'il n'existe aucune lésion susceptible d'occasionner une collection cervicale.

Les ostéo-arthrites de la colonne vertébrale d'origine tuberculeuse donnent souvent des abcès ossifluents qui peuvent en imposer pour un abcès de Bezold. Il faudra rechercher les signes du mal de Pott, s'aider de la radiographie. Mais le diagnostic peut devenir très difficile à faire entre le mal de Pott et l'abcès parasquelettique avec carie des vertèbres; c'est encore l'examen approfondi de l'oreille et de la mastoïde qui pourra permettre de trancher le diagnostic.

L'apparition de pus par le méat auditif n'est pas un signe pathognomonique d'abcès de Bezold, car il manque assez souvent, et en plus les abcès de la loge parotidienne, ou même des abcès plus profonds, peuvent se fistuliser dans le conduit auditif.

3° *A quelle variété appartient la suppuration d'origine otique?* — Maintenant nous savons que la collection cervicale est d'origine otique, nous devons nous demander quelle en est la pathogénie : les adéno-phlegmons sont précédés d'adénite, ils se rencontrent surtout à la suite de furoncle du conduit dont le signe caractéristique est la douleur à la traction du pavillon. Les abcès d'origine veineuse ont pour eux les phénomènes généraux graves, les métastases, l'hémoculture positive. Les abcès par propagation directe se manifestent par une douleur à la pointe de la mastoïde et surtout au voisinage des insertions postérieures du digastrique.

Les abcès d'origine sous-dure-mérienne ne se reconnaissent qu'à l'intervention. Les abcès métastatiques siègent de préférence à l'articulation sterno-claviculaire et coïncident avec d'autres abcès métastatiques.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic des complications, car chaque complication a pour elle des signes propres. Mais en présence d'une mastoïdite de Bezold il faut rechercher systématiquement s'il n'existe pas en même temps une complication méningo-encéphalique : examen du système nerveux, ponction lombaire, hémoculture, examen du sang.

Traitement. — **Traitement prophylactique.** — C'est de traiter convenablement les otites aiguës et chroniques, de ne pas laisser traîner les mastoïdites. Et il faut se rappeler qu'en cas de doute il vaut mieux trépaner une mastoïde qui n'a rien que de laisser évoluer une mastoïdite à bas bruit.

Traitement curatif. — Dans toutes complications cervicales d'origine otique il faut d'abord commencer par trépaner la mastoïde, que le diagnostic de lésions mastoïdiennes soit certain ou non.

On ne doit pas se contenter d'ouvrir l'antre, mais on doit réséquer, en cas d'otite aiguë, l'apophyse mastoïde en totalité, et pratiquer un évidement pétro-mastoïdien s'il y a otorrhée chronique.

Au cours de la trépanation il y a trois points qu'il faut particulièrement inspecter : c'est d'abord la zone de la pointe en désinsérant le muscle digastrique en bas et en avant pour ménager le facial; la zone intersinusofaciale sera aussi examinée minutieusement, il en sera de même pour la gouttière du sinus latéral qui sera systématiquement mise à nu ainsi que la dure-mère cérébelleuse. La trépanation finie et ces différents points examinés on se comportera différemment selon que l'abcès est superficiel ou profond : en cas d'abcès superficiel l'incision siègera au point fluctuent; en cas d'abcès profond le traitement sera différent selon que l'on aura affaire à un abcès de la région occipitale, de la région du sterno-mastoïdien ou de la région parasquelettique.

1° Abcès de la région occipitale. — Il faut rechercher s'il n'y a pas une lésion de l'écaille et pour cela il faut brancher une incision horizontale sur celle de la trépanation mastoïdienne, ruginer les muscles et rechercher s'il n'existe pas un point d'ostéite qui devra alors être curetté jusqu'à ce qu'on soit en tissu sain. C'est dans ces sortes d'abcès qu'il faut surtout songer aux abcès sous-dure-mériens fistulisés à cet endroit.

Dans les abcès de la nuque il faut rechercher les différentes fusées purulentes et drainer au point déclive.

2° Abcès de la région sterno-mastoidienne. — Si la collection est surtout marquée en arrière du sterno on pratiquera une incision entre ce muscle et le trapèze; si l'abcès est sous-sterno-mastoïdien ou rétro-maxillaire l'incision siègera en avant du sterno comme pour la découverte des gros vaisseaux. Mais dans tous les cas l'abcès sera drainé au point déclive.

En cas d'abcès par suite de thrombose sinuso-jugulaire on traitera la thrombo-phlébite par curettage du sinus, ligature de la jugulaire en dessous du thrombus, et mise à plat du golfe de la jugulaire par l'opération de Grunert ou de Lombard-Rouget.

3° Abcès parasquelettique. — Si on a affaire à une collection latéro-pharyngée ou rétro-pharyngée qui n'a pas tendance à se fistuliser dans la bouche on peut aborder cette collection par la voie pré-sterno-mastoïdienne : incision sur le bord antérieur du sterno que l'on récline en dehors, ainsi que le paquet vasculo-nerveux, et l'on effondre au doigt ou avec une pince de Kocher le tissu cellulaire profond qui contient l'abcès.

En cas d'abcès rétro-pharyngien et surtout en cas d'abcès parasquelettique il y a intérêt de passer en arrière du sterno, que l'on récline en avant avec le paquet vasculo-nerveux; et l'on a ainsi devant soi les

apophyses transverses avec les muscles pré-vertébraux et on recherchera s'il n'existe pas des points d'ostéite : 1° Sur la face antérieure des corps vertébraux en décollant le plan musculaire pré-vertébral à partir du tubercule antérieur ; 2° Sur les apophyses transverses et surtout au niveau de la première et de la troisième cervicale.

Si au contraire la collection est fistulisée ou sur le point de se fistuliser dans la bouche il y a intérêt à l'ouvrir par cette voie. Jacques pense que pour ces collections profondes parasquelettiques le drainage pharyngé est chose favorable, et il se demande s'il n'y aurait pas intérêt à aider la nature en effondrant avec une sonde cannelée l'aponévrose du droit latéral pour drainer par le pharynx les collections de la région sinusodigastrique, qui ont, au contraire, tendance à fuser dans la nuque.

Ici comme toujours on doit se rappeler qu'il ne faut arrêter l'intervention que lorsque, du côté de la mastoïde, on est certain d'avoir curetté toutes les lésions qui, quelle que soit leur étendue, doivent être enlevées. Du côté du cou il faut rechercher s'il n'existe pas un foyer profond, et ces recherches terminées laisser un drain au point déclive pendant quelques jours. Quant à la plaie auriculaire elle sera de préférence laissée largement ouverte.

A côté du traitement chirurgical on instituera un traitement médical d'autant plus intense que l'état général du malade est plus mauvais et que les phénomènes généraux sont plus graves. Il faudra recourir aux injections sous-cutanées ou intra-veineuses de vaccin polyvalent ou d'auto-vaccin, d'électrargol. On pourra instituer le goutte à goutte intra-rectal avec du sérum glucosé, et même avoir recours à la transfusion du sang.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 31 JUILLET 1925)

Sur un cas de cancer du poumon gauche ayant envahi et perforé la paroi cardiaque. — MM. G. CAUSSADE, J. SURMONT et J. LACAPÈRE présentent les pièces d'un cancer du poumon gauche. La partie inférieure du lobe supérieur est creusée d'une caverne du volume d'une grosse orange; la partie interne, nettement cancéreuse, est constituée par les faces gauches du ventricule et de l'oreillette gauches ; cette dernière est perforée par le néoplasme qui fait fortement saillie dans sa cavité. La paroi externe de la caverne pulmonaire est seulement infiltrée par quelques noyaux néoplasiques assez disséminés.

Du point de vue clinique, deux syndromes ont prédominé :

1° Un syndrome cavitaire, avec expectoration d'apparence gélatineuse, parfois fétide; l'absence de tout bacille de Koch fit penser à une gangrène pulmonaire ;

2° Un syndrome d'asystolie aiguë, avec souffle diastolique de la base du cœur, dont l'explication fut fournie à l'autopsie par le gros bourgeon cancéreux, proéminent dans l'oreillette gauche. Cette asystolie aiguë, assez spéciale, était sans doute liée aux lésions myocardiques et nerveuses causées par l'envahissement néoplasique du cœur. La mort est survenue très rapidement, après un long passé bronchitique.

Du point de vue histologique, il s'agit d'un épithélioma à évolution épidermoïde, dont l'origine se trouve dans la prolifération fortement atypique ou dédifférenciée du revêtement broncho-pulmonaire, et, d'après les auteurs, principalement de l'alvéole.

L'insuline dans l'athrepsie. — M. LESNÉ et Mlle DREYFUS-SÉE, sans connaître encore les recherches de MM. Nobécourt et Max Lévy, ni les essais antérieurs des Américains, ont employé l'insuline depuis deux mois dans le traitement de l'athrepsie et de quelques autres états cachectiques de l'enfance, quelles qu'en soient les causes.

Ils publient l'observation d'un athrepsique de trois mois avec Hecht partiellement positif qui présentait de l'intolérance au lait maternel et un amaigrissement progressif considérable. Les modifications de régime et le traitement spécifique étaient restés sans effet. Sous l'action de l'insuline l'enfant a présenté un rapide accroissement pondéral et il est actuellement en très bon état de santé.

Quelques essais faits également au cours des gastro-entérites aiguës ont donné des résultats favorables et on n'a pas observé pendant le traitement de chute glycémique notable.

Donc, dans l'ensemble, résultats encourageants qui incitent à poursuivre les recherches.

Mort par méningite à pneumobacilles de Friedlander au cours de l'évolution d'une paralysie générale à début atypique. — M. André LE GRAND. Il s'agit d'une femme internée deux fois, en 1911 et 1914, pour syndrome mélancolique chez qui, en 1924, s'est déclarée une paralysie générale.

L'affection était typique, cliniquement et biologiquement, et évoluait normalement quand se déclara une méningite aiguë qui emporta la malade en quelques jours. Le liquide céphalo-rachidien ensemencé et inoculé contenait du pneumobacille de Friedlander à l'état de pureté.

En somme, cette paralysie générale tire son intérêt d'une triple anomalie :

1° Elle est survenue chez une aliénée ;

2° Elle s'est terminée par une méningite aiguë, ce qui est exceptionnel en cas d'une atteinte chronique des méninges ;

3° Cette méningite reconnaissait pour agent causal le pneumobacille de Friedlander.

L'étude micro-angioscopique dans les états circulatoires des membres. — M. GUILLAUME.

Un cas de tubercule protubérantiel. — MM. BABONNEIX et HUTINEL, à propos du cas récemment rapporté par MM. Pilod et Fribourg-Blanc, communiquent à la Société une observation de même ordre, mais où la lésion est restée entièrement latente. Le tubercule, gros comme un pois, occupait le ruban de Reil gauche. Il ne s'accompagnait d'aucune dégénération. La mort avait été produite par méningite tuberculeuse.

La cholestérine dans la lithiase biliaire. — MM. M. CHIRAY, R. LE CLERC, R. BENDA et M. MILOCHEVITCH apportent le résultat d'une nouvelle série de recherches sur ce sujet qu'ils ont déjà antérieurement traité. Ils rappellent d'abord les nombreux travaux qui ont été publiés sur la question, puis exposent sommairement la technique à laquelle ils se sont arrêtés après une longue série d'essais. Après avoir confirmé leurs premières constatations relatives à l'hypocholestérinocholie habituelle dans la lithiase biliaire; ils montrent que ce symptôme « l'hypocholestérinocholie de fond » est probablement lié à une hyposolubilité de la cholestérine dans la bile des malades. Ils signalent ensuite que ce trouble humoral peut disparaître à certaines périodes de la maladie, si bien qu'on est fondé à distinguer deux stades au cours de celle-ci, le stade lithogène pendant lequel le calcul se forme et le stade lithiasique pendant lequel il donne des accidents mécaniques ou infectieux. Enfin, les auteurs insistent sur ce fait que l'hypocholestérinocholie et l'hyposolubilité de la cholestérine ne sont habituellement réalisées, ni par la stase, ni par l'infection, ni en somme par aucune autre affection vésiculaire. La constatation de celles-ci entraîne donc une présomption en faveur du diagnostic de lithiase. Mais leur non-constatation n'élimine pas entièrement cette hypothèse, puisqu'à certaines périodes le trouble humoral fait défaut.

Cinq leçons sur le diabète, par le professeur ACHARD. Une brochure, 136 pages. — Prix : 8 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES INTELLECTUELS DEVANT L'IMPÔT

Notre confrère et ami, Edouard Julia, s'élève avec raison, dans *Le Temps*, contre la situation qui est faite aux intellectuels, et notamment aux médecins par les nouvelles exigences du fisc.

« Maintenant la loi confère à cet agent du fisc le pouvoir supplémentaire de déterminer le revenu d'après les signes extérieurs sans que la valeur proportionnelle de ces signes soit le moins du monde fixée. Nous voici donc en plein arbitraire. Comment appréciera-t-on ici et là, par exemple, le taux de majoration du loyer pour établir le revenu probable? Ce loyer qui a été automatiquement augmenté alors qu'il est impossible d'en choisir un autre à meilleur marché, ce loyer va servir de base élastique à une estimation capricieuse. L'avocat et le médecin, par exemple, sont tenus de dépenser en installation professionnelle plus qu'un boucher ou un épicier dont « la représentation » privée n'a pas besoin d'ostentation. D'autre part, tous les intellectuels ne tirent pas leur capacité de travail de leur seule imagination. Il en est de nombreux qui doivent nourrir leur cerveau par des entretiens, des conversations, des rapports humains occasionnant des déplacements et des frais de toute nature. Comment tout cela sera-t-il évalué par le fisc?

C'est cette incertitude fiscale qu'il s'agirait de transformer en sécurité. Pour cela, il suffirait de dire qu'un pourcentage, inhérent à l'exercice de la profession, sera défalqué du montant total du revenu. Mais la notion du pourcentage est, paraît-il, antidémocratique. On trouve naturel de retrancher 1.500 francs sur la base d'imposition au bourgeois qui a un enfant comme au manœuvre. Que se propose-t-on en avantageant les pères de famille? Encourager la natalité? En quoi l'encouragez-vous quand, étant donné l'étiage social de la cellule envisagée, vous retranchez une somme infime par rapport au « prix de revient » de l'enfant? Autant vaudrait avouer franchement qu'on ne tient aucun compte des exigences générales et aller jusqu'au bout de l'oppression fiscale. Les députés, eux, se sont, il est vrai, classés hors la loi en décidant que, sur les 27.000 francs qui leur sont alloués par le budget, 12.000 seront réputés « frais de représentation » et indemnes de tout impôt. C'est un joli pourcentage. Personne ne songe à leur en contester la validité. Mais pourquoi n'appliquent-ils pas une règle analogue aux professions libérales qui, elles aussi, comportent des « frais de représentation » et même, simplement, des « frais généraux »? C'est dans le calcul de ces frais, proportionnels aux gains, que les intellectuels pourraient chercher un juste allégement de leur fardeau.

Le méritent-ils? Certes. Il est évident que, dans les périodes de dépréciation monétaire, ce sont les travailleurs de l'intelligence qui payent, après les rentiers, la contribution la plus lourde à la demi-faillite du billet. Les commerçants règlent leurs prix de vente sur la valeur des marchandises de remplacement : leur stock initial accompagne la différence de l'or sur le papier. Les salariés élémentaires voient leurs gains progresser parallèlement à la perte au change, parce qu'ils sont ordinairement à la limite des nécessités de l'existence. Les agriculteurs, comme les commerçants et les industriels, se défendent par la hausse de leurs produits. Reste l'intellectuel qui, à côté du capitaliste évincé, doit supporter sa détresse sans correction possible. Est-ce que les auteurs ne touchent pas sur la vente de leurs ouvrages une somme à peine supérieure à celle qui leur revenait autrefois, alors que le prix des volumes a plus que doublé pour le seul profit de l'éditeur, du typographe et du marchand de papier?

Il serait donc juste que l'impôt n'intervînt pas, par surcroît, pour écraser les professions qui souffrent déjà plus que toutes les autres. Sans doute, l'intellectualisme a été accru au delà des besoins réels, dans nos civilisations où chacun tend à occuper un poste toujours plus élevé. Les fils de bourgeois payent durement aujourd'hui le maintien de leur « classe ». Un jeune ingénieur de vingt-cinq ans qui représente un capital immobilisé important, touche un traitement inférieur à celui des contremaîtres qu'il dirige. Un médecin de quartier a une situation d'argent qui ne peut être comparée sans ridicule à celle du boulanger qui le fournit. Un homme de lettres vit dans l'embarras tandis qu'un chauffeur de taxi « aligne ». Un chef de bureau ou un professeur ont un « standard of life » qui s'écarte peu de celui des huissiers à chaîne. Le nivellement se fait par la base. Toute l'échelle sociale s'écroule. Mais alors? Représentez-vous ce que deviendra, dans quelques années, cette masse éduquée. C'est son accès de désespoir qu'attendent les révolutionnaires pour constituer les cadres de leurs formations. N'aggravez pas le mal en décimant sans merci une catégorie de travailleurs qui constitue l'armature des régimes sains. Les lois vagues que l'on vient de voter autorisent les pires appréhensions. Précisez-les. Définissez-les. Rendez-les strictement équitables. En ce moment, les intellectuels libres sont livrés à un arbitraire incompatible avec les principes démocratiques. Ils ne demandent pas l'exception. Ils réclament une règle. — ED. J. »

REVUE DES THÈSES

Quelques réflexions sur les brûlures de l'œsophage par caustiques. (ILL. *Th. de Paris* 1924, ARNETTE éd.) — Fréquentes et toujours très graves, les brûlures de l'œsophage par caustiques peuvent être mortelles par perforation ou médiastinite suppurée. Leur cicatrisation entraîne fréquemment un rétrécissement progressif, qui peut amener l'inanition. La gastrostomie peut devenir nécessaire pour permettre au malade de s'alimenter.

L'auteur recommande la conduite suivante à tenir en présence d'une brûlure œsophagienne par caustique :

1° faire absorber au malade aussitôt que possible une solution neutralisante, mais très diluée; faire une piqûre de morphine. Repos absolu, ne donner à boire que de l'eau légèrement alcaline et glacée. Dès que le malade est devenu transportable, on doit l'envoyer voir un spécialiste.

2° Le spécialiste devra se rendre compte de l'importance de la salivation, des régurgitations et des douleurs. Il devra examiner le malade aux rayons X et à l'œsophagoscopie

En présence d'ulcérations récentes, badigeonner avec de la glycérine iodée, et laisser une sonde à demeure pour permettre l'alimentation.

En présence d'une brûlure datant de plus de trois semaines, il y a beaucoup de chance pour qu'un rétrécissement soit déjà constitué. La radioscopie permettra de le situer et l'œsophagoscopie d'en apprécier les caractères. S'il est franchissable, on placera une sonde à demeure. Sinon, une bougie dilatatrice sera laissée pendant vingt-quatre heures. Les dilatations seront ainsi continuées sous-œsophagoscopie.

En présence d'un rétrécissement ancien confirmé, faire la dilatation progressive. Si cette dernière est impossible, pratiquer la gastrostomie pour remonter l'état général par une alimentation désormais possible. L'œsophagite sera traitée par le repos et quelques lavages locaux. La dilatation par voie rétrograde sera tentée ultérieurement.

Enfin en présence d'un malade cachectisé, mourant d'inanition, il faut avoir recours à la gastrostomie d'emblée, et la dilatation par fil sans fin sera instituée quand l'état général du malade sera remonté. ÉDOUARD ANTOINE.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — INTERNES LECTEURS. — *Pathologie chirurgicale.* — Titulaires : MM. Maximin (Maurice) et Pérard; suppléants : MM. Laffitte et Burgeat.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Cros (de Mascara), Attal et Pantaloni (de Constantine).

LE CONCOURS D'ADMISSION A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE DE LYON. — Voici la liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole du service de santé militaire en 1925.

SECTION DE MÉDECINE. — *Troupes métropolitaines.* — 1° Candidats concourant à huit inscriptions : Fumaroli, Geax, Lavère, Massot, Noix, Scubier, Vaissier, Verney, Wiltz;

2° Candidats concourant à quatre inscriptions : Allehaut, Andréani, Apperce, Aulezy, Aynes, Badelon, Baque, Bastouil, Beaudiment, Beaudouin, Belicha, Bergougnoux, Bernier, Berteaux, Berthou, Billant, Blanc, Bonini, Botrel, Bournique, Bantegrit, Carel, Castelbon, Chretin, Coissieux, Corazzini, Cousin, Deumont, Delest, Demarle, Dengreville, Desbriez, Deveau, Dickson, Dot, Du Cournau, de Carritz, Edmond, Entz, Fabry, Fourcade, Gaugier, Gonnet, Goudal, Gouyraud, Greguy, Grizaud, Henry, Izac, Jammes, Juzaud, Klippfel, La Baime, La Bat, Labourdette, Lafforgue, Lagrange, Lamoureux, Lamy, Lannuzei, Le Bihan, Le Breton, Le Gallou, Le Hir, Le Merdy, Maillefer, Mary, Meauvais, Monfort, Morard, Moutinié, Nyer, Paget, Pales, Pasquet, Pecastaing, Perrin, Prat-Carabin, Raboutet, Rey, Ristorcelli, Richet, Rossi, Rothea, Roux, Roy, Sakon, Serres, Soleil, Stora, Suignard, Taillard, Tregouet, Tupin, Vachaumard, Vrignaud, Vaillant, Vidal, Viguier;

3° Candidats P. C. N. : Abadie, Adrian, Albouze, Amedeo, de Andreis, Anthoine, Autan, Balay, Barriera, Bastard, Bastide, Baylot, Benne, Bérenguer, Bergondi, Bernard, Bovier, Boyer, Breymon, Caussade, Cauvin, Château, Chauderon, Clerc, Cochard, Conze, Cornillet, Counil, Croci, Crouzet, Dancenis, Deffay, Delmas, Dermoncourt, Deschamps, Devoire, Devy, Dhers, Domer, Domerc, Dubroca, Dufoulon, Dugue, Dumond, Duprat, Dupuy, Durand (Edouard), Durand (Paul), Roux, Duval, Escoubes, Faure, Favre, Février, Feyte, Fouleix, Froment, Fumaroll, Gabas, Gau, Gaume, Gerbenne, Gerolami, Gillet, Giraud, Gobert, Grandis, Grivel, Groc, Guignet, Guillier, Hannequin, Hilaire, Huc, Huet, Jacquier, Jauze, Fredon, Jeanpierre, Joubert, Jullien, Lafargue, Lartigue, Lavigne, Laviron, Le Bihan, Ledeuil, Lefranc, Lehmann, Long, Loubet, Lubineau, Luxiol, Mahé, Malossane, Marty, Masson. Paul Louis, Joseph Masson, Roger, Joseph Millaut, Millet, Mongrand, Monnier, Montané, Mor'zet, Moroni, Mouillard, Moutier, Naudet, Nègre, Oiseau, Ormières, Ouary, Pagès, Palcologue, Paulus, Pernond, Perrot, Philibert, Pigeanne, Ponsot, Poque, Portaller, Pourcelet, Prat, Prost, Raffali, Ratté, Raymond, Revol, Rivet, Roumagno, Rousseau, Rouvier, Roux, Rovegno, de Saint-Ferréol, Samuel, Senegas, Siegfried, Silvestre, Simon, Simonin, Sohier, Sol, Sole, Tarain, Thille, Thomas, Thoulon, Tissandier, Tricaut, Triffault, Tronyo, Valatx, Verdier, Verrière.

Section troupes coloniales. — 1° Candidats concourant à huit inscriptions : Le Bras, Rabaud;

2° Candidats concourant à quatre inscriptions : David, Charpentier, Minier, Olieu, Terreau;

3° Candidats P. C. N. : Gailhaud, Gédéon, Hervé, Le Huludut, Pujo.

Les épreuves orales auront lieu aux dates et dans les centres ci-dessous :

Marseille. — Hôpital militaire, 31 août : Fumaroli, Andreani, Aulezy, Badelon, Baque, Bastouil, Belicha, Berthou, Bilant, Bonini, Chretin, Coissieux, Corazzini, Dot, Fabry, Gaugier, Goudal, Grizaud. La Balme, Lamy, Morard, Nyer, Perrin, Rossi, Stora, Tupin, Amedeo Balay, Bastide, Beringuer, Bernard, Cauvin, Duprat, Faure, Fonteix, Fumaroli,

Gabas, Grandis, Guillier. Laviron, Le Bihan, Long, Luxiol. Maroni, Moutier, Ormières, Pernoud, Prost, Raffalli, Roux, Ravegno, de Saint-Ferréol, Thoulon.

Montpellier. — Faculté de médecine, 3 septembre : Soulier, Bergougnioux, Blanc, Castelbon, Daumont, Montfort, Olieu, de Andréis, Boyer, Croucet, Marty, Mounier, Ratie.

SECTION DE PHARMACIE. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir les épreuves orales et pratiques du concours dans la section de pharmacie :

1° Candidats concourant à quatre inscriptions : Chalano, Champ, Mahe.

2° Candidats concourant comme stagiaires : Adam, Auffret, Barbotin, Bothorel, Carbonell, Charrand, Chaignon, Coulouma, Cruciani, Demange, Deveze, Dewannieux, Gallant, Gloaguen, Heilhes, Henaff, Jacquet, Kerboriou, Le Breus, Le Faou, Mahoudo, Mazurie, Monglond, Odeye, Peron, Prigent, Robert, Rolland, Tharaux, Vallée, Vanhems.

Ces candidats subiront les épreuves orales et pratiques à Paris, hôpital militaire du Val-de-Grâce, à partir du 8 septembre.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 27 juillet 1925, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Médaille de bronze (délivrée après quinze années de soins gratuits). — 3e légion : MM. Douville (de Bacqueville-en-Caux), Delante (de Mondeville), Touzé (de Grand-Couronne), Trançon (de Lillebonne), Grapin (de Saint-Valéry-en-Caux).

4e légion : MM. Frinault (de Laigle), Tixeron (de Savigny-sur-Braye), Couloumy (de la Bazoche-Gouët), Teyssier (de Cloyes).

6e légion : M. Gayet (de Triaucourt).

7e légion : MM. Masson (de Joinville), Delsart (de Montbozon), Bridant (de Bourbonne-les-Bains), Simonin (de Gy), Bonnotte (de Poligny), Bernard (de Frasne), François (de Fayl-Billot).

8e légion : MM. Graz (de Dompierre-les-Ormes), Poupon (de Verrey-sur-Salmaise), Bourgeot (de Nuits-Saint-Georges), Galuchon (de Charny).

9e légion : MM. Lemerle (de Chabris), Rousseau (de Saint-Julien-l'Ars), Robert (d'Issoudun), Pierron (de Civray), Devallet (d'Allonnes).

10e légion : MM. Trégoat (de Bourbriac), Bucaille (de Torigni-sur-Vire).

11e légion : MM. Féval (de Pontchâteau), Attila (de Josselin), Rivière (de Bouaye), Pascal (de Pluvigner).

12e légion : MM. Jouenne (d'Auzances), Lescure (de Bort), Laborie (de Carlux).

13e légion : MM. Vitaut (de Charlieu), Ginet (de Montfaucon), Aucopt (de Doyet), Puéchavy (de Condat), Lacube (de Retournac), Guichard (de Bourg-Argental), Chalvignac (de Salers).

14e légion : MM. Charpenay (de Die), Papadopoulos (de Sainte-Colombe), Bérard (de Dieulefit), Molard (de Pont-de-Chéruy).

14e légion *bis* : MM. Perret (de Vonnas), Vinit (de Thônes), Ducret (de Reignier).

15e légion : MM. Manjot (du Martinet), Griolet (de Molières-sur-Cèze), Hugues (de Robiac), Dusauls (de Bagnols-sur-Cèze), Darboux (de Pont-Saint-Esprit). (*A suivre*).

MARINE. — Le médecin en chef de 1re classe Gombaud est nommé médecin général de 2e classe et admis sur sa demande, par anticipation, à faire valoir ses droits à la retraite.

CROISIÈRES MÉDICALES ORGANISÉES SOUS LES AUSPICES DE L'ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE. — CROISIÈRE DES PORTS DE FRANCE ET D'ALGÉRIE (Compagnie havraise péninsulaire). — Itinéraire : Le Havre, Bordeaux, Oran, Alger, Marseille. Durée environ dix-sept jours.

Prix pour nos adhérents : 750 francs plus 30 francs de prime d'assurance exigée par la Compagnie. Vie et nourriture à bord pendant les escales.

Départ du Havre le 10 et le 25 août et le 12 septembre 1925.

Ces dates peuvent osciller de deux ou trois jours. On est prévenu d'avance.

CROISIÈRE DU PROCHE-ORIENT (Messageries Maritimes). — Itinéraire : Marseille, Alexandrie, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille.

Prix : 2.500 francs pour nos adhérents au lieu de 7.900 fr.
Départ en août et septembre. Durée : trente et un jours.
Pour l'inscription ferme, envoyer la somme de 400 francs sur le prix du voyage au docteur Loir, chèques postaux, Rouen c/c 6.345.

CROISIÈRE DES CANARIES (Lloyd hollandais). — Itinéraire : Cherbourg, la Corogne, Vigo, Leixeos, Lisbonne, Las Palmas, Lisbonne, Vigo, Cherbourg, Southampton.

Durée un mois. Ce voyage revient à environ 3.500 francs. Départs : 27 août, 10 et 24 septembre, 8 octobre.

Excursions à la charge des voyageurs par les bateaux des Compagnies espagnoles faisant le service entre les sept îles et le Maroc.

Pour tous renseignements, demander au docteur Loir, 12 *bis*, rue de Caligny, Le Havre.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — ASSOCIATION ALSACIENNE ET LORRAINE CONTRE LA TUBERCULOSE. — *Cours de perfectionnement sur la tuberculose* organisé par le docteur Vaucher, chargé de cours à la Faculté, secrétaire général de l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, avec la collaboration de : MM. Allenbach, chirurgien en chef de l'hospice Stéphanie; Barré, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Belin, directeur du dispensaire antituberculeux de Strasbourg; Blum (Léon), professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Bœckel (André), directeur de la consultation des maladies des voies urinaires à la Faculté de médecine de Strasbourg; Bœz, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg; Borrel, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Brion (A.), médecin-chef de l'hôpital sanatorium Saint-François à la Robertsau; Canuyt, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Dumarest, directeur des sanatoriums d'Hauteville; Fath, directeur du sanatorium de l'Altenberg; Gunsett, chargé de cours à la Faculté de Strasbourg, S. I. De Jong, professeur agrégé à la Faculté de médecine et médecin des hôpitaux de Paris, Leriche, Masson, Merklen, Pautrier, professeurs à la Faculté de médecine de Strasbourg; Rieux, professeur au Val-de-Grâce à Paris; Rist, médecin de l'hôpital Laennec à Paris; Rohmer, professeur de médecine de Strasbourg; Schickelé, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg; Woringer, chef de laboratoire à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Ce cours aura lieu du vendredi 9 au samedi 24 octobre 1925. Les leçons seront accompagnées de présentations de malades, de projections de radiographies, de démonstrations bactériologiques. Les élèves seront exercés individuellement aux examens radiologiques, bactériologiques et aux examens de crachats ainsi qu'au pneumothorax artificiel. En dehors des heures de cours ils auront libre accès dans les cliniques et hôpitaux spécialisés de Strasbourg.

S'inscrire auprès du docteur Vaucher à l'Association alsacienne et lorraine contre la tuberculose, Strasbourg, 22, rue de l'Université et 8, quai Finkwiller.

Un droit d'inscription de 200 francs sera versé au secrétariat de la Faculté de médecine.

Un certificat sera donné aux auditeurs à la fin du cours.

Le nombre des auditeurs est limité.

QUELQUES OBSERVATIONS

SUR LA

CALCIFICATION THÉRAPEUTIQUE

Par A. CRÉTIN.

Nous avons fait connaître dans plusieurs réunions de l'Association Internationale des anatomistes et dans le « bulletin d'histologie » de Policard, quelques points de nos recherches sur la calcification normale des tissu de soutien. (L'exposé complet de la question avec des détails sur les combinaisons calciques expérimentées est actuellement en cours d'impression.) Dans un court article publié dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 57, p. 946-950, 1924, nous avons résumé nos résultats histologiques et montré par quelques exemples expérimentaux le parti que l'on pouvait en tirer.

Pour les lecteurs qui n'ont pas eu connaissance des recherches antérieures, voici à quelles conclusions nous sommes arrivé :

1° Le muscle joue un rôle primordial dans le processus de la calcification normale.

2° D'autre part les phénomènes de calcification sont d'essence chimique. Les glandes endocrines interviennent certainement mais dans une mesure qu'il est impossible d'évaluer en raison de l'étroite interdépendance des divers éléments de cet édifice glandulaire.

Puisque la calcification est chimique dans son essence, nous devons pouvoir l'accélérer ou la retarder par la simple action de métaux et de métalloïdes convenablement choisis.

Nous avons commencé notre vérification expérimentale par l'étude des mécanismes qui accélèrent la calcification (nous la continuons actuellement par celle de la décalcification).

L'accélération nous a paru plus immédiatement utile, car s'il est intéressant de pouvoir aider une calcification réparatrice dans un os fracturé, ce ne l'est pas moins de chercher si l'on peut aider ce même processus quand il tend à se développer dans un viscère autour d'une lésion à évolution lente.

Nous aurons à examiner successivement ces deux points, et nous apporterons non des exposés théoriques mais des observations. Elles sont peu nombreuses, car il est très difficile de trouver le cas type dont l'exposé ne pourra pas prêter à des interprétations différentes, inévitables quand il s'agit de lésions viscérales.

Avant d'exposer nos résultats, nous devons toutefois signaler une objection qui nous a été faite oralement, plusieurs fois.

Nous avons écrit que la calcification d'un tissu de soutien commence par une phase d'imbibition de l'axe squelettogène par des phosphates alcalins, qui cèdent peu à peu la place à des phosphates monobi-et tricalciques.

L'objection nous a été formulé dans les termes suivants :

On ne retire de l'os que du phosphate tricalcique, un peu de carbonate et des traces de fluorure ou d'autres sels de calcium. Vos résultats sont en contradiction formelle avec l'analyse chimique qualitative.

L'objection paraît tout d'abord très sérieuse ; sa valeur diminue toutefois à l'examen.

Le fait de ne retirer de l'os que du phosphate tricalcique ne veut pas dire qu'il n'y avait dans cet os, *quand il vivait*, que du phosphate tricalcique.

L'extraction des sels de l'os se fait par les acides et l'on sait que le phosphate tricalcique est le plus stable de tous les phosphates calciques.

La réaction minérale tend vers la stabilité, donc vers le phosphate trimétallique, et une trausformation intégrale est possible si la quantité d'acide mise en œuvre est suffisante.

Il y a plus, l'analyse quantitative montre qu'il y a une quantité de phosphore supérieure à celle qu'exige la formation du phosphate tricalcique et des phosphates alcalins, il y a donc d'autres phosphates et nous avons démontré ce fait en mettant en évidence un phosphate d'argent, et des phosphates mono-et bicalciques.

Il nous semble plus raisonnable d'admettre que le milieu osseux se comporte comme un récipient dans lequel, *au sein d'une solution d'albumines diverses*, se trouve un mélange ternaire des phosphates calciques, mélange dans lequel la précipitation de la chaux par le mécanisme que nous avons indiqué antérieurement, rompt l'équilibre en faveur du phosphate tricalcique.

En d'autres termes, le phospho-carbonate calcique de Werner représente le produit terminal d'une réaction, mais il y a une foule de réactions secondaires intermédiaires, dont une heureuse patience nous a permis d'isoler beaucoup de termes.

L'existence de phosphates calciques solubles est d'ailleurs signalée par les chimistes qui ont étudié la constitution minérale du cal de fracture ; ils ne semblent avoir échappé dans l'étude de l'os normal que grâce à leur solubilité et la facilité avec laquelle ils se transforment en phosphates trimétalliques en présence de l'excès de chaux.

On pourrait cependant ajouter que l'acidité des phosphates mono-et bicalciques rend leur présence improbable dans un tissu où la vie cellulaire est à ce moment très active. La base sur laquelle s'appuie la discussion est faible.

Il est certain que nous connaissons très peu de chose de la vie chimique des cellules. Quand nous prélevons une pièce à un moment M, c'est exactement comme si nous prélevions une portion d'un mélange organo-minéral des plus complexes en cours de transformation continuelle. L'analyse chimique ou l'examen microscopique ne nous renseigne que sur l'état chimique à ce moment, et dans une fraction infinitésimale du mélange total (il s'agit le plus souvent de poids notablement inférieurs au milligramme). Mais en admettant comme démontré que les phosphates acides sont nuisibles à la vie du milieu ossifiable, il ne faut pas oublier que les trois valences acides de l'acide phosphorique n'ont pas la même valeur thermochimique : le nombre de calories dégagées par chaque valence décroît rapidement et les chiffres sont respectivement pour la première, la deuxième et la troisième valence acide, de 14 calories 7, 11 calories 6, et 7 calories 3. Si nous tenons pour vraisemblable la présence de l'acide phosphorique libre, bien qu'il ne nous soit pas possible avec les moyens actuels de la démontrer in situ, il ne peut pas être nuisible aux phosphates mono-et bicalciques ; il contribue ainsi que les albumines, à la stabilité de ces sels.

Il est d'autre part bien probable que les groupements basiques des albumines et les métaux alcalins, interviennent aussi en modérant l'acidité d'un milieu, qui n'est jamais en équilibre stable, puisque

l'os, même adulte a toujours des besoins en calcaires, si faibles soient-ils.

L'objection énoncée ne doit pas être retenue sous l'une ou l'autre forme.

Observation cliniques. — I. OBSERVATIONS CLINIQUES SUR LES OS FRACTURÉS. — Nous avons expérimenté sur des fractures récentes ou anciennes, simples ou compliquées.

Le résultat est d'autant plus probant qu'il n'y a eu aucun traitement accessoire, il est d'autant plus favorable que la fracture est prise plus près du délai compris entre le cinquième et le dixième jour, période que l'étude histologique a montrée comme étant la plus active.

Fracture tardivement traitée. — I. — Homme, cinquante-sept ans.

Fracture par écrasement du tibia et péroné gauches au tiers inférieur avec fragment intermédiaire, le 27 février ; le blessé a été transporté pendant 12 kilomètres dans une charrette sans la moindre immobilisation.

Le 21 avril la consolidation ne paraît pas encore commencée (soit cinquante-trois jours après l'accident).

Malade obèse, à squelette peu développé.

Le 21 avril début du traitement chimique.

Le 12 mai, soit vingt-deux jours après, la consolidation est obtenue.

Dix premiers jours : 1 dose (1).

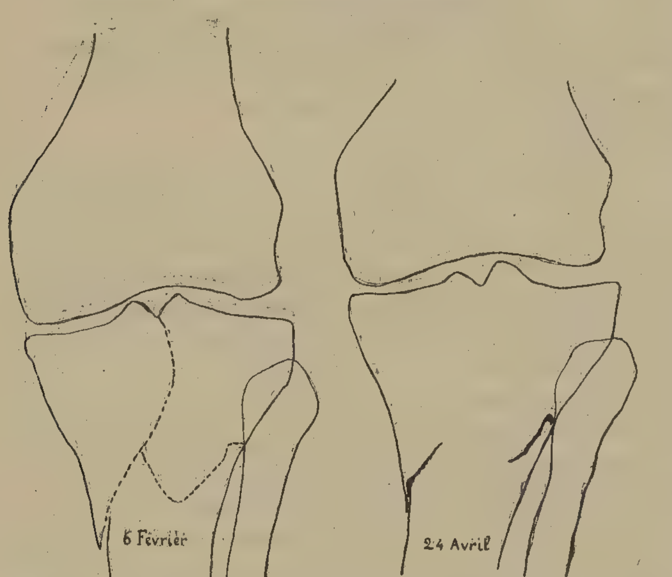
Douze jours suivants : 2 doses.

La présence d'un fragment intermédiaire rendait la consolidation improbable.

Fractures récentes. — II. — Homme, cinquante-huit ans.

Fracture grave du plateau tibial, intéressant l'articulation du genou, survenue dans un accident d'automobile, le 7 février 1925.

Le 17 on commence le traitement chimique, qui est interrompu le 29, par suite d'accidents vésicaux imputables à une infection vésicale ancienne (est de plus diabétique, a eu jusqu'à 22 grammes de sucre dans ses urines).



Malgré cet incident survenu au douzième jour, la fracture est suffisamment en voie de consolidation pour que le vingt-quatrième jour de la fracture, on puisse commencer la mobilisation habituelle, le vingt-huitième jour, la consolidation est complète, le trente-cinquième jour le plâtre est enlevé, et tout de suite le malade peut marcher.

Quarante-cinq jours après la fracture la guérison est parfaite sans raideur articulaire, avec une très légère atrophie musculaire, mais sans trace de cal, et il n'y a eu aucune limitation des mouvements du fait de l'absence de cal et d'enraidissement (décalque radiographique ci-joint : le trait de fracture est en pointillé ; on le devine encore après guérison. Remarquer l'absence complète de cal.

(1) La dose correspond à 0,30 centigrammes de sel de calcium.

La durée probable de la consolidation sans traitement aurait été de cinquante-cinq à soixante jours.

III. — G., soixante et onze ans. Manœuvre dans une scierie.

Le 14 janvier fracture bimalléolaire (arrachement de la malléole interne avec fracture du péroné).

Le 24 janvier, début du traitement

Au bout de *trente-cinq jours après la fracture* le malade est consolidé, il marche avec une canne et *reprend son travail le cinquante-cinquième jour* en se mettant simplement une bande autour de la jambe.

La durée normale de l'invalidité aurait été (moyenne des barèmes d'assurance de quatre-vingt-dix jours).

IV. — Mme P., trente ans.

Le 4 mai une chute de bicyclette est la cause d'une fracture du tibia et du péroné au tiers inférieur. Grosse mobilité des fragments, pas de lésions importantes surajoutées. Le traitement est commencé le 13 mai.

Trois doses pro die pendant les cinq premiers jours puis 2 doses pendant dix jours.

La consolidation est complète le 26, soit vingt-deux jours après l'accident.

La durée de la consolidation normale pouvait être évaluée à une cinquantaine de jours.

Il ne semble donc pas douteux que l'on ait influencé favorablement la consolidation de ces fractures.

Il suffit de donner, ainsi que nous l'avons fait, les éléments de l'os, pour voir apparaître un processus qui tardait ou pour accélérer le processus normalement développé.

Dans un de nos cas, où la consolidation n'était pas faite au cinquante-troisième jour, la présence d'un fragment intermédiaire esquilleux rendait cette consolidation problématique. Elle s'est faite en réalité aussi vite que si le processus avait évolué normalement.

On peut dire en se basant sur deux des cas précités que le gain de temps est de 30 à 50 p. 100 du temps total normal,

Mais ce chiffre rend mal compte du résultat vrai, puisque la moindre durée de l'immobilisation, l'absence quasi-complète d'enraidissement des articulations voisines et d'atrophie musculaire donnent un résultat fonctionnel définitif bien meilleur que celui donné par les traitements accessoires préconisés jusqu'ici.

Ceci nous paraît prouver que l'action chimique est prédominante dans la calcification, tout en réservant expressément le rôle des glandes endocrines sur lequel il est difficile d'avoir une opinion absolue.

V. L'innocuité parfaite des combinaisons calciques étudiées ne diminue en rien leur pouvoir thérapeutique; l'observation suivante en est la preuve :

Une femme de soixante-quinze ans, diabétique et albuminurique, atteinte d'un néoplasme du rein, se fait le 8 septembre une fracture intracapsulaire du col du fémur. Le 10 octobre, il n'y a aucun indice de consolidation; les mouvements sont rendus impossibles par la douleur; on perçoit encore la crépitation osseuse. A partir de ce moment on donne à la malade à chacun des principaux repas, 0,10 centigrammes de produit calcique. Le 20 novembre, c'est-à-dire au bout de quarante jours, les mouvements ne sont plus douloureux, on ne perçoit plus de crépitation. La mobilisation passive de l'articulation est possible ; on obtient la flexion à angle droit et la rotation. La malade décède le 26 novembre de son néoplasme rénal, la veille elle s'était levée et assise sans douleur dans un fauteuil.

L'âge, le diabète, un néoplasme rénal étaient des circonstances aggravantes, dans cette fracture du col de fémur; malgré tout cela, malgré l'emploi de doses très faibles, la consolidation a été obtenue; et nous gardons de cette observation la certitude que les combinaisons calciques ne sont pas nocives tout en restant actives, même quand des lésions graves affectent l'état général.

VI. — *Fracture ouverte.* — Femme, soixante-cinq ans : fracture ouverte de la jambe droite (péroné et tibia) à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen. Le fragment tibial a perforé la peau, et un chirurgien enlève une esquille ayant 5 centimètres environ de longueur sur 1/2 centimètre d'épaisseur et de largeur.

Le traitement est commencé au huitième jour de la fracture, avec trois doses pro die pendant les sept premiers jours et deux doses pendant les sept jours suivants.

Le vingt et unième jour après la fracture le plâtre est enlevé, la fracture est absolument solide, il n'y a pas de cal, pas de raideur articulaire.

En resumé il semble demontré par les observations ci-dessus que l'absorption des éléments de l'os, accélère dans une mesure très remarquable la réparation des os fracturés, l'absence complète et constante de cal, traduit évidemment de façon palpable le soulagement apporté à l'organisme par l'intervention thérapeutique.

II. — OBSERVATION CONCERNANT LA TUBERCULOSE PULMONAIRE A ÉVOLUTION ASSEZ RAPIDE. — Notre observation concerne un malade qui, après une atteinte grippale pendant l'hiver 1923, fit une tuberculose d'aspect assez sévère puisque quatre mois après le début de l'affection les crachats contenaient des bacilles abondants.

Envoyé dans un sanatorium pyrénéen, le malade y fit un long séjour et rentra dans sa famille au bout de dix mois un peu amélioré au point de vue général, mais conservant un foyer de ramollissement au sommet gauche perceptible en avant et en arrière. Les crachats étaient encore abondants et contenaient quelques bacilles.

En août 1924, le malade présentait outre de la dyspnée et des troubles dyspeptiques, des crises asthmatiformes nocturnes presque quotidiennes.

A l'examen sthétoscopique on trouve : à gauche, un foyer de râles sous-crépitants très humides, assez proche du gargouillement en avant et en arrière. Dans la fosse sous-épineuse la respiration est soufflante, l'expiration rude et prolongée.

A la base le murmure est affaibli, l'expiration est rude.

A droite, on note à la base et en arrière une respiration très rude sans râles.

Bacilles de Koch.

On lui donne à partir du 4 septembre, dix centigrammes par jour.

Le 4 octobre (après trente jours de traitement).

Le malade accuse une sensation de mieux-être général avec diminution de la dyspnée, et chose remarquable une très grosse diminution de l'expectoration.

Les bacilles de Koch sont peu nombreux, 1 tous les trois ou quatre champs.

Au point de vue sthétoscopique, les signes sont identiques, à cela près que les gargouillements semblent avoir fait place à des râles plus secs.

Le traitement est poursuivi sans interruption jusqu'au *20 février*, l'amélioration s'accentue nettement, la dyspnée et les crises asthmatiformes ont disparu, le malade marche et court. Il ne reste plus à ce moment qu'une zone de sous-crépitants couvrant une étendue égale à celle du pavillon d'un sthétoscope d'accoucheur. Le foyer n'est plus perceptible en arrière.

Le 18 mai, le malade est revu, il a eu dans l'intervalle un rhume qui a peu duré, et ne semble pas avoir touché l'état général.

Mais sthétoscopiquement le foyer sus ou sous-claviclaire gauche a évolué, les gargouillements sont revenus et les bruits ont un timbre spelunchique. Tout autour de ce foyer on ne perçoit aucun bruit anormal, la respiration est forte et un peu rude. En arrière quelques sous-crépitants.

On reprend le traitement à 0,30 par jour.

Aucune atteinte de l'état général ou de l'appétit, les troubles dyspeptiques sont disparus depuis longtemps.

Un détail montre quelle peut être la calcification provoquée : Une décalcification dentaire rapide avait entraîné une carie. Le malade se fait soigner par le même dentiste depuis de longues années, et ce praticien a remarqué l'extrême dureté des dents de son client.

Il n'est donc pas douteux que dans ce cas on ait pu limiter à la partie primitivement atteinte un foyer de tuberculose qui normalement devait s'étendre. Sans avoir le pouvoir merveilleux dont on pare parfois les médicaments antituberculeux récalcifiants, ces sels de chaux se sont montrés actifs, et les essais sont assez encourageants pour nous inciter à continuer nos recherches.

Les résultats obtenus sur l'os jeune et la croissance feront l'objet d'un prochain article.

CLINIQUE CHIRURGICALE « LA JOLIETTE »

DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES ADÉNITES INGUINALES SUPPURÉES

Par le docteur LOP [de Marseille]

I

Dans une Revue générale parue dans la *Gazette des hôpitaux* du mois d'octobre dernier, le docteur Bourde, chirurgien des hôpitaux de Marseille, publie un article intitulé « les paquets ganglionnaires de l'aine. Leur traitement chirurgical », où il expose le résultat des interventions qu'il a faites ou vu faire pendant son internat.

Je suis très heureux de ceci. Le traitement qu'il indique confirme une fois de plus les résultats heureux obtenus depuis bientôt plus de vingt ans dans ma pratique que j'ai fait connaître pour la première fois dans une communication à la Société de chirurgie (Paris 1904) présentée par le regretté Reynier, intitulée « des adénites climatériques et de leur traitement chirurgical » ; celles-ci ayant été les premières en date, attaquées chirurgicalement, en présence de l'inanité des traitements jusqu'alors employés (1).

Si j'en juge par les recherches que j'ai faites, j'ai été précédé ou suivi uniquement dans cette voie par, il me semble, Leroy des Barres (de Hanoï) je crois, dis-je, avoir été un des premiers, non seulement à recommander, mais à pratiquer systématiquement dans mon service l'exérèse de toutes les adénopathies suppurées, vénériennes ou autres de la région inguinale.

Je ne ferai pas grief au docteur Bourde d'avoir oublié dans sa bibliographie le tout petit travail présenté à la Société de chirurgie, pas plus que d'ignorer les satsifactions obtenues depuis, puisque je ne leur avais plus donné, jusqu'à ce jour, aucune publicité.

Bien au contraire, j'apporte à l'appui de ce qu'il publie une expérience vieille, je le répète, de vingt ans, et riche de centaines de cas, qui ne pourront que satisfaire ce confrère et l'encourager de son côté à continuer à nous faire connaître les résultats de sa pratique.

Personnellement je crois avoir opéré jusqu'à maintenant un millier d'adénites inguinales de diverses natures ; je dis un millier, mais je crois être certainement au-dessous de la réalité ne serait-ce que celles opérées pendant la guerre, dont je n'ai pu, étant occupé comme on le suppose, tenir une statistique étroite.

De tous les cas observés et que je continue à observer encore, les plus nombreux sont d'origine purement inflammatoire, vénérienne pour les 5/10, climatériques pour quelque-uns, la tuberculose étant l'exception. Je dis l'exception, car systématiquement ou à peu près, toutes les adénites

(1) Le compte rendu des résultats obtenus rapportés ici sont donc inédits, ma première communication ne s'appliquant qu'aux « adénites climatériques ».

extirpées dans mon service sont l'objet d'un examen bactériologique et souvent même anatomo-pathologique.

II

Depuis longtemps je ne m'arrête plus, à moins de refus systématique du malade, au traitement local extérieur modificateur, ou par la vaccinothérapie comme on l'a proposé à maintes reprises. Ces traitements sont inopérants ou à peu près, immobilisant les malades indéfiniment. Comme il s'agit très souvent de gens ayant besoin de travailler, on voit combien pour eux est grand l'intérêt à ce qu'ils soient guéris vite, bien et complètement.

Dans la population hospitalière de ma clinique, je vois surtout des marins français et étrangers, Brésiliens, Japonais, Chinois, avant la guerre pas mal d'Allemands venant des Indes Néerlandaises. C'est en particulier chez ces derniers que je suis le plus souvent intervenu, et le plus particulièrement pour des adénites syphilitiques infectées, dont quelques-unes ne dataient pas moins de quatre, cinq ou six mois. Je me suis souvent demandé comment ces malheureux-là pouvaient arriver à continuer à travailler de leur pénible profession, en particulier les soutiers et les chauffeurs.

Mes interventions au début ont été taxées d'osées; on avait peine à admettre que l'on attaquât chirurgicalement des adénites syphilitiques.

Je ne sais certainement pas quel est le résultat de la pratique à ce sujet de mes confrères ; mais ce que je puis affirmer, c'est que sur un millier d'adénites nettement syphilitiques par l'allure clinique, par l'étiologie et la réaction de Bordet-Wassermann observées dans mon service, celles-ci sont beaucoup plus fréquemment suppurées qu'on ne le suppose. C'était d'ailleurs l'opinion de mon regretté ami et distingué confrère, le professeur Perrin, le dermatologiste syphiligraphe bien connu, à l'expérience duquel j'ai eu bien souvent recours avant que d'intervenir.

En pareille occurrence, s'en tenir au traitement purement causal, c'est sûrement s'exposer à un échec. Je n'ai jamais vu d'adénites syphilitiques enflammées disparaître sous l'influence seule du repos et du traitement local et général, le plus intensif soit-il, 914, mercure, etc.

On a jadis prétendu à tort que les adénites syphilitiques ne suppuraient jamais, qu'elles étaient bilatérales, et que ces caractères-là suffisaient à faire admettre toute autre cause que la syphilis.

J'ai lu aussi, non sans surprise, dans plusieurs rapports relatifs à des accidents de travail, des experts rejeter les conclusions de mes rapports et écrire eux-mêmes dans le leur que la *suppuration excluait systématiquement* le chancre syphilitique, Il fallait, le chancre mou n'existant pas, admettre comme cause le traumatisme invoqué par le blessé, alors même que ces adénopathies étaient bilatérales et le traumatisme invoqué unilatéral de côté opposé à l'adénite! Passons... être expert ne signifie pas toujours compétence et bon sens.

Si mes interventions sont nombreuses pour les adénopathies suppurées syphilitiques, elles ne sont pas moins nombreuses pour toutes les autres causes d'origine vénérienne, chancrelleuses ou blennorrhagique.

Je ne vois aucune contre-indication à l'intervention. Ni la nature de l'adénite ni l'âge du sujet, ni la bi-latéralité.

III

Actuellement j'interviens d'une façon un peu moins précoce que jadis. Je mets le malade au repos pendant quatre ou cinq jours; à moins que l'état général ne m'y oblige, je n'interviens guère avant. Sous l'influence du repos, de pansements secs, ou que je qualifierai « d'humides secs » à l'alcool, c'est-à-dire sans imperméable, les phénomènes inflammatoires s'atténuent, les téguments, souvent macérés par le pus ou par l'inflammation reprennent toute leur vitalité, le traumatisme de l'exérèse n'est plus une cause aggravante et menaçante des parties molles.

Le docteur Bourde prétend que la bilatéralité est une contre-indication sérieuse. Tel n'est pas mon avis, à condition, qu'à moins d'y être forcé, l'on opère pas les deux côtés le même jour.

C'est ainsi que je pratique dans mon service hospitalier où j'ai toujours affaire à de formidables adénites, très fréquemment bilatérales.

Il va de soi que le traitement que j'applique aux adénites auxquelles je viens de faire allusion, je le mets en pratique dans la tuberculose et dans les quelques cas d'adénopathies crurales suppurées dont le point de départ est quelquefois une infection du pied ou de la jambe mal soignée ou négligée, comme cela arrive malheureusement chez les chauffeurs et les soutiers. Cette dernière variété suppure fréquemment d'une manière infinie.

Quant aux autres cas, simples retentissements ganglionnaires à distance, j'estime qu'il est bon de ne pas y toucher, le traitement causal et le repos suffisant en général pour amener la guérison.

IV

Il y a un point sur lequel je veux attirer toute l'attention des chirurgiens et des médecins. C'est un traquenard dont on ne se méfie encore pas assez. Je veux parler des « adénopathies inguinales de la peste ». Il n'est point déplacé d'en parler dans une communication chirurgicale. Cette terrible infection qu'est la peste a fait depuis quelques années réapparition non seulement dans les ports de mer, mais encore dans les villes du centre de l'Europe, et on ne saurait trop s'en méfier.

J'en parle savamment ayant eu il y a cinq ans à la clinique deux Japonais admis en mon absence pour adénite par le médecin de garde qui n'avait pas eu l'esprit attiré sur la possibilité d'adénites pesteuses.

Moi-même, le matin, en arrivant dans le service, si je n'avais pas été frappé par deux autres malades de même nationalité que le médecin Japonais m'avait adressés, l'un avant le diagnostic de pleurésie purulente, et l'autre d'ictère et par l'aspect général de ces deux hommes, je me serais fouvroyé pour les deux autres, tellement ces adénites unilatérales et sans grande réaction générale ressemblaient à une adénite ordinaire, d'autant que l'on retrouvait chez l'un d'eux, les stigmates d'un chancre remontant à quelques semaines.

Frappé par l'aspect des deux premiers malades et par le caractère d'une expectoration, inusitée au cours d'une pleurésie purulente qui, n'était d'ailleurs qu'une pneumonie pesteuse, mon attention fut aussitôt éveillée. Ces quatre hommes furent immédiatement isolés. Je ponctionnais l'adénite de l'un d'eux, recueillis des crachats et les envoyais immédiatement au laboratoire où l'on constata la présence du bacille de Yersin.

Depuis lors, je ne touche pas une adénite suppurée, en particulier chez les marins (1), sans faire la recherche du Yersin complétée, pour celles qui ne présentent même aucune trace apparente, récente ou ancienne de chancre, par un Bordet-Wassermann.

A l'appui de ce qui précède, voici une observation résumée qui m'a été communiquée par mon maître et ami le docteur J. Arnaud, directeur du service de l'hygiène : En 1920, entre à l'hôpital, atteinte d'adénites suppurées de cause inconnue une femme. Elle est admise en chirurgie et opérée. La guérison se faisant attendre, on procède à un examen bactériologique qui décèle la présence abondante du bacille de la peste. La malade est aussitôt isolée. C'est miracle que personne n'ait été infecté.

Cette Revue était terminée, lorsque le 3 février dernier, le médecin d'un grand paquebot français adresse à la clinique un marin de son bord atteint d'adénite inguinale double.

J'examine celui-ci et constate effectivement l'existence de deux adénites suppurées non ouvertes et en même temps une pneumonie droite. J'isole cet homme et préviens aussitôt le laboratoire. Ce n'était pas de la peste fort heureusement. Mon émotion ne surprendra personne; à quoi penser chez un marin arrivant d'Extrême-Orient avec une double adénite et une pneumonie? — cette dernière étant passée inaperçue du médecin du bord et de celui du médecin de la santé du port.

Les deux adénites n'ayant été l'objet d'aucune recherche bactériologique, malgré que leur existence remontât à quinze jours et que le navire eût fait escale à Suez et à Port-Saïd où le temps et les moyens de contrôle permettaient celui-ci.

On m'excusera donc si j'insiste un peu longuement sur l'importance de *procéder*, avant que d'opérer, à un *examen bactériologique*, toute adénite inguinale n'évoluant pas parallèlement à des lésions génitales, anales ou périphériques en pleine florescence ou ayant laissé des stigmates indiscutables.

Cette dernière précaution est indispensable. Je ne saurais trop *insister* auprès de mes confrères pour éviter qu'ils la négligent s'ils ne veulent pas s'exposer, comme j'ai failli l'être, aux pires ennuis administratifs et à la contagion des autres malades, du personnel et d'eux-mêmes.

V

La technique opératoire que je mets en pratique depuis toujours est très simple : le plus habituellement, anesthésie générale au Schleich, sauf dans quelques cas rares où les téguments sont intacts, je commence alors l'intervention sous la novocaïne et la termine par l'anesthésie générale.

En général, je fais une incision curviligne dont la convexité regarde la racine de la cuisse. Je rabats en haut le large lambeau obtenu, après avoir trouvé un plan de clivage, presque toujours assez facilement, je termine par l'énucléation de tout le paquet, soit avec le doigt à nu, soit coiffé d'une compresse, soit ganté. Est-ce habitude, est-ce le nombre considérable d'adénites opérées, en quelques minutes il est rare que je n'aie pas vidé tout le pli de l'aine des ganglions infectés.

(1) Qu'ils arrivent du proche ou du lointain Orient.

Lorsque les téguments sont en mauvais état, enflammés, je fais alors l'incision au point culminant de la tumeur et après avoir posé un petit Gosset ou soit encore les écarteurs Farabeuf, je procède et termine de la même façon que par ailleurs.

Il y a toujours une plus ou moins assez abondante hémorragie veineuse, mais que la compression tarit très rapidement.

Je fais un attouchement soit à la teinture d'iode, soit au chlorure de zinc, ou un simple lavage à l'éther; je réunis aux deux extrémités de la plaie opératoire. On applique un pansement à plat légèrement compressif que l'on renouvelle quarante-huit heures après, sauf en cas de suintement abondant.

Je ne saisis pas bien l'utilité de la technique compliquée recommandée par Gosset. Je puis me permettre d'affirmer que par le procédé que j'indique, sauf dans le cas d'adénites ayant quelquefois la grosseur d'une orange, j'obtiens une plaie post-opératoire de moyenne grandeur, de cicatrisation assez rapide, pour laquelle pourtant il ne faut pas prévoir moins de trois semaines, ce délai constituant un minimum.

VI

Dans le nombre respectable de cas où je suis intervenu, je ne me suis jamais occupé des temps opératoires indiqués par Gosset. Je n'ai jamais eu, je puis l'affirmer, aucun accident, aucune lésion vasculaire importante à signaler. Je n'ai pas souvenance d'avoir une seule fois blessé la saphène et encore moins la fémorale.

Je dois signaler pourtant deux accidents mortels post-opératoires, les seuls que j'ai eus à déplorer (dans vingt années de pratique) l'un au douzième jour et l'autre le vingt et unième, tenant tous deux à une suppuration profuse impossible jusqu'alors à tarir.

Il s'agit de l'ulcération de l'artère fémorale avec mort foudroyante dans le premier cas; dans le deuxième, grâce au sang-froid et à l'habileté d'une infirmière j'ai pu arriver à temps pour suturer (1) l'artère fémorale; mais le malade déjà très affaibli avant son entrée à la clinique, ne put pas résister à la spoliation sanguine amenée par la plaie de la fémorale. Malgré tous nos efforts il succomba quatre jours après presque subitement, quelle qu'aient été l'énergie et la variété du traitement mis en œuvre.

Je ne puis expliquer dans l'un comme dans l'autre cas, la raison de cette ulcération vasculaire que par l'abondance de la suppuration et sa virulence. Dans ces deux cas, pas plus que dans les précédents, l'artère non seulement n'avait pas été touchée, mais encore *aperçue* à aucun moment de l'opération.

VII

Les suites opératoires sont en général bénignes. Dans les premières quarante-huit heures il se produit une réaction fébrile allant jusqu'à l'hyperthermie qui tient à l'ouverture des lymphatiques, fièvre qui rappelle celle qui suit le curetage utérin, après l'infection puerpérale.

Il se produit fréquemment, pour ne pas dire toujours, une lymphorragie qui aggrave la suppuration

(1) Observations qui constituent mon deuxième cas de suture de la fémorale, avec succès.

toujours existante avant l'opération, et souvent la provoque lorsqu'elle n'existe pas à l'état de collection.

Comme le docteur Bourde, j'ai constaté fréquemment la cicatrisation chéloïdienne. Quant aux récidives, je suis absolument de son avis, elles sont exceptionnelles si l'intervention est menée régulièrement et complètement.

Quand il y a une suppuration trop abondante qui ne cède pas aux moyens ordinaires, je me trouve très bien de l'enfumage iodé selon la remarquable méthode de mon ami Louge (de Marseille).

Il y a un point sur lequel j'attire l'attention, il ne faut pas aliter trop longuement les malades, dès le huitième jour au plus tôt il faut les faire lever.

Il faut aussi s'occuper de leur état général, continuer le traitement s'il s'agit d'adénites spécifiques, donner des reconstituants pour les autres variétés causales. Et enfin, chez les uns comme chez les autres, je me trouve très bien en été de les envoyer aux bains de mer, que je recommande de faire suivre d'un bain de soleil de quelques minutes.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 2 JUILLET 1925)

Diplégie spasmodique de l'enfance avec symptômes associés extrapyramidaux. — M. Henri FRANÇAIS présente un cas d'encéphalopathie de l'enfance caractérisé par des troubles parésiques et spasmodiques des quatre membres, auxquels se superposent des symptômes extrapyramidaux (dysarthrie explosive, spasmes convulsifs permanents des muscles du cou portant la tête en arrière, figure grimaçante, légère torsion latérale du tronc), tels qu'on en observe dans la maladie de Wilson. Ces phénomènes paraissent dus à des lésions cérébrales diffuses qui atteignent les noyaux gris centraux.

Maladie de Recklinghausen familiale et sarcomatose associée. — MM. CROUZON, BLONDEL et KENZINGER.

Atrophie musculaire polynévritique avec conservation des réflexes chez une enfant tuberculeuse. — MM. LEREBOULLET, HEUYER, et GOURNAY présentent une enfant de treize ans, qui fut atteinte, en décembre dernier, d'une paralysie avec atrophie musculaire des membres inférieurs portant sur les groupes antéro-externes et postérieurs des jambes, et d'une parésie des membres supérieurs à topographie Aran-Duchenne. Les réflexes tendineux étaient partout conservés, et avaient même une certaine vivacité. Au début, le diagnostic avait été hésitant entre une poliomyélite, une polynévrite et une forme polynévritique de sclérose latérale amyotrophique. Mais, d'une part, l'hyperalgésie musculaire qui devint de plus en plus nette, l'évolution d'abord progressive, puis régressive de la paralysie, et surtout l'examen électrique avec l'étude de la chronaxie permettent d'affirmer l'existence d'une polynévrite. La conservation des réflexes s'explique par la chronaxie à peu près normale des groupes musculaires correspondants.

L'enfant est une tuberculeuse avancée. Les auteurs, après discussion de l'existence des polynévrites tuberculeuses, admettent, dans ce cas, la probabilité de l'étiologie tuberculeuse.

Dissociation albumino-cytologique sans signe de compression médullaire ni d'hypertension cranienne. — M. André THOMAS présente une enfant de quatorze ans et demi qui a été prise, il y a quelques mois, de troubles névraxiques diffus et progressifs caractérisés par une paralysie flasque des quatre membres prédominant sur le segment proximal, par une diplégie faciale avec ptosis, atrophie linguale et trémulations fibrillaires, parésie du voile, signe de Romberg, surdité complète avec inexcitabilité labyrinthique, enfin anomalies de croissance (croissance accélérée, hypertrophie mammaire). Peu à peu, on assista à la disparition des réflexes pupillaires à la lumière et à la disparition des réflexes tendineux. Une première ponction lombaire a montré une dissociation albumino-cytologique manifeste (2gr, 10 d'albumine, 3 lymphocytes) avec réaction de Bordet-Wassermann douteuse. Quelques semaines plus tard, une seconde ponction a montré une dissociation atténuée, mais cependant persistante : 0gr,65 d'albumine et 3 lymphocytes. Aucun antécédent familial ne permet d'envisager le diagnostic de paralysie bulbaire familiale, et le traitement spécifique novarsenical est resté, dans l'ensemble, inefficace.

M. A. Thomas fait remarquer que, malgré la dissociation albumino-cytologique, aucun symptôme ne permet, chez cette malade, de soupçonner une compression médullaire ou une hypertension cranienne. Il a observé des dissociations de même ordre dans des cas isolés de sclérose en plaques, d'anémie pernicieuse.

M. SICARD, comme M. BARRÉ, a suivi, à plusieurs reprises, ces temps derniers, des cas de névraxites de nature indéterminée accompagnés de dissociation albumino-cytologique. Mais, dans tous ces cas, l'hyperalbuminose subit une évolution régressive, au lieu d'aller en s'accentuant comme il est de règle dans les compressions médullaires ou dans les tumeurs cérébrales. Les faits observés par M. Sicard ont eu généralement une terminaison favorable.

M. FOIX avait signalé, depuis longtemps, la dissociation albumino-cytologique dans la poliomyélite antérieure aiguë et dans la myélite nécrotique. Les névraxites avec dissociation, que l'on observe actuellement, ont un caractère plus diffus. M. Foix est moins optimiste que M. Sicard au sujet de leur pronostic.

M. Cl. VINCENT signale une exception au caractère progressif de la dissociation albumino-cytologique qui accompagne les tumeurs cérébrales ou les compressions médullaires. Dans les cinq ou six jours qui suivent une ponction lombaire, il y a dilution du liquide, et une nouvelle ponction, pratiquée pendant cette période, ne donnerait qu'un taux d'albumine diminué.

D'autre part, M. Vincent confirme les remarques de MM. Sicard et Foix sur l'existence, à l'heure actuelle, de névraxites d'allure infectieuse, mais de nature indéterminée. Il rapporte 3 cas qu'il a observés dans une même famille (une mère et ses deux filles), dont l'un était une encéphalite typique, mais les deux autres ne répondaient à aucun type déterminé.

M. LÉRI rappelle que, dans la méningite otitique, la dissociation albumino-cytologique peut être le prélude de la polynucléose.

Dans les cas d'anémie pernicieuse où M. A. Thomas avait vu la dissociation, cette dernière avait eu une évolution progressive, et non régressive.

Abcès du cervelet d'origine otitique. Opération. Guérison. — MM. A. THOMAS et GIRARD montrent un homme de quarante ans, atteint d'une otorrhée chronique ancienne, chez lequel on remarqua successivement un changement de caractère, puis une parésie faciale incomplète du côté droit, enfin du nystagmus, qui s'exagérait surtout dans le regard à droite. L'évidement pétro-mastoïdien n'amena aucune amélioration. Au contraire, peu après cette opération, on vit apparaître de la titubation, puis une hémiasynergie très nette du côté droit, avec signe de Babinski du même côté. Le diagnostic posé fut celui d'abcès du cervelet du côté droit. L'intervention confirma le diagnostic, et permit l'évacuation du pus. Malgré des suites opératoires mouvementées, la guérison a été obtenue. Le seul signe d'asynergie qui persiste actuellemant est un léger signe de flexion combinée de la cuisse et du tronc. La paralysie faciale est devenue totale (le nerf a été vraisemblablement lésé au cours de l'intervention) ; le nystagmus reste très marqué et bilatéral. Le labyrinthe est inexcitable à droite et hypoexcitable à gauche.

Syndrome de Parinaud et spasme bilatéral de la face et du cou chez un pseudo-bulbaire. — MM. SOUQUES, CASTERAN et BARUK posent, à ce propos, la question des tics et des

mouvements d'habitude dans les lésions bilatérales, et en particulier dans celles qui intéressent les noyaux striés.

Tumeur cérébrale traitée par la radiothérapie pénétrante. Récidive. Trépidation dorsale du pied. — M. Cl. VINCENT a observé un malade atteint de tumeur cérébrale avec hémiplégie, chez lequel un traitement intensif de radiothérapie pénétrante (26 000 R dans une première série, puis 14 000 R dans une seconde) a amené une rémission, mais incomplète, et a été suivi de récidive. L'hémiplégie a reparu, et, du côté opposé, on voit apparaître des phénomènes semblables à ceux qui ont marqué le prélude de l'hémiplégie : phénomène de la flexion dorsale du pied et myoclonies du long supinateur. Or, lorsqu'on a recherché le phénomène de la flexion dorsale du pied, on assiste à une série de contractions rythmiques du jambier antérieur, qui simulent le clonus du pied. Mais deux caractères distinguent ce pseudo-clonus : tout d'abord c'est le jambier antérieur, et non le triceps sural, qui se contracte; et d'autre part c'est une excitation cutanée et non l'excitation tendineuse qui déclenche le mouvement. Ces phénomènes ne s'associent à aucun signe pyramidal.

M. BABINSKI fait remarquer que rien n'empêche néanmoins d'admettre l'origine pyramidale de ce symptôme, car il est fréquent également d'observer le réflexe de l'orteil en dehors de tout déficit moteur.

M. THIERS a observé, avec M. P. Marie, un symptôme analogue dans un cas de ramollissement cérébral.

Attitude d'extension et de torsion dans un cas d'hypertonie diffuse post-encéphalitique à début parkinsonien. Rapports avec la rigidité décérébrée. Troubles du tonus d'équilibre. — MM. GUILLAIN, ALAJOUANINE et THÉVENARD présentent un garçon de douze ans, atteint d'encéphalite typique en 1919, qui fit un syndrome parkinsonien en 1920, et qui, en 1923, commença à présenter des troubles de l'équilibration. Actuellement, l'enfant repose généralement dans le décubitus latéral gauche, la tête en hypertension. Il existe une hypertonie musculaire diffuse, un mouvement involontaire, lent, de la jambe droite, du tremblement. Pour asseoir l'enfant, pour lui permettre de se tenir debout, et de marcher, il faut d'abord corriger l'hyperextension de la tête. Encore l'enfant marche-t-il sur la pointe des pieds, en danseuse. La force musculaire est, en général, bien conservée. Outre la stato-dystonie, on note encore, chez cet enfant, une parole nasonnée, monotone, et des crises périodiques, vespérales, d'agitation et de méchanceté, comme il est fréquent d'en observer dans les syndromes post-encéphalitiques de l'enfance.

Cette présentation est l'occasion d'une longue discussion, où sont envisagées la classification des spasmes de torsion avec ou sans mouvements de type athétosique (Foix, Alajouanine), la distinction des attitudes de torsion post-encéphalitiques et des spasmes de torsion du type Oppenheim-Ziehen, enfin la notion de « rigidité décérébrée ». Malgré l'absence de l'hyperextension et de l'hyperpronation des membres supérieurs, M. Foix pense qu'on peut rapprocher cette observation des faits expérimentaux de Sherrington et des faits cliniques de Wilson. Mais M. Guillain critique l'expression de « rigidité décérébrée ». Dans les faits de Sherrington, il y avait transsection complète du tronc cérébral, mais là où il n'y a pas de paralysie, on ne peut parler de « décérébration ». M. Foix propose de substituer au terme de « rigidité décérébrée » celui de « rigidité du type Sherrington-Wilson ». Ce type a été observé par les auteurs après décérébration; mais la décérébration n'est pas nécessaire pour sa production.

Un cas d'apraxie idéo-motrice. — MM. GUILLAIN, ALAJOUANINE et GARCIN. L'apraxie, qui s'accompagne d'agraphie complète, semble due à une sorte d'agnosie tactile. Elle s'est constituée à la suite de trois ictus successifs survenus à plusieurs années d'intervalle, et est accompagnée d'hémiplégie gauche chez un gaucher. Cette apraxie, certainement indépendante de tout processus tumoral, se montre particulièrement durable, puisqu'elle persiste depuis un an.

Pression intracranienne et tension oculaire. — M. WLADYCZKO (de Vilno) a étudié, chez le chien et chez le lapin, les relations entre la pression intracranienne et la tension des globes oculaires.

Syndrome thalamique avec troubles végétatifs. — MM. FOIX, CHAVANY et BASCOURRET présentent un malade chez lequel on constate :

1° Une hémiparésie légère avec hémialgie permettant de conclure à un syndrome thalamique à forme hémialgique :

2° Des troubles végétatifs caractérisés par une hémi-hyperidrose du côté malade, prédominant à la face : par un syndrome de Claude Bernard-Horner d'excitation du même côté, par une exagération du réflexe pilo-moteur de la région cervico-faciale du même côté. Des troubles analogues ont été observés par les auteurs dans deux autres cas de syndrome thalamique. Ces syndromes thalamo-végétatifs sont intéressants à rapprocher de la richesse en éléments végétatifs de la région thalamo-ventriculaire.

Syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec acrocontracture. — MM. Ch. ACHARD, J. THIERS et S. BLOCH présentent une femme âgée de vingt-huit ans, atteinte de parkinsonisme post-encéphalitique avec tremblement, chez laquelle ils ont vu se constituer, en quelques semaines, une main en griffe par contracture des fléchisseurs des doigts, sauf le pouce. Cette contracture, qui est irréductible, s'est substituée peu à peu au tremblement. Elle s'accompagne d'atrophie des muscles et de saillie des extrémités osseuses des articulations méta-carpo-phalangiennes. Les auteurs montrent que les altérations ainsi observées ne peuvent être confondues ni avec celles du rhumatisme chronique, ni avec celles de la contracture pyramidale. Elles sont imputables à l'hypertonie, elle-même en rapport avec le siège parapyramidal des lésions nerveuses.

Paralysie infantile avec séquelles tardives : signe de Babinski bilatéral et crises comitiales. — MM. Ch. ACHARD, J. THIERS et S. BLOCH présentent une femme de trente-six ans, atteinte dans l'enfance de paralysie infantile, avec atrophie du membre inférieur droit, pied creux et griffe, et chez qui le réflexe plantaire se fait en extension, aussi bien du côté gauche, qui est normal, que du côté droit, où existent atrophie et déformation. Les auteurs estiment que, dans ces conditions, il n'y a pas lieu de faire intervenir des causes locales pour expliquer cette extension de l'orteil, et que, étant donnée la coexistence de crises comitiales survenues à la suite de la paralysie infantile, il faut admettre une atteinte *diffuse* de l'axe nerveux, à la fois cérébrale et spinale, c'est-à-dire l'association d'une encéphalite à la poliomyélite.

Traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation calcique transcérébrale. Nouvelle technique. — M. G. BOURGUIGNON. Dans les premiers essais de traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation calcique transcérébrale, l'auteur, en collaboration avec M. CHIRAY, avait adopté l'une des techniques d'électrisation cérébrale décrites par Erb : les deux électrodes étaient placées sur les régions pariétales.

Ayant eu à traiter un syndrome de Weber, l'auteur, pour faire profiter du courant les muscles de l'œil paralysé, mit l'une des électrodes sur l'œil droit. En un mois de traitement, l'ophtalmoplégie fut complètement guérie.

Ce résultat rapide lui donna l'idée qu'en passant par les parties molles de l'œil et de l'orbite, très conductrices, on devrait faire passer beaucoup plus de courant par l'encéphale que dans la technique primitive. Il employa donc cette technique chez les hémiplégiques ordinaires. L'électrode positive, imbibée de la solution de chlorure de calcium, est placée sur l'œil du côté de la lésion. L'électrode négative, imbibée d'eau pure, est appliquée sur la nuque au niveau de l'interstice occipito-vertébral.

En appliquant cette nouvelle technique au traitement de quelques hémiplégiques, l'auteur constata que les résultats obtenus étaient du même ordre, — mais beaucoup plus rapides, plus importants et plus prolongés, — que ceux qu'il avait obtenus avec les deux électrodes placées dans les régions pariétales,

Traitement de l'hémiplégie avec contracture par l'ionisation de divers ions, suivant la technique de G. Bourguignon. — MM. G. BOURGUIGNON et E. JUSTER, utilisant la technique ci-dessus, ont comparé les résultats obtenus avec des électrodes imbibées d'eau distillée (électrolytes variés, mais très

peu nombreux) ou avec l'ionisation calcique. Au bout d'un mois de traitement, les résultats obtenus à l'aide de l'ionisation calcique se sont montrés bien supérieurs.

Les auteurs ont ensuite expérimenté l'action de l'ion iode ; mais, tandis que l'ion calcium agit quelle que soit l'origine de l'hémiplégie, l'ion iode paraît avoir une action prédominante lorsque la syphilis est en cause. L'amélioration intéresse non seulement la contracture et la motilité volontaire, mais encore l'aphasie, le rire spasmodique, et même la surréflectivité.

Anatomie pathologique d'une vertèbre d'ivoire dans un cas de cancer métastatique de la colonne vertébrale. — MM. Souques et J. Bertrand ont pu étudier anatomiquement une vertèbre d'ivoire consécutive à un cancer du sein. L'aspect macroscopique était absolument celui du vieil ivoire. Au contact de la vertèbre, il y avait des adhérences méningées. A l'examen microscopique, la vertèbre était constituée par de l'ostéite condensante veinée d'innombrables boyaux cancéreux. Cette ostéite condensante apparaissait comme une « stroma-réaction » analogue à celle qui caractérise les squirres. Les adhérences durales étaient de nature cancéreuse.

La cellulite dans les maladies nerveuses. — M. L. Alquier. La cellulite peut compliquer un grand nombre d'affections neurologiques; elle enraidit et rétracte les muscles; elle provoque des crampes et des mouvements involontaires, d'innombrables algies et des troubles de l'innervation végétative. Tous ces troubles cèdent au traitement de la cellulite, ce qui permet de les distinguer de ceux qui appartiennent en propre à la maladie nerveuse, et ce qui permet d'apporter aux malades un soulagement parfois considérable.

Tumeur intramédullaire. — M. Sorrel et Mme Sorrel-Dejerine.

Un cas de microcéphalie avec malformations complexes. — M. Conos (de Constantinople). Il s'agit d'une idiote microcéphale morte de granulie. On notait chez elle l'arrêt de développement des hémisphères cérébraux, l'hypertrophie des peauciers épicraniens, l'agénésie complète de l'épiploon, une situation anormale du pancréas.

Structure fine d'un gliome pseudo-kystique du corps calleux. — MM. Delamare et Achitoun. Les pseudokystes sont constitués par un œdème à extension centrifuge progressive, par blocage des gaines périvasculaires et insuffisance du drainage lymphatique.

Prurit nasal, signe précoce de méningite. — M. Lafora.

REVUE DES THÈSES

L'action des rayons X sur les fonctions gastriques à l'état normal et à l'état pathologique. (P. Oury. *Th. de Paris*, 1925.) — Cet important mémoire a été fait dans le service de Bensaude et dans le laboratoire de radiobiologie (docteur Solomon) à l'hôpital Saint-Antoine. Les rayons X ont une action complexe sur les fonctions gastriques : action sur la sécrétion, action sur les douleurs, action sur la motricité, action sur les hémorragies.

1. *Action sur la sécrétion.* — Chez un sujet sain présentant un fonctionnement gastrique normal, les premières séances de radiothérapie provoquent une augmentation de la sécrétion peptique et chlorhydrique. Les séances ultérieures déterminent une diminution considérable de ces sécrétions.

Chez les malades présentant des troubles fonctionnels ou organiques, Oury a fait les constatations suivantes :

Dans 33 p. 100 des cas, une irradiation isolée détermine une chute notable de l'acidité. Cette chute se produit une heure environ après l'irradiation, elle est passagère et ne dépasse guère un jour. La teneur en pepsine du suc gastrique ne varie pas. Au contraire sous l'influence de séances échelonnées, les chutes de la sécrétion gastrique ont été plus tranchées et plus durables, dans 55 p. 100 des cas.

La chute de l'acidité peut être brutale ou lente, ou même être précédée d'une élévation passagère.

La chute de la pepsine se produit dans ces derniers cas dans des limites plus étroites, mais avec une régularité plus grande que la chute de l'acidité.

Dans 20 p. 100 des cas, les rayons X restent sans action, ou exceptionnellement semblent provoquer une augmentation de l'acidité.

La chute de la sécrétion est d'autant plus fréquemment et plus facilement provoquée que l'acidité a un taux initial plus élevé. Au contraire, les anachlorhydries ne sont nullement modifiées par les rayons X. Enfin, dans quelques cas, l'auteur a pu observer une sorte d'accoutumance aux rayons, accoutumance qui se traduit par la réélévation de l'acidité.

2° *Action sur les douleurs.* — Dans 35 p. 100 des cas, l'amélioration a été considérable et la douleur a disparu.

Dans 21 p. 100 des cas, l'amélioration a été plus légère.

Chez 44 p. 100 des malades, les douleurs ont persisté sans modification.

En somme, les douleurs et l'état général ne sont améliorés que tardivement entre la dixième et la quatorzième séance de radiothérapie.

3° *Action sur les hémorragies.* — L'auteur n'a pas eu l'occasion de constater l'action des rayons sur les gastrorragies.

4° *Action sur la motricité.* — Les examens faits en série n'ont jamais pu fournir la preuve directe de la disparition d'un spasme pylorique constaté antérieurement aux irradiations. En revanche, il paraît y avoir diminution fréquente de volume du liquide à jeun à la suite du traitement.

Dans la thérapeutique de l'ulcère et des troubles fonctionnels de l'estomac, le traitement radiothérapique pourra être tenté lorsque les médications habituelles ont échoué et alors que rien n'oblige à l'opération. C'est en somme un adjuvant de premier ordre qui doit trouver place à côté du bismuth et de l'atropine.

Les séquelles douloureuses des gastro-entérostomies, et particulièrement l'ulcus peptique, relèvent plus que tout autre trouble gastrique du traitement radiothérapique. Les rayons X pourront devenir ainsi, après gastro-entérostomie, la meilleure méthode prophylactique capable d'éviter l'apparition des complications douloureuses postopératoires.

ÉDOUARD ANTOINE.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel technique de microbiologie et sérologie (1), par MM. Calmette, L. Nègre et A. Boquet.

Ce manuel n'est pas un *cours de microbiologie* ni un *manuel de microscopie*. Il est le *memento*, le *guide* qui doit rester constamment sur la table du laboratoire, à portée de la main du travailleur, microbiologiste, sérologiste ou hygiéniste. Les *médecins*, les *vétérinaires*, les *chimistes*, les *techniciens sanitaires* et tous ceux qui s'occupent de *biologie* y trouveront les renseignements qu'ils cherchent souvent en vain dans les grands traités ou dans les monographies.

A côté des *techniques générales* et *spéciales* qui servent à l'étude et à la détermination des microbes, les auteurs ont fait une large place à tout ce qui se rapporte à l'*expérimentation sur les animaux*, à l'*analyse des germes de l'air de l'eau* et *du sol*, à l'*hématimétrie*, aux *réactions de déviation du complément et de floculation*, aux *procédés de titrage de l'alexine et des sensibilisatrices*.

Enfin toute une partie de l'ouvrage est consacrée à la *préparation et au titrage des vaccins et des sérums thérapeutiques*.

Une table alphabétique très complète permet de trouver rapidement le renseignement désiré ou le procédé qu'on se propose de mettre en œuvre.

Seules peut-être, l'organisation et la discipline scientifique de l'Institut Pasteur de Paris permettaient de pousser dans un détail aussi minutieux une œuvre de cette nature.

L. G.

(1) Un vol. in-8. — Prix ; 30 fr. Paris, Masson et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

CALCUL DU CHOLÉDOQUE[1]

b. **Complications aiguës.** — Elles résultent de l'infection des voies biliaires et sont représentées anatomiquement par l'angiocholite suppurée associée ou non à une cholécystite aiguë. Cette inflammation aiguë, massive, des voies biliaires peut s'accompagner de suppuration du parenchyme hépatique : abcès miliaires ou abcès aréolaires de Chauffard. Ils n'ont pas d'histoire clinique particulière et sont constatés à l'autopsie.

1. L'ANGIOCHOLITE AIGUË SUPPURÉE. — L'angiocholite aiguë suppurée se caractérise par les signes généraux des grandes infections et par une hépatomégalie douloureuse.

Signes généraux. — *La fièvre bilio-septique* survient par accès. Elle débute par un grand frisson, s'accompagne d'une élévation thermique à 40 degrés et se termine en quelques heures par des sueurs profuses.

Dans d'autres cas, après un début semblable, la température persiste à 39-40 degrés pendant plusieurs jours. Donc la fièvre bilio-septique affecte l'un des types classiques : intermittent, rémittent ou continu.

Cette fièvre s'accompagne de polynucléose sanguine et l'hémoculture pratiquée au moment du frisson décèle souvent la présence de streptocoques, staphylocoques, colibacilles, anaérobies.

La gravité de l'infection se traduit encore par l'atteinte profonde du facies, l'oligurie avec albuminurie.

Signes physiques. — L'hépatomégalie est constante : le foie est douloureux, spontanément et à la pression.

L'angiocholite aiguë suppurée peut se compliquer de cholécystite aiguë.

Elle peut être le point de départ d'une septicémie mortelle, entraînant des métastases multiples : néphrite aiguë, endocardites ulcérovégétantes, arthrite suppurée, etc.

2. L'ANGIOCHOLITE AIGUË AVEC CHOLÉCYSTITE SUPPURÉE. — En plus des signes infectieux graves et de l'hépatomégalie, elle se traduit par des phénomènes douloureux spontanés, à caractère lancinant, pongitif, siégeant au point cystique.

L'hypocondre droit est immobile et la paroi abdominale, dans cette zone, ne suit pas les mouvements respiratoires.

La défense musculaire est extrême et atteint son maximum au niveau de la vésicule. L'hyperesthésie cutanée est la règle. Et il est impossible, à cette période, de sentir dans la profondeur une tuméfaction plus ou moins arrondie et rénitente. C'est, en somme, toute la symptomatologie d'une appendicite aiguë, reportée de la fosse iliaque dans l'hypocondre droit.

Evolution. — Lorsque le pus est collecté, si la cholécystostomie n'est pas pratiquée, l'ouverture de la collection pourra déterminer :

a. Une péritonite généralisée ou localisée, traduisant l'ouverture dans le péritoine.

b. L'ouverture à la peau est rare : elle entraîne la formation d'une fistule biliaire sous-costale par laquelle s'écoule de la bile et du pus.

c. L'ouverture dans l'intestin (duodénum ou côlon) se traduit par une violente douleur suivie d'une colique atroce et d'une débâcle de selles purulentes et sanglantes. Mais l'ouverture dans le duodénum du contenu vésiculaire : pus, bile et calculs, peut entraîner secondairement *un iléus biliaire*, de pronostic très grave, car il réalise une occlusion haute du grêle.

Parmi les autres complications locales de l'angiocholite suppurée, on citera :

La pyléphlébite, caractérisée par une ascite aiguë, des selles sanglantes, grand syndrome péritonéal et mort.

II. COMPLICATIONS PANCRÉATIQUES. —

a. **Complication chronique.** — La pancréatite scléreuse :

Elle s'installe insidieusement ; les troubles digestifs s'exagèrent, avec anorexie, dégoût pour la viande et les graisses. Il est rare de percevoir, à la palpation, une tumeur pancréatique. Par contre, il serait plus intéressant de rechercher les signes d'insuffisance pancréatique par l'examen des matières, du sang, et surtout du suc duodénal retiré par tubage.

b. **Complications aiguës.** — 1. PANCRÉATITE AIGUË HÉMORRAGIQUE. — Elle débute brutalement, comme une perforation d'ulcus.

La douleur siège à l'épigastre ; elle est térébrante, angoissante, et bientôt suivie de *vomissements* parfois incessants.

L'*état général est jugé d'emblée très grave*, le facies est plombé, anxieux, le pouls filant, rapide et hypotendu.

Par contre, les *signes physiques locaux* ne sont pas très marqués. On ne constate qu'une légère défense épigastrique, même après plusieurs heures, alors qu'un ulcus perforé donnerait un ventre de bois. Parfois, on sentirait dans la région épigastrique une tuméfaction profonde. Dans tous les cas, cette complication brutale, qui répond au drame pancréatique de Dieulafoy, aboutit rapidement à la terminaison mortelle.

On a décrit :

Des formes suraiguës avec mort en quelques heures.

Des formes subaiguës à répétition.

A l'intervention on trouve un pancréas augmenté de volume, rouge et très dur, de la sérosité sanglante dans le péritoine, et, disséminées sur l'épiploon et le mésentère, des taches de bougie, fonction de la cyto-stéato-nécrose.

2. LA PANCRÉATITE SUPPURÉE réalise le même tableau clinique que celui de la pancréatite hémorragique.

A l'intervention, on constate :

Tantôt une suppuration diffuse ;

Tantôt une suppuration circonscrite : petits abcès péricanaliculaires ou gros abcès moyens.

DIAGNOSTIC

Ce diagnostic est le plus souvent difficile, et pour être logiquement conduit il faut répondre successivement aux questions suivantes :

1° Est-ce bien un ictère chronique *par rétention?*

2° Cette rétention est-elle la conséquence *d'une obstruction mécanique, directe ou indirecte, des voies biliaires?*

3° Cette obstruction est-elle *déterminée par un calcul du cholédoque?*

I. S'agit-il d'un ictère chronique par rétention?

— Cette partie du problème est facile à résoudre. L'examen macroscopique des selles permet, en effet, d'apprécier très suffisamment la rétention biliaire. On ne saurait donc discuter un tel diagnostic, avec les divers ictères qui s'accompagnent d'une coloration normale ou exagérée des selles. (Ictères hémolytiques. Ictère de la cirrhose biliaire de Hanot. Ictères fébriles de la spirochétose ictéro-hémorragique.)

II. La rétention biliaire est-elle déterminée par une obstruction mécanique des canaux biliaires?

— On éliminera deux grands groupes d'affections hépatiques :

a. *Les ictères infectieux* qui s'accompagnent de décoloration des matières et dont le type est l'ictère catarrhal prolongé. Ce dernier sera surtout caractérisé par son début et son évolution ; l'ictère a été précédé pendant quelques jours de troubles gastro-intestinaux avec anorexie, vomissements, constipation intense avec selles fétides. Très fréquemment, ces phénomènes digestifs s'accompagnent d'une légère fébricule. Puis l'ictère apparaît et s'accompagne de rétention biliaire, comme le prouvent les selles graisseuses, mastic, café au lait. Mais on assiste bientôt à une rétention dissociée et seuls les pigments biliaires ne sont pas encore parfaitement éliminés. Enfin, sous l'influence de la thérapeutique habituelle, l'ictère s'atténue de plus en plus, les selles reprennent leur coloration normale et le malade guérit complètement.

b. *Au cours de l'évolution des cirrhoses du foie*, on peut observer des poussées d'ictère par rétention. Mais elles sont très facilement rapportées à la lésion de la cellule hépatique car elles sont accompagnées d'un syndrome d'hypertension portale : ascite, circulation collatérale, splénomégalie, hémorroïdes.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 60, p. 986, et n° 62, p. 1019.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 65. — SAMEDI 15 AOUT 1925 | 98e ANNÉE. | SAMEDI 15 AOUT 1925. — N° 65.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, **20** francs par an.
Étudiants étrangers, **30** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
BELGIQUE et ITALIE. . . **40 fr.** — UNION POSTALE. . . . . . **50 fr.**
Prix du Numéro : **40 c.**

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE VISITE LE SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. — M. Gaston Doumergue avait, au mois de mars, exprimé au Comité d'organisation du sanatorium des étudiants le désir d'aller visiter la belle œuvre que l'Union nationale des Associations générales d'étudiants édifie sur le plateau des Petites-Roches.

Le mardi 4 août le Président prend place dans le funiculaire qui gravit la pente de 83 p. 100 sur le trajet séparant le village de Montfort de la coquette agglomération de Saint-Hilaire-du-Touvet.

M. Gaston Doumergue en descend, suivi des notabilités de Paris, Lyon, Grenoble qui lui ont fait escorte à l'Exposition de la houille blanche. Il se rend d'abord au sanatorium de 300 lits que l'Association métallurgique et minière édifie pour ses ouvriers et mineurs, puis après avoir parcouru les terrains que les départements du Rhône, de l'Isère et de la Savoie viennent d'acheter pour y construire un établissement de 500 lits, il arrive sur l'emplacement choisi par l'Union nationale.

C'est certainement le plus bel endroit du plateau.

Sur les fondations qui émergent du sol, officiels et étudiants prennent place.

L'heure est émouvante, dira le chef de l'Etat.

C'est vrai... Dans ce décor grandiose, face aux cimes neigeuses de Belledonne, à l'altitude de 1.100 mètres, trois groupes bien distincts de l'activité nationale ont depuis plusieurs années travaillé pour venir en aide à leurs ouvriers, à leurs camarades, à leurs concitoyens.

M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble, au nom du Comité d'organisation du sanatorium des étudiants dont il est le trésorier, exprime à M. Gaston Doumergue toute la reconnaissance que lui sait l'Union nationale pour la sollicitude que depuis son arrivée au pouvoir il lui manifeste.

M. Bender, président du Conseil général du Rhône, expose à son tour comment ses collègues et lui-même entendent édifier leur établissement.

Et le Président de la République leur répond. Les paroles qu'il prononce sont sur les lèvres de chacun.

Combien il est émouvant, dit-il, de voir ici résumé, synthétisé, tout ce que notre pays possède d'altruisme et de générosité.

Et ces mots s'adressent à nos étudiants, à toute la jeunesse universitaire qui travaille à édifier une œuvre charitable afin de sauver ceux de ses cadets qui auront contracté la plus terrible des maladies.

Et cependant que les cors des chasseurs disséminés dans la montagne se répondent tout le long du trajet du retour, des vivats se font entendre à l'adresse du président Doumergue, de M. Antériou venu représenter le gouvernement, de Mme Paul Flat qui, dernièrement, a fait une libéralité magnifique.

La *Gazette des hôpitaux* qui, dès le premier jour, a offert à ses amis les Etudiants le concours le plus entier, croit de son devoir de rendre hommage, non pas seulement à quelques-uns, mais à beaucoup.

La lutte contre la tuberculose s'organise en France.

Puissamment menée par le Comité national, notre pays en ressent déjà les bienfaits. C'est aux médecins surtout que va sa reconnaissance, car c'est eux qui, constamment, ont attiré l'attention des Pouvoirs publics sur les moyens propres à vaincre la tuberculose.

Si la sollicitude de ces derniers fut un peu longue à se manifester, on peut bien dire maintenant que les bonnes volontés ne font nulle part défaut, et que le « 4 août », date de la consécration officielle d'une longue suite de longs efforts, a droit à une mention spéciale dans les longs « communiqués » du dur et bon combat.

J. C.

CONCOURS DE L'ÉCOLE DE SANTÉ. — Par modification à l'instruction insérée au *Journal officiel* du 8 janvier 1925 (p. 374, 1re colonne, § IV, concours) et en vue de permettre aux étudiants candidats à la fois à l'Ecole du Service de santé de la marine et à l'Ecole du Service de santé militaire de prendre part aux épreuves orales des deux concours, l'itinéraire suivi par le jury d'admission sera : Brest, Toulon et Rochefort.

Un avis ultérieur, publié avec la liste des candidats admissibles, fera connaître la date de convocation dans ces différents centres.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — Mérite agricole :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Luys et Savornin (de Paris).

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Guiot (de Paris), Matter (de Strasbourg).

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 27 juillet 1925, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Médaille de bronze (délivrée après quinze années de soins gratuits). — 15e légion *ter* : MM. de Rocca-Serra et Delsaux (de Portovecchio).

16e légion : MM. Villebrun (de Capestang), Blanc (d'Estaing), Dangles (de Saint-Amans-des-Copts), Nicolas (de Saint-Affrique), Couderc (de Chanac).

16e légion *bis* : MM. Bonneville et Garrie (de Mazamet), Baille (de Thuir).

17e légion : MM. Bénet (de Saint-Antonin), Jardel (de Lauzès), Dubourg (de Mas-d'Agenais), Sarraute (de Carbonne), Lapeyre (de Fleurance), Daymard (de Lalbenque), Maffre (de Gimont).

18e légion : MM. Dupouy (de Pissos), d'Uzer (de Mont-de-Marsan), Pujos (de Pessac), Estradère (de Talence), Tragan (de Saint-Ciers-sur-Gironde), Crauste (de Soumoulou), Larridi (d'Hasparren), Casamayor-Dufaur (d'Oloron).

19e légion : MM. Lévy (d'Aumale), Dana (d'El-Biar), Alary (de Lavigerie).

20e légion : MM. Reynders (de Nomeny), Guintard (de Châtenois).

Compagnie de Tunisie : M. Angelinéadis (d'Houmt-Souk).

Détachement de la Guadeloupe : M. Petit (de Basse-Terre).

Médaille d'argent (délivrée après vingt années de services gratuits). — Légion de Paris : MM. Millot (de Lizy-sur-Ourcq), Thobois (de Saint-Ouen), Jacquot (de Fontenay-sous-Bois), Chrétien (de Bréval), Guérin (de Saint-Cyr-l'Ecole), Chesneau (de Saint-Germain-en-Laye), Camus (aux Lilas), Ledroit (de Nemours), Perrot (de Levallois-Perret).

1re légion : MM. Lejeune (de Béthune), Libersat (de Desvres), Vincent (d'Armentières), Dugimont (de Maing), Lorgnier (de Saint-Omer), Bridoux (de Condé-sur-Escaut), Bontemps (de Rouvroy), Blaire (de Pas-en-Artois), Jacquemaire (de Denain),

2e légion : MM. Barrier (de Bresles), Binant (de Nilly-sur-Noye), Noël (de Fressenneville).

3e légion : MM. Fidel (de Saint-Romain-de-Colbosc), Bernard (de Ryes), Hauttement (d'Evrecy), Brasseur (du Petit-Quevilly), Jamin (de Creully), Letellier (d'Evreux).

4e légion : MM. Clupot (de Sainte-Gauburge), Beauchef (de Laigle), Gireaux (de Nocé), Boutron (de Bellême), Felt (de Mortrée), Antoine (de Villaines-la-Juhel).

5e légion : MM. Durand (de Donzy), Medici (de Levet), Vion (de Mehun-sur-Yèvre).

6e légion : M. Grandjean (de Marville).

7e légion : MM. Lefort (d'Arbois), Mignardot (d'Andelot), Robert (de Lavoncourt), Savouret (de Lonchamp-les-Millières), Sauvageot (de Doulaincourt), Tauffieb (de Giormagny), Boucheseiche (de Montigny-le-Roi), Damotte (de Baume-les-Dames), Jacquot (de Faverney).

8e légion : MM. Michel (de Lugny), Gougis (de Romilly-sur-Seine), Grozelier (de Verdun-sur-le-Doubs), Frarier (de Charolles), Curie (de Marcilly-le-Hayer), Louvet (de Lusigny), Grillot (de Givry), Péguet (de Chauffaille), Rolle (de Villenauxe-la-Grande), Julhiet (des Laumes).

9e légion : MM. Michon (de Saine-Maure), Malécot (de Fresne-sur-Loire), Papazoglou (de Villedieu).

10e légion : MM. Charpentier (de Guichen), Gateau (de Mordelles), Le Maignan de Kérangat (de Pleine-Fougères), Longeart (de Gouarec).

11e légion : MM. Reverseau (de Saint-Michel-en-l'Herm), Marciteau (des Herbiers), Couronnet (de Nantes-Doulon), Labour (de Montoir-de-Bretagne), Mornu (de Nantes).

12e légion : MM. Chabrol (de Châlus), Huot (de Vallereuil) Cartron (de Mansale), Mazataud (de Bessines), Guilaine (de Bonnat), Conte (de Ribérac), Gauthier (de Saint-Junien), Pouret (de Mézières-sur-Issoire), Mourniac (de Neuvic).

13e légion : MM. Chassagne (de Lezoux), Besserve (de Pont-du-Château), Zentler (de Marcillat), Brunat (de Commentry), Hermabessière (de Saint-Flour), Vigier (de Trizac).

14e légion : MM. Chevalier-Joly (de Caluire), Peytard (de Corps), Girard (de Mens), Thiers (de Crest), Gignier (de Villefranche-sur-Saône).

14e légion *bis* : MM. Liénard (de Pont-de-Beauvoisin), Jarre et Debauge (de Saint-Genix-sur-Guiers), Bonier (de Saint-Julien), Rousset (de Chamoux), Beck (d'Annemasse).

15e légion : MM. Masse (de l'Isle-sur-Sorgue), Manahiloff (de Bonnieux), Reynaud (de la Tour-d'Aigues), Rostaing (du Pouzin), Blanc (de Gardanne), Madon (d'Orange).

15e légion *bis* : M. Serraire (de Saint-Auban).

16e légion : MM. Fabre (de Graissessac), Crébassol (de Servian), Cochy de Moncan (de Saint-Sernin-sur-Rance), Arnal (de Saint-Mathieu-de-Tréviers).

16e légion *bis* : MM. Iversenc (de Lavaur), Pinel (de Carcassonne), Perrier (de Poudis), Belzons (de Cagnac), Argelliès (de Perpignan).

17e légion : MM. Vignères (de Villemur), Philippe (de Tarascon), Malbec (de Cahors), Molinié (de Cagnac), Constant (de Payrac), Ouvrieu (de Limogne).

18e légion : MM. Souc (de Gémozac), Bernès-Lasserre (de Peyrechorade), Lafont (de Salies-de-Béarn), Dotezac (de Cambo-les-Bains), Boymier (de Saint-Vivien), Drivet (de Cadillac).

19e légion : MM. Descrimes (d'Aïn-Tédelès), Genova (de Collo), Burlat (d'Alma), Pages (de Taher).

20e légion : MM. Houillon et Kiener (de Thaon).

(*A suivre*).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE (médecine, radiologie, thérapeutique, bactériologie, sérologie, hygiène et prophylaxie sociale), sous la direction de M. le professeur Paul Courmont, avec le concours du Comité national.

Un cours de perfectionnement sur la tuberculose sera fait, du 26 octobre au 22 novembre 1925, avec le concours des professeurs, médecins des hôpitaux et chefs de clinique ou de laboratoire MM. Arloing, Barjon, Bérard, Blanc-Perducet, Cordier, Courmont, Dufourt, Dumarest, Gardere, Gate, Lannois, Mouisset, Pic, Rochaix, Rollet, Roubier, Savy et Tixier.

L'enseignement sera organisé de façon à donner aux médecins qui veulent se spécialiser ou compléter leurs connaissances sur la tuberculose les notions les plus récentes et les plus pratiques sur l'anatomie pathologique, la bactériologie, le diagnostic bactériologique et sérologique, la clinique (diagnostic et pronostic), la radiologie, et enfin l'hygiène de la tuberculose avec étude spéciale de l'organisation de la lutte antituberculeuse, des dispensaires, préventoriums, etc.

Le cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat de la Faculté de médecine de Lyon.

Le Comité national de défense contre la tuberculose veut bien mettre un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français qui veulent suivre ce cours pour être chargés d'un service médical de dispensaire antituberculeux ou autre organisation officielle.

Pour tous renseignements complémentaires, écrire à M. le docteur Paul Courmont.

XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

(*Nancy, 16-19 juillet 1925*).

PREMIÈRE QUESTION

L'ACIDOSE

MM. L. DAUTREBANDE (de Bruxelles), M. LABBÉ et F. NEPVEUX (de Paris), K. PETRÉN (de Lund, Suède), en collaboration avec le docteur M. ODIN, rapporteurs.

I. M. Dautrebande rappelle les travaux sur l'acidité réelle des liquides organiques, commodément exprimée par le pH (Sörensen). Le sang a normalement un pH égal à 7, 35, remarquablement constant en dépit des apports d'acides ou d'alcalis de sources diverses. Dans certaines circonstances, ce pH diminue (acidose) ou augmente (alcalose), mais toute tendance à une variation se reflète tout d'abord sur la teneur relative du sang en acide carbonique et en bicarbonate, ce dernier sel jouant le rôle de substance « tampon », capable de neutraliser jusqu'à un certain point les acides pénétrant dans le sang.

De sorte qu'en fin de compte, tout état d'acidose se traduit par une augmentation de valeur du rapport

$$\frac{H^2CO^3 \text{ (acide carbonique du sang artériel)}}{NaHCO^3 \text{ (bicarbonate du sang artériel)}}$$

soit que le numérateur augmente (acidose gazeuse), soit que le dénominateur diminue (acidose non gazeuse), et tout état d'alcalose par une diminution de valeur de ce même rapport, soit que le numérateur diminue (alcalose gazeuse), soit que le dénominateur augmente (alcalose non gazeuse).

En présence de ces diverses perturbations de l'équilibre acide-base, l'organisme réagit de la façon suivante :

	VENTILATION pulmonaire	CO^2 alvéolaire	ACIDITÉ urinaire	NH^3 urinaire	RÉSERVE alcaline
Acidose gazeuse.....	+	+	+	+	+
Alcalose gazeuse.....	+	—	—	—	—
Alcalose non gazeuse...	—	+	—	—	+
Acidose non gazeuse...	+	—	+	+	—

En cas de tendance à l'acidose non gazeuse, qui est le fait de la cétose diabétique, de la rétention acide de certaines néphrites, de l'exercice musculaire violent, de l'ingestion d'acides minéraux, etc., les substances tampons tendent déjà à « minimiser » l'acidose en fournissant « in situ » des sels alcalins ; les substances tampons très abondamment contenues dans les hématies (phosphates, hémoglobine) interviennent alors activement, en particulier en absorbant les ions Cl libérés du plasma. Puis le centre respiratoire, très sensible aux moindres écarts du pH entre en hyperfonctionnement, d'où rejet de CO^2 en excès par la respiration suractivée ; les reins se mettent à excréter un excès d'acides et de sels ammonicaux ; il est vraisemblable que les tissus eux aussi cèdent des alcalins au sang. Grâce à ces divers processus, le pH peut se maintenir inaltéré, et le seul témoignage de la lutte soutenue par l'organisme reste l'abaissement de la réserve alcaline du sang ; cette réserve peut s'exprimer pratiquement par la capacité du sang à absorber le CO^2 à une pression connue, à condition que la détermination soit faite sur le sang total et non sur le plasma préalablement séparé.

Pour déterminer le pH, on peut recourir aux méthodes directes de mesure physico-chimique (méthode de l'électrode d'hydrogène, méthode des indicateurs colorés) ou de calcul ; ce dernier procédé, le plus fidèle, consistera, après avoir déterminé acide carbonique et bicarbonate, à déduire le pH d'après une formule (Henderson-Hasselbach) ; la recherche devra être faite séparément pour le sang artériel et pour le sang veineux, la capacité du premier vis-à-vis de CO^2 étant moindre que celle du second. Barcroft a imaginé un procédé de détermination du pH d'après les variations de la dissociation de l'oxyhémoglobine, qui se font, de façon très sensible, en fonction de la réaction sanguine.

En regard de ces méthodes, prennent place les méthodes fonctionnelles, fort utiles pour renseigner sur les troubles organiques dans leur ensemble, mais bien souvent infidèles si on les considère isolément : ainsi la détermination de la tension du CO^2 alvéolaire (Haldane-Priestley) correctement exécutée a la même valeur que la détermination de la contenance en CO^2 du sang artériel ; la somme des acides libres des urines et de l'ammoniaque urinaires, le coefficient ammoniacal réduit d'Hasselbach, la présence, en plus ou moins grande abondance, de corps cétoniques dans l'urine, enfin la difficulté plus ou moins grande avec laquelle l'ingestion de bicarbonate parvient à modifier l'acidité réelle des urines, tels sont les tests fonctionnels capables de fournir des renseignements complémentaires sur l'état d'acidose.

Les *acidoses gazeuses* se rencontrent, en pathologie, dans tous les cas où l'air alvéolaire est trop riche en CO^2 (emphysème surtout, tuberculose avancée, spasme glottique, asthme, broncho-pneumonie, pneumothorax ouvert.) Dans les états aigus, comme l'asthme, le centre respiratoire, s'il n'est pas déprimé (morphine) réagit et, grâce au rejet de CO^2 par hyperfonctionnement des zones pulmonaires restées intactes, peut compenser, et au delà, l'acidose primitive.

Le type des *acidoses non gazeuses* est la cétose diabétique, dont on ne peut apprécier exactement le degré que par l'étude de la réserve alcaline du sang total ; le coma s'annonce par une chute de capacité du sang pour l'acide carbonique inférieure à 30 volumes, sous 40 millimètres Hg de pressiou.

Dans les néphrites, par défaut d'élimination de déchets acides, dans certaines entérites et dans les vomissements cycliques des enfants, dans la grossesse et dans les vomissements incoercibles, dans le jeûne, dans les anesthésies et les chocs, accompagnés ou non d'hémorragies et d'états infectieux, l'acidose est de règle ; son mécanisme reste souvent obscur et l'auteur pense l'élucider en partie en le rapprochant de celui des acidoses circulatoires.

Les *acidoses circulatoires*, soit généralisées à tout l'arbre circulatoire, soit localisées à certains territoires, résultent essentiellement du ralentissement du débit circulatoire, et de l'appauvrissement du sang en plasma, qui entraîne dans son départ un peu de la réserve alcaline. Le contraste entre l'acidose veineuse et l'alcalose artérielle entretenue par la surventilation pulmonaire de compensation est tout à fait typique des affections cardiaques décompensées.

Or les chocs occasionnent une hypotension bien connue et un grand ralentissement circulatoire qui peuvent provoquer, par un processus du même ordre, un certain degré d'acidose, sans expliquer cependant les acidoses brutales et massives parfois observées ; peut-être alors y a-t-il eu arrivée en masse, vers le sang circulant, de liquides tissulaires très pauvres en alcali, venant remplacer la masse sanguine immobilisée, par suite du choc, dans certains territoires capillaires dilatés. Quoi qu'il en soit, cette hypothèse d'acidose circulatoire dans les chocs reste une hypothèse de travail.

II. MM. M. Labbé et F. Nepveux tiennent à réagir contre la tendance qui consiste à placer en regard des phénomènes physico-chimiques d'acidose un syndrome défini et univoque. Au contraire, la clinique assigne à chaque type d'acidose ses caractères distinctifs et marque entre un coma diabétique et un coma urémique plus de dissemblances que de points communs, alors que des syndromes simulant en tous points l'acidose diabétique relèveront d'un toute autre pathogénie. Il serait d'autre part erroné de voir dans l'excrétion de corps acétoniques autre chose qu'un simple test de l' « acidose-cétose » du diabète ou d'autres états pathologiques ; car dans le mécanisme très complexe de ces intoxications, l'intoxication acide n'est qu'un facteur partiel.

La cétogénèse, qui, peut-être, pourrait se faire même aux dépens des hydrates de carbone, semblait, jusqu'à ces dernières années, rattachée presque uniquement aux corps gras ; mais, reprenant pour leur compte les nombreuses expériences, souvent contradictoires, de leurs devanciers, M. Labbé, Nepveux et Mlle Forsans ont démontré, sur le chien, que l'alimentation exclusivement grasse était moins cétogène que le jeûne, et

bien moins que l'alimentation carnée; d'autres constatations ont encore corroboré ces vues, et pourtant, quand il y a cétogénèse massive, les graisses doivent intervenir, soit par β-oxydation, soit par désintégration plus complexe de leur radical.

Quoi qu'il en soit, le rôle cétogène des albumines est au moins aussi important; car un grand nombre d'acides aminés entrant dans la composition des albumines, surtout d'origine animale, sont cétogènes, et l'expérience clinique montre que ces albumines exposent, bien plus que les graisses, le diabétique au coma.

Quant à la cause même de la cétose, plusieurs théories cherchent à l'expliquer :

1° On a invoqué la carence en hydrates de carbone, considérés comme essentiellement anticétogènes; mais ce n'est qu'une hypothèse, contre laquelle s'inscrivent les dissemblances frappantes entre l'acidose diabétique et l'acidose du jeûne, et les échecs constants de tous les essais, au cours desquels on a voulu équilibrer mathématiquement, suivant des formules préétablies, les aliments dits cétogènes et les aliments dits anticétogènes.

2° M. Labbé et ses collaborateurs, se rapprochant en cela des conceptions de Petrén, estiment que le trouble originel réside dans une viciation du métabolisme azoté, et ils voient dans le coma une intoxication complexe, due pour une part à la cétose, mais encore, et surtout, à des poisons d'origine albuminoïde.

3° L'insuffisance de l'hormone pancréatique, à laquelle peut suppléer l'insuline, agent précieux contre l'acidose tout particulièrement, est aussi un facteur dont on doit tenir compte.

Après avoir tracé le tableau clinique de l'acidose diabétique, les rapporteurs en détaillent les stigmates urinaires et sanguins, éléments capitaux d'un diagnostic, que la clinique est souvent incapable d'affirmer; ce sont : la cétonurie, l'accroissement d'acidité urinaire (acides organiques, acidité ionique, acidité apparente représentée par la mesure des phosphates monométalliques), l'abaissement du rapport azoturique, l'excrétion exagérée d'ammoniaque, d'acides aminés et d'azote colloïdal, la chute des bicarbonates et du pH du plasma.

A ces stigmates s'ajoute l'élimination d'acétone par la surface pulmonaire et la baisse de tension du CO^2 alvéolaire.

Les acidoses pathologiques non diabétiques sont fréquentes au cours des vomissements cycliques des enfants, des vomissements incoercibles chez les femmes enceintes, de certaines affections gastro-intestinales de l'adulte et de l'enfant et de quelques inflammations aiguës des viscères abdominaux; l'acidose paraît être surtout conditionnée par une atteinte hépatique toxique ou toxi-infectieuse.

L'acidose post-opératoire, lorsqu'elle revêt le type, exceptionnel, d'une cétose, doit reconnaître une pathogénie analogue; car c'est surtout la chirurgie des voies biliaires et de l'appendice qui en est grevée; le jeûne des opérés ne paraît y avoir qu'une part très secondaire; quant à l'anesthésie seule, elle occasionne seulement une légère diminution de la réserve alcaline du sang.

L'existence d'une acidose au cours des insuffisances hépatiques (abcès, cirrhoses, dégénérescence graisseuse, insuffisance hépatique de certaines psychoses) confirme le rôle essentiel du foie, dans ces acidoses non diabétiques, rebelles, semble-t-il, à l'insuline. A ceux qui voient dans les lésions hépatiques le résultat et non la cause de l'acidose, on objectera l'intégrité fréquente du foie chez des diabétiques acidosiques.

L'acidose du jeûne a fait l'objet d'une expérience des rapporteurs, prolongée sur quarante-deux jours d'observation: elle a été peu considérable, l'excrétion cétonique ayant atteint au septième jour un maximum de 6, 24 qu'elle n'a jamais retrouvé ensuite, même lorsque le sujet, après avoir repris pendant une quinzaine de jours une minime dose de sucre, s'est remis au jeûne absolu. Il y eut, au lieu des stigmates urinaires décelés dans l'acidose diabétique, un abaissement des acides organiques, des acides aminés et de l'ammoniaque excrétés, de sorte que le tableau fut foncièrement différent de celui de l'acidose diabétique. Chaque jeûneur fera du reste de l'acidose à sa façon, suivant l'état de ses réserves (glycogène, graisses) et la valeur de son foie.

III. M. Petrén (en collaboration avec le docteur Odin) insiste sur le mécanisme de défense contre l'acidose par les reins, qui prend place à côté de la compensation respiratoire. Il se traduit par l'accroissement des excrétions acide et ammoniacale. Il peut s'exercer intensément dans des cas qui n'en évoluent pas moins fatalement et être au contraire très faible sans que les symptômes s'aggravent. Il n'est pas en rapport avec l'âge du sujet, ni influencé par le traitement insulinique.

Normalement, le rein réagit, inversement, à l'ingestion de bicarbonate de soude par élévation de l'alcalinité urinaire; le rein du sujet diabétique peut soit avoir gardé, soit avoir perdu cette propriété; si elle est abolie, le bicarbonate peut neutraliser l'acidose sanguine ou la muer en alcalose. Ces altérations de l'élimination rénale sont indépendantes du degré de gravité du diabète.

Passant rapidement en revue les causes d'acidose non diabétique, le rapporteur s'arrête principalement à l'acidose du travail musculaire forcé, due à la formation d'acide lactique, constante chez l'individu sain, exagérée chez le diabétique. Un sujet sain observant un régime exclusivement gras et végétarien présente une réaction acidosique de travail analogue à celle d'un diabétique.

L'observation en série de diabétiques soumis à des régimes très stricts et dont les excrétions, la glycémie et la réserve alcaline du sang ont été étudiées journellement, permet, quant à la pathogénie de la cétose, des déductions capitales : la viande est très cétogène; le beurre est au contraire anticétogène; donné exclusivement, il a même pu parfois entraîner l'alcalose; le lard est cétogène, preuve que la nature des aliments gras fournis importe au plus haut point.

En définitive, comme Petrén l'a déjà démontré, la cétose du diabétique varie parallèlement à la quantité d'azote métabolisée, tout comme si le diabétique présentait une diminution de tolérance à l'égard des échanges azotés; mais cette pathogénie n'exclut pas celle, commune au sujet normal et au diabétique, du déficit hydrocarboné.

En effet, l'expérience montre, par confrontation d'observations très détaillées, qu'un régime pauvre en hydrates de carbone, appliqué systématiquement à des diabétiques acidosiques ou non, provoque d'emblée une légère poussée de cétose; mais si le régime est en même temps fortement hypoazoté, comme c'est le cas pour celui qu'applique Petrén (beurre, lard, légumes verts, quelques choux, fruits, surtout airelles rouges, un peu de crème) cette poussée cède très vite, et, s'il existait de la cétose antérieurement, elle baisse.

Chez le sujet sain soumis au jeûne hydrocarboné, survient une cétose analogue; l'excrétion cétonique urinaire atteint son maximum vers le quatrième jour, puis commence à être en partie compensée par l'excrétion ammonicale, en même temps que la réserve alcaline du sang primitivement diminuée, se rétablit. Mais alors, un excès d'alimentation carnée provoque une reprise de cétose, comme si l'organisme carencé en hydrates de carbone avait acquis vis-à-vis des échanges azotés un peu de cette sensibilité pathologique, propre à l'organisme diabétique.

Le jeûne absolu, cétogène en principe, devient anticétogène si on le panache de journées d'alimentation apportant suffisamment de calories.

Le rapporteur a enfin tenté d'éclaircir le mode d'action antiacidosique de l'insuline et se rallie à cette hypothèse que, grâce à l'insuline, l'acide β oxybutyrique pourrait être combuté dans l'organisme.

DISCUSSIONS SUR L'ACIDOSE

M. Cordier (Lyon), devant l'impossibilité pratique d'explorer toujours les tests d'acidose demanderait un classement des recherches à faire, suivant les cas cliniques, par ordre de valeur.

A son avis, la dyspnée type Küssmaul se voit dans toutes les acidoses, alors que la dyspnée type Cheyne-Stokes est à mettre sur le compte des troubles circulatoires.

Enfin, il insiste sur l'intérêt du côté thérapeutique des acidoses, justiciables de l'alcalinisation forcée.

M. Léon Blum (Strasbourg) ne croit ni à une toxicité particulièrement élevée des corps cétoniques, acide β oxybutyrique en particulier, ni au rôle des substances protéiniques insuffisamment métabolisées, dans la pathogénie de l'acidose. Pour lui, la forte désassimilation azotée du diabétique gravement atteint résulte de la nécessité dans laquelle il se trouve de

recourir aux albumines et aux graisses, dans l'impossibilité où il est d'assimiler les hydrates de carbone. La question se complique de ce fait que les protéines, cétogènes par elles-mêmes, agissent aussi sur le métabolisme dans la formation des acides.

Acidose du jeûne et acidose diabétique relèvent, selon lui, d'un même mécanisme. L'acidose des brightiques tient essentiellement à la rétention de chlore en excès sur le sodium; la concentration sanguine, dans les néphrites sèches, peut temporairement masquer cette acidose; les migrations minérales entre tissus et sang jouent un rôle important, surtout dans les dernières phases de l'acidose.

M. Feissly (Lausanne) est surtout partisan de la mesure du pH réduit, qui peut se faire sur le sang prélevé par simple piqûre du doigt, et de la mesure de tension du CO^2 alvéolaire. L'examen de ce dernier élément chez des sujets normaux, atteints d'hyper ou d'anachlorhydrie montre que l'élévation post-prandiale de la tension du CO^2 alvéolaire est à peu près proportionnelle à la valeur de la sécrétion gastriques d'HCl.

M. Carrasco-Formiguera (Barcelone) défend les idées des auteurs américains sur l'équilibre cétogène-anticétogène dans la production de l'acidose diabétique et montre que les auteurs français, après les avoir rejetées, y reviennent indirectement.

M. Mauriac (Bordeaux) souligne, après M. Blum, l'impossibilité de produire, même par le régime carné exclusif, une grosse acidose chez le chien dépancréaté, mauvais matériel d'expérience en la circonstance.

M. Petren explique les effets discordants du jeûne chez le sujet sain et chez le diabétique, en disant que le jeûne est en principe cétogène, et qu'il n'est anticétogène que si l'organisme mis au jeûne présentait préalablement une assez grande réserve énergétique, en corps gras principalement.

M. Labbé, comme M. Cordier, considère comme pathognomonique de l'acidose la respiration type Küssmaul; il se refuse à se déclarer satisfait par les théories sur l'équilibre cétogène-anticétogène et par les formules mathématiques qui en découlent, formules reconnues erronées par leurs auteurs eux-mêmes. Pour lui, le coma diabétique a une pathogénie complexe d'intoxication non seulement acide, mais encore protéinique du fait de l'élaboration azotée imparfaite.

M. Dautrebande, tout en considérant comme capitaux dans l'étude d'une acidose la mesure du CO^2 alvéolaire, de la dissociation du sang total et du pH artériel, estime qu'il faut toujours examiner simultanément le plus grand nombre possible de fonctions et par les méthodes les plus rigoureuses, Sinon on laisse échapper certaines altérations des tests, ou l'on commet des erreurs dues aux troubles respiratoires et circulatoires, qui faussent certaines données et créent des discordancss entre les tests du sang artériel et du sang veineux, entre les sangs de tels et tels territoires, entre les tests sanguins et urinaires.

COMMUNICATIONS SUR L'ACIDOSE

A propos de trois cas de vomissements acétonémiques de l'enfance. — MM. Weil-Hallé et Chabanier (Paris). Ces trois cas se signalent par le chiffre, habituellement bas, à peine supérieur au taux « critique », de la glycémie. A ce premier facteur d'acidose s'ajoute la combustion exagérée de corps gras, dont témoigne l'amaigrissament précoce et qu'aggrave encore le jeûne pendant les crises de vomissements. Enfin la pauvreté de l'insulinémie doit avoir sa part dans la pathogénie du syndrome.

Quoi qu'il en soit, l'introduction de glucose et d'insuline dans le sang continue une thérapeutique que l'expérience démontre efficace et rationnelle.

De la réserve alcaline du plasma chez les sujets présentant une insuffisance sécrétoire des reins. — M. Chabanier et Mlle Lebert. Au cours des grands syndromes urémiques, dont les auteurs ont montré la pathogénie extrarénale, plus encore que rénale, s'observe l'acidose, très rare par contre dans la petite urémie. Le trouble extrarénal, portant sur le métabolisme protéinique, et générateur d'urémie, est-il, simultanément, générateur de valeurs acides? C'est par l'affirmative que les premières recherches des auteurs tendraient à faire répondre.

Discussion. — M. Léon Blum (Strasbourg) fait remarquer l'erreur possible dans la détermination de l'azote résiduel, à cause de la technique des défécations qui entraînent, en même temps que les protéines, des substances azotées non protéiniques. Dans l'acidose des néphrites, il faut tenir compte et du chlore et du sodium et des protéines.

La réserve alcaline au cours des néphrites azotémiques; ses variations; sa valeur clinique. — MM. Cordier et Delore (Lyon). L'acidose, proportionnée à l'intensité de l'urémie, apparente les comas urémique et diabétique; elle s'extériorise par les modifications respiratoires, les troubles dépressifs, l'hypothermie, et s'évalue facilement par la mesure de la réserve alcaline, qui acquiert ainsi, au cours des néphrites, une double valeur, au point de vue du diagnostic et au point de vue du pronostic; à ce dernier point de vue, elle peut être supérieure à l'évaluation de l'urée sanguine. Mais il faut savoir tenir compte des lésions des appareils circulatoire ou respiratoire, éventuellement associées à la néphrite, susceptibles de retentir sur la réserve alcaline et de modifier les résultats.

Le syndrome d'acidose au cours des néphrites. — M. Labbé et Mlle Forsans (Paris). Les signes cliniques d'acidose sont décrits comme nombreux, mais sont loin d'avoir tous la même valeur : alors que le coma, les troubles digestifs et nerveux se voient aussi bien en l'absence d'acidose, les douleurs épigastriques ou, plus précisément, les douleurs de la base du thorax sont assez caractéristiques; mais le signe qui a la plus grande signification d'acidose est la respiration profonde, type Küssmaul.

Considération sur la valeur de la réserve alcaline et du pH sanguin comme moyens d'appréciation de l'acidose diabétique. — M. Welcker (Paris). Etant donné la discordance fréquente entre la cétonurie et les tests de l'acidose sanguine, en dehors même des cures bicarbonatées, il y avait lieu d'explorer les tests sanguins en série au cours d'acidoses diabétiques. Or la valeur de la réserve alcaline et celle du pH reflètent très fidèlement, par leur abaissement plus ou moins considérable, la plus ou moins grande gravité du cas considéré. Un seul des malades possédant une réserve alcaline inférieure à 20 volumes p. 100 de CO^2 put être sauvé par l'alcalinisation intensive et l'insuline.

Action des sels ammonicaux sur l'équilibre acido-basique de l'organisme. — M. H. Labbé. Le chlorhydrate d'ammoniaque, et, à un moindre degré, le sulfate, injectés expérimentalement à des chiens, abaissent le pH sanguin, d'une valeur maxima pour une dose donnée de sel. La médication dite acidifiante à l'aide de ces produits semble donc se justifier.

Les troubles du métabolisme acido-basique du chlorure de sodium. — M. E. Feuillié (Paris). La glycémie n'est qu'un symptôme accessoire de la maladie diabétique et ne tient pas sous son étroite dépendance la glycosurie. En dehors de tout apport alimentaire de bases ou d'acides, les troubles du métabolisme du chlorure de sodium interviennent pour une large part dans l'acidose.

I. Acidose post-opératoire. — II. La réserve alcaline au cours de la grossesse. — M. Chevki Mouzaffer (Constantinople). La cétose post-opératoire est absente ou très légère; par contre l'abaissement de la réserve alcaline, avec augmentation de l'élimination urinaire des acides organiques, est de règle après l'anesthésie à l'éther ou au chloroforme et doit tenir à une altération hépatique.

Au cours de la grossesse normale, la réserve alcaline est diminuée, sans cétose, tandis que les vomissements gravidiques peuvent s'accompagner de cétose, vraisemblablement conséquence d'insuffisance hépatique.

Contribution à l'étude de l'acidose en psychiâtrie. — MM. Euzière, Pagès et Cristol (Montpellier). Dans douze cas de mélancolie simple ou compliquée, l'abaissement de la réserve alcaline a été observée constamment, sans cétonurie et sans parallélisme entre le degré de cet abaissement et l'intensité des manifestations cliniques. La thérapeutique alcalini-

nisante n'a amélioré qu'une fois la mélancolie, mais a agi fréquemment sur les troubles cénesthopathiques.

Les accidents consécutifs aux injections d'insuline. — M. P. Mauriac. Ils sont de deux ordres : 1° accidents tardifs d'hypoglyémie (nervosité, sensation de faim, faiblesse dans les jambes, tremblements, sueurs)..; 2° accidents précoces de choc (urticaire, réactions locales, choc nitritoïde). Dans les cas où la continuation de la cure est une question de vie ou de mort, ou peut être amené à essayer les diverses insulines du commerce, jusqu'à ce qu'on en trouve une qui soit tolérée.

La sensibilisation pourrait exister vis-à-vis des impuretés, vis-à-vis des albumines de l'animal ayant fourni le pancréas, ou vis-à-vis de l'insuline elle-même.

Insuline et lévulose dans le traitement de l'acidose diabétique. — M. Orticoni (Nice) cite un cas où seule cette association fit disparaître l'acétone; pour lui, foie et pancréas, isolément ou associés, interviennent dans le métabolisme des corps acétoniques.

Contribution à la détermination du pH du sang; une nouvelle électrode à hydrogène. — MM. G. Etienne, Vérian et Bourgeaud (Nancy) ont réalisé un dispositif d'électrode mettant en présence d'une quantité donnée de sérum une bulle d'hydrogène d'un volume 150 fois moindre. La valeur du pH est connue au bout d'un quart d'heure et reste invariable pendant plusieurs heures.

DEUXIÈME QUESTION

LES ANGINES DE POITRINE

M. L. Gallavardin (de Lyon), rapporteur.

M. Gallavardin définit l'angine de poitrine « un syndrome paroxystique caractérisé, dans son expression complète, par une douleur précordiale, ordinairement constrictive, accompagnée d'irradiations brachiales ou cervico-brachiales, facilement suivie d'angoisse; et, dans ses formes frustes, par deux ou même l'une de ces manifestations ». Elle est peu fréquente dans la multitude des affections cardio-aortiques et se présente sous un jour pronostic extrêmement varié suivant les cas.

Son étude est très ardue du fait qu'il s'agit d'un syndrome purement subjectif, d'une affection de ville bien plus que d'hôpital, et, lorsqu'on a les documents complets, de données anatomo-cliniques très difficiles à corroborer; les cas échappent même à toute classification rigoureuse, tous les cadres, si rationnels qu'ils paraissent, finissant par grouper des cas radicalement dissemblables. Pour ce qui est de ses 791 cas personnels, sur lesquels il base son travail, sans négliger pour cela les nombreux éléments acquis par ses devanciers, l'auteur les répartit cliniquement de la façon suivante :

1° Angines de poitrine de signification grave. Angors organiques. — Les angors organiques sont ceux que l'on rencontre chez des sujets atteints de lésions cardiaques ou cardio-aortiques. Leur séméiologie est très riche, car à côté des formes typiques bien connues, il en existe d'innombrables modalités atypiques par le caractère des irradiations douloureuses, de la douleur elle-même, par l'intensité très variable des accès, par leur durée, et leur répétition susceptible d'aboutir à l'état de mal angineux.

Tantôt le cœur paraît sain, tantôt les lésions se révèlent cliniquement, sous forme le plus souvent de lésions aortiques, d'hypertension et d'hypertrophies, gauches principalement, avec association fréquente de phénomènes hypo ou asystoliques.

L'évolution respective de l'angor et de la cardiopathie échappe à toute règle fixe, aucun parallélisme étroit ne reliant ces deux facteurs. La mort peut résulter de l'un ou de l'autre, ou des deux simultanément.

Dans ce groupe d'angors, il est commode de distinguer :

a. *L'angor d'effort.* — Ici la douleur oblige à suspendre l'effort commencé, parfois très minime, au point que le malade peut être peu à peu victime d'un implacable encerclement qui arrivera à le coucher dans la tombe. Tantôt la douleur existe à l'état pur, tantôt elle est associée à l'œdème pulmonaire, ou à une dyspnée secondairement surajoutée, ou à un essoufflement qui a précédé chronologiquement l'accès angineux. Parfois dyspnée d'effort et symptômes douloureux sont tellement confondus qu'on ne peut même pas établir sûrement le diagnostic d'angor.

A signaler des formes légères, frustes et indolores avec simple sensation de « respiration bouchée ».

Dans la plupart des cas (377 sur 486) il n'existe pas de lésions aortiques et l'examen est entièrement négatif (1/3 des cas environ) ou révèle une hypertension (2/3). Par ordre de fréquence viennent ensuite les lésions aortiques (68 cas), et les gros cœurs, avec ou sans hypertension, avec ou sans arythmie (41 cas).

La mort survient le plus généralement dans le cours des cinq premières années, mais peut être différée, bien souvent au delà de dix ans; et même la possibilité de guérison vraie est à retenir.

L'homme est le plus souvent atteint (4 fois sur 5 environ), la syphilis est un facteur étiologique capital : constant en cas d'ectasie concomitante, cas du reste rare (3 cas personnels), — à peu près constant en cas d'insuffisance aortique artérielle — très fréquent enfin, même en l'absence de ces lésions, chez les sujets jeunes. Le tabagisme paraît sans influence sur l'étiologie de l'angor. La coexistence de diabète n'est pas exceptionnelle.

L'angor d'effort comprendra par définition, à côté des formes pures, toutes celles où s'y associe de l'angor de repos ou de décubitus, dût même ce dernier l'emporter sur les crises d'effort proprement dites.

L'influence du traitement antisyphilitique et même parfois des moyens thérapeutiques non spécifiques se manifeste par une proportion élevée de résultats favorables.

b. *L'angor au repos ou nocturne.* — Il y a les accès du soir, ceux du matin, ceux du décubitus, avec toutes les modalités individuelles possibles, ils sont en général plus prolongés que ceux de l'angor d'effort. Ceux du décubitus, principalement, sont fréquemment dyspnéiques, sans que ce caractère soit obligatoire toutefois; d'où des difficultés de diagnostic, l'angor devant être mis à part des banales douleurs, épigastriques en général, des cardiaques essouflés. Pour donner une idée précise du polymorphisme clinique, l'auteur donne 24 observations, de divers types, car cette variété d'angor a été jusqu'ici assez négligée par les observateurs.

c. *Angor dans diverses affections cardiaques ou médiastinales.* — L'angor para-dyspnéique des cardiaques troublés, distinct de l'angor vrai par ses symptômes et par ses caractères étiologiques, l'angor des cardiopathies (lésions valvulaires, tachycardie paroxystique, péricardites, etc.), l'angor des affections médiastinales, constituent ce groupe dissident.

2° Angines de poitrine de signification incertaine. Angors douteux. — Ici se rangent des angors d'effort et des angors au repos ou nocturnes. C'est un groupe d'attente où se rangent tous les cas où les sensations douloureuses sont indécises ou anormales par leur localisation, par leur cause provocatrice, par les troubles céphaliques associés, les cas à accès unique, ou, au contraire, à accès au repos trop répétés. L'examen le plus attentif et le plus suivi laisse subsister des cas indéchiffrables.

3° Angines de poitrine de signification bénigne. Angors névrosiques. — Sans arguer d'une distinction entre l'angine vraie et la fausse angine de poitrine, l'auteur reconnaît l'existence d'angines de poitrine foncièrement bénignes et les dénomme angors névrosiques. Elles résultent d'une sensibilisation de la voie nerveuse cardiaque centripète, sous l'influence des causes irritatives les plus diverses, digestives, génitales ou autres; d'où le terme d'angor secondaire appliqué à ces cas.

La délimitation des angors névrosiques est souvent bien ardue d'avec le symptôme angineux classique et d'avec bien d'autres algies; elle se fonde sur le caractère plutôt lancinant de la douleur, sur l'importance des symptômes nerveux accessoires de la crise, sur l'absence d'angor d'effort véritable, sur l'étiologie et l'interrogatoire. Douze observations personnelles choisies en montrent des aspects variés.

L'auteur termine par quelques considérations pathogéniques : à son avis, la théorie de la distension cardiaque ou

aortique douloureuse ne peut s'appliquer qu'à un nombre restreint de cas.

Il se montre partisan, dans l'angor d'effort, de la théorie d'insuffisance d'irrigation du myocarde, surtout du fait des spasmes, surajoutés ou non à des lésions organiques plus ou moins avancées. En fait bien des crises sont déclenchées par des influences spasmogènes et rappellent cliniquement les spasmes artériels de la claudication intermittente, souvent rapprochée de l'angor. La clinique peut faire prévoir, avec de grandes chances d'exactitude, l'existence de lésions coronariennes, ainsi que le montre une statistique originale de 20 observations complètes.

Néanmoins, de même que la gangrène des extrémités ne présuppose pas forcément la claudication intermittente, de même de vastes ischémies myocardiques allant jusqu'à l'infarctus restent, dans un nombre considérable de cas, indolores.

Pas plus qu'une autre, la théorie coronarienne ne doit être exclusive; car, actuellement, chacun ne demande qu'à s'incliner devant « l'éminente dignité des faits ».

PATHOGÉNIE DE L'ANGINE DE POITRINE

Indications de son traitement chirurgical.

M. L. Richon (de Nancy), rapporteur.

Un essai pathogénique ne peut se passer des *données anatomiques et physiologiques* concernant le plexus cardiaque, et sa double origine, vagale et sympathique; ce plexus transmet des influx centrifuges, accélérateurs et modérateurs du rythme cardiaque et des influx centripètes, qui empruntent, chez le lapin, une voie bien différenciée, celle du nerf dépresseur de Cyon, chez l'homme des voies encore mal déterminées. C'est surtout des plexus péri-aortiques que doivent émaner les fibres sensitives; l'influx afférent aux centres chemine non seulement par certaines fibres du vague, analogues du nerf de Cyon et constituant le système dépresseur, mais encore par des voies sympathiques, faisant partie d'un système presseur en quelque sorte.

Les excitations à point de départ cardio-aortique provoquent donc de véritables réflexes par ébranlement de la moelle cervicale et dorsale supérieure, sans qu'il soit possible de nier l'existence d'une sensibilité douloureuse propre au cœur lui-même; l'angoisse résulte aussi certainement du vaste ébranlement du système nerveux végétatif.

Pour expliquer la *pathogénie de l'angine de poitrine*, bien des états pathologiques du myocarde ont été invoqués : soit distension brusquée, douloureuse au même titre que la distension vésicale par exemple — soit épuisement à l'effort d'un myocarde insuffisamment irrigué — soit fatigue musculaire suivie d'une sorte de crampe par accumulation des déchets du travail musculaire — soit enfin déficience de la circulation coronarienne par suite d'oblitération lésionnelle. Aucun de ces divers essais d'interprétation n'emporte la conviction. L'électro-cardiographie de son côté, encore peu appliquée à l'angor, serait assez en faveur de certaines ischémies localisées.

On a également incriminé les lésions aortiques ou aortico-rénales et le mécanisme douloureux par distension de l'aorte altérée ou par poussées évolutives de ses lésions. Aussi le diagnostic clinique et, plus encore, radiologique doit-il être toujours très poussé vers la recherche, bien souvent positive alors, de l'aortite. Mais il faut reconnaître la rareté de la poussée hypertensive, qui expliquerait l'accès, si l'on admettait l'hypothèse d'une distension aortique douloureuse.

Les angiospasmes coronariens, parents des angiospasmes périphériques ne peuvent guère être considérés comme responsables des accès que s'ils se greffent sur des lésions vasculaires. En tout cas il est fréquent de déceler chez les angineux une exagération considérable des réflexes vasculaires généraux.

Restent des mécanismes pathogéniques mal déterminés, à savoir ceux de l'angor dans les affections médiastinales susceptibles d'avoir lésé les plexus cardio-aortiques ou les voies afférentes sensibles sus-jacentes, et ceux des angors névropathiques dits aussi secondaires, réflexes, etc., en rapport avec une hyperexcitabilité simple, sans lésions ni excitation directe, des plexus nerveux. Mais il s'agirait tout d'abord de passer au crible d'une critique serrée les faits cliniques eux-mêmes, car sous l'épithète de névropathique sont incorporés certainement bien des cas d'angines cardio-aortiques légitimes.

Abstraction faite des terminaisons banales de toutes les cardiopathies, l'angor revendique pour son compte exclusif certaines morts subites, dont la prévision est d'ailleurs impossible, car on les observe à n'importe quel moment de l'affection et dans toutes les formes, avec une prédilection cependant pour les formes prolongées. Le mécanisme en serait soit l'inhibition bulbaire, soit la fibrillation ventriculaire incompatible avec la vie, telle qu'elle est observée sur l'animal après certaines ligatures coronariennes.

Tirer des travaux actuels des conclusions fermes serait hasardeux; mais quelques remarques se dégagent de l'ensemble : tout d'abord la théorie aortique reste intacte en tant qu'explication valable d'un grand nombre de cas, dans lesquels le point de départ des excitations déchaînantes est la région sus-sigmoïdienne. C'est l'insuffisance aortique, facteur des distensions et rétractions les plus amples, qui est la modalité la plus fréquente.

Mais il existe aussi incontestablement un premier angor d'effort par insuffisance brusquée d'un ventricule gauche hypertrophié; un second type, concomitant d'états cardiaques divers (dilatation aiguë de certaines infections, endo-péricardite, cœur forcé, sténose mitrale) et un troisième type, d'origine coronarienne. L'importance évidente des altérations du myocarde et de ses vaisseaux propres ressort de nombreuses constatations cliniques et anatomiques, au point que l'on se demande, si les méthodes minutieuses comme l'électro-cardiographie ne parviendront pas à déceler toujours dans l'angor des rapports avec une insuffisance cardiaque débutante ou partielle.

On ne peut donc séparer, dans la pathogénie, le cœur de l'aorte; tous deux semblent intervenir conjointement dans la détermination de la crise.

Les *indications du traitement chirurgical*, suggéré primitivement par François Franck, mis en pratique par Jonnesco puis par beaucoup d'autres, restent intimement liées au progrès des recherches anatomo-physiologiques. L'idéal cherché consiste à sectionner les seules fibres afférentes, sensitives, mais justement elles sont mal individualisées chez l'homme. Cependant Eppinger et Hofer auraient obtenu d'heureux résultats par section de filets d'origine vagale, ou même du vague d'un côté.

Mais c'est surtout la sympathectomie, méthode malheureusement aveugle et par là même pouvant être dangereuse lorsqu'on veut la pratiquer trop largement, qui a été appliquée sur le plus grand nombre de cas, avec des succès parfois remarquables.

La douleur reste l'indication principale; l'intégrité ou tout au moins la faible atteinte du myocarde est une condition essentielle de l'opportunité de l'opération.

DISCUSSION DES RAPPORTS ET COMMUNICATIONS SUR L'ANGINE DE POITRINE ET LES MALADIES DU CŒUR ET DES VAISSEAUX

M. Leriche (Strasbourg) communique un excellent résultat obtenu par sympathectomie cervicale gauche combinée à la section des trois derniers rameaux communicants cervicaux et des deux racines du nerf vertébral. Il pose trois questions :

1. *Faut-il opérer?* — Une statistique de 81 cas donne 53 p. 100 de guérisons vieilles de trois mois à plusieurs années, avec suppression non seulement des douleurs, mais encore des crises.

2. *Quels malades opérer?* — Certainement pas les cardiaques atteints de grosses lésions; de préférence, semble-t-il, les malades qui ont de l'angine au repos.

3. *Quelle opération pratiquer?* — Pas d'ablations ganglionnaires qui exposent à de multiples accidents, dont l'œdème pulmonaire, mais des sections de rameaux pré ou postganglionnaires. M. Leriche apporte les arguments en faveur de la section de la chaîne cervicale à sa terminaison vers le premier ganglion thoracique, opération complétée par section des trois derniers rami cervicaux et 1er dorsal et des racines du nerf vertébral.

M. le médecin inspecteur Delorme rappelle le traitement

de la symphyse cardio-péricardique par la cardiolyse (opération de Delorme). Dans les symphyses étendues ou totales, le dégagement ventriculaire suffit à faire disparaître les troubles; l'excision partielle des cartilages costaux gauches, peu traumatisante, et évitant l'ouverture de la plèvre, atteint ce but; après intervention, le cœur diminue de volume, ses battements se régularisent, la dyspnée disparaît, le foie redevient normal; et les résultats acquis paraissent définitifs.

M. Lian (Paris) insiste sur l'importance clinique des nombreuses angines de poitrine réflexes. Pour les angors organiques, il estime que le mécanisme pathogénique univoque, quelle que soit l'affection originelle, est une surcharge ventriculaire gauche à manifestation douloureuse, déclenchée par les causes occasionnelles les plus variées (effort, décubitus nocturne, émotions, digestion, etc.).

Les angors réflexes résultent de la répercussion sur le plexus cardiaque et le cœur lui-même de perturbations sympathiques provoquées par une affection non circulatoire.

M. Hoche (Nancy) souligne la nécessité de rechercher minutieusement les lésions anatomiques, non seulement dans le cœur ou les vaisseaux, mais aussi dans le plexus cardiaque et les organes ou tissus de voisinage.

Sur le pronostic de l'angine de poitrine. — M. Syllaba (Prague). Rassemblant, après quinze ans d'observation, une centaine de cas personnels, dont 17 ayant évolué favorablement, M. Syllaba avoue l'extrême difficulté de formuler un pronostic, même après constatation ou non de signes objectifs et conseille la plus grande réserve sur ce point capital.

Le traitement des hypotendus. — M. le professeur V. Libensky (Prague), en observant 142 cas d'angine de poitrine, a constaté qu'on pouvait les classer en quelques groupes selon la pulsation de l'ombre cardiaque à l'écran radioscopique, et selon leur pression sanguine. Celui des angineux à pression sanguine basse et à battements cardiaques affaiblis présente le plus d'intérêt au point de vue thérapeutique. Ces cas se sont montrés extrêmement rebelles à toute médication et à la balnéation carbogazeuse. C'est, d'après lui, l'hypotension qui cause, en grande partie, cet échec. Elle traduirait un état spécial du myocarde. Il argumente dans ce sens par des faits analogues chez les hypotendus purs (sans aucun défaut organique ou constitutionnel) qui devenaient facilement asystoliques par suite de diverses influences extérieures (intervention chirurgicale, grossesse). L'administration de digitale était toujours suivie d'une notable aggravation subjective, d'arythmies graves et d'infarctus pulmonaires. Ce syndrome angoissant ne cédait qu'à la suppression de la digitale.

En concluant, l'auteur exprime la conviction que l'hypotension peut se révéler quelquefois comme le premier signe déconseillant ou même contre-indiquant l'administration de la digitale.

Pronostic de l'angine de poitrine basé sur l'électrocardiogramme. — M. Prusik (Prague), de l'examen électrocardiographique de 75 angineux, conclut à l'importance primordiale, quant au pronostic, de la valeur du chiffre additionnel des ondes T prises en trois dérivations différentes : plus ce chiffre est bas, plus la mortalité est élevée; plus il s'élève, plus la mortalité diminue. Ainsi, aux variations progressives du chiffre de 0 à 6 millimètres correspondent des variations de la mortalité de 20 p. 100 à 0.

L'émanation du radium dans l'angine de poitrine. Une sympathectomie non sanglante. — M. Pelnar (Prague). Les injections intraveineuses d'émanation de radium, d'après la méthode de Vanysek, ont une influence régulatrice sur le sympathique : dans les troubles de vaso-constriction périphérique, dont le type est la maladie de Raynaud, et dans l'angor, elles ont pu avoir le même effet salutaire qu'aurait eu vraisemblablement la sympathectomie.

Aussi remplaceront-elles avantageusement cette dernière, lorsque des conditions générales ou locales, par exemple l'extension de lésions spécifiques vers les vaisseaux du cou la rendraient dangereuse. Elles se montreront précieuses surtout dans les cas où tout le système vaso-moteur sympathique est perturbé.

En cas de troubles vaso-moteurs régionaux, les injections « loco dolenti » ont été pratiquées avec succès.

L'électrocardiogramme et les médicaments cardiaques. — M. Henrijean (Liége). Se basant sur les faits, d'après lesquels l'électrocardiogramme ne renseigne nullement sur la valeur de la contraction musculaire cardiaque, et peut être observé complet sur le cœur arrêté, se basant ensuite sur de nombreuses expériences personnelles dont il présente en projections les résultats les plus démonstratifs, l'auteur a émis une théorie nouvelle de l'électrocardiogramme : il résulterait de phénomènes électriques prenant naissance par des mécanismes analogues à ceux observés chez les poisons électriques ou dans des tissus capables de changer de forme; ces phénomènes électriques exciteraient le myocarde, dont la contraction développerait à son tour les courants, bien connus, de toute contraction musculaire. L'auteur montre aussi, par des tracés, l'influence de la respiration et de divers médicaments ou ions chimiques sur le cœur, dont les diverses parties sont liées les unes aux autres et les innervations extrinsèques influencées diversement en présence d'ions différents.

L'action dromotrope positive de l'atropine sur la conductibilité atrio-ventriculaire durant la phase stimulatrice de cet alcaloïde et son utilisation dans les états de blocage. — M. Meyer (Strasbourg). Durant sa phase stimulatrice, grâce probablement à son action sympathicotrope et sur le faisceau de His, l'atropine améliore la conductibilité atrio-ventriculaire, ainsi que le montre l'électrocardiographie. Aussi est-il rationnel d'employer les injections intraveineuses d'atropine (1/3 de milligramme) dans les blocages incomplets, sans plus chercher, comme on le faisait jusqu'ici, la paralysie du pneumogastrique, à l'aide des plus fortes doses, au risque d'inconvénients sérieux.

L'hypotonie artérielle primitive et son retentissement sur le cœur. — M. Dumas (Lyon). Caractérisée par la chute des tensions, minima surtout, et l'assourdissement des tons artériels à l'auscultation, l'hypotonie artérielle entraîne une hyperactivité fonctionnelle du cœur (tachycardie, galop, choc globuleux de la pointe) susceptible d'aboutir à l'hypertrophie et à la défaillance cardiaque progressive. La cause de la défaillance devra être cherchée, non dans le cœur primitivement indemne, mais dans le système artériel, que les médications vaso-constrictives, surrénalienne en particulier, viseront à tonifier.

Action du gui, du nitrite de soude, de la trinitrine dans les hypertensions artérielles. — MM. Mattei et Dias Cavaroni (Marseille). Les observations ont été faites sur des hypertendus moyens, exempts de déficience cardiaque ou rénale, mis au repos.

Le gui a abaissé assez rapidement la tension maxima, de 3 à 5 centimètres Hg, 6 fois sur 10, et la minima, plus lentement, de 2 à 3 centimètres, sur trois des six malades dont la maxima avait été influencée. Ces résultats se maintenaient encore plusieurs jours après la fin de la cure.

Le nitrite de soude non seulement s'est montré un hypotenseur très infidèle (2 fois sur 10) et très faible, mais encore a donné lieu à des poussées hypertensives avec accroissement fréquent de l'indice oscillométrique.

La trinitrine, après une courte phase hypertensive en général, a abaissé la maxima de 2 à 4 centimètres, dans 3 cas sur 9, de façon très éphémère.

Somme toute, l'extrait de gui (en injection ou ingestion) est seul un hypotenseur sur lequel on puisse réellement compter, sans crainte d'accidents hypertenseurs passagers ; son action, imparfaite il est vrai, peut être complétée par les médications hypotensives agissant surtout sur la minima (purgatifs, diurétiques, régimes tonicardiaques).

Sur l'action cardiotonique du scillarène, en particulier dans les troubles de défaillance du cœur. — M. Vautrin (Paris) place le scillarène sur le même rang que la digitaline et l'ouabaïne, parmi les toni-cardiaques, et insiste sur l'absence d'accumulation et de dangers secondaires, qui permet son emploi prolongé s'il est jugé utile.

Les cures hydro-minérales dans l'angine de poitrine. — M. Lassance (Bains-les-Bains). L'hyperexcitabilité sympa-

thique, facteur d'angor, n'est pas justiciable seulement des médications sédatives, opaciées ou autres, de date ancienne; elle relève des stations thermales radio-actives dont l'action sur les algies viscérales est capable de s'exercer remarquablement sur les crises angineuses, qui diminuent et s'espacent.

Crises angoreuses à type clinique de claudication intermittente du cœur. — MM. G. Etienne et L. Mathieu (Nancy). Dans cette observation les crises, survenant au cours de l'ascension d'une pente et obligeant à l'entrecouper de repos, suggéraient de façon frappante une claudication intermittente du cœur, analogue à celle observée aux membres inférieurs.

TROISIÈME QUESTION

FORMES CLINIQUES ET TRAITEMENT DES GANGRÈNES PULMONAIRES

MM. F. Bezançon et de Jong (de Paris), J. Parisot et L. Caussade (de Nancy), rapporteurs.

I. MM. Besançon et De Jong montrent la tendance actuelle à englober dans une même étude les infections putrides du poumon, comprenant les formes, de plus en plus fréquentes, de gangrène atténuée ou prolongée, et les abcès pulmonaires.

La gangrène est tantôt, le plus souvent, secondaire (dilatations bronchiques infectées comme de règle, embolies vasculaires, déglutition septique), tantôt primitive.

Trois *formes cliniques* seront décrites :

1° Forme aiguë sans signes de localisation pulmonaire (forme dite embolique) ; c'est la septicémie qui l'emporte cliniquement, les signes locaux étant effacés ou nuls; ces faits ont dans l'histoire de la gangrène pulmonaire la même place que la granulie dans l'histoire de la tuberculose;

2° Forme aiguë avec signes de localisation (forme dite pneumonique) : partout décrite depuis le travail fondamental de Bucquoy, se révèle par des signes semblables à ceux de la pneumonie mais en est totalement distincte nosologiquement; elle aboutit rapidement à une grosse lésion destructive.

3° Forme localisée à poussées successives : après un début brutal ou insidieux, hémoptoïque parfois, cette forme se singularise par une évolution entrecoupée de rémissions, suivies de poussées nouvelles au nombre de 3, 4 parfois, de durée variable, l'issue fatale ne survenant qu'au bout de plusieurs années dans les cas les plus prolongés. Il existe même des formes chroniques de suppuration, par intermittences fétide.

Les *complications pleurales* sont surtout les épanchements purulents; les signes pleurétiques sont rarement au complet et c'est souvent la ponction seule qui affirme le diagnostic, soupçonné en présence des signes généraux d'infection grave. Parfois il se constitue un pyopneumothorax dit par exhalaison. Des épanchements hémorragiques plus ou moins modifiés ont été constatés.

On a décrit des *formes bronchitiques*; en réalité, il existe des bronchites à caractère transitoirement fétide, du fait d'infections surajoutées accidentellement; mais malgré les travaux, déjà anciens, et qui n'avaient pas jusqu'ici été revus à la lueur des conceptions modernes, il n'existe pas de gangrène des extrémités bronchiques. Les bronchectasies, si fréquentes dans toutes les formes, quelles qu'elles soient, de gangrène pulmonaire, ne caractérisent pas une forme plutôt qu'une autre.

L'association *tuberculose et gangrène pulmonaire* ne se rencontre que rarement sous l'aspect d'infection gangréneuse de cavités bacillaires et tout à fait exceptionnellement sous l'aspect de gangrène véritable chez un bacillaire.

Le *diagnostic* repose essentiellement sur l'expectoration fétide bien connue, souvent hémoptoïque, apparaissant plus ou moins tôt, progressivement ou par vomique; les crachats déposent en plusieurs couches superposées; ils doivent être examinés microscopiquement, ainsi qu'il sera dit plus loin.

Mais si le diagnostic de suppuration pulmonaire gangréneuse est en général facile à poser, la difficulté consiste à établir la nature des lésions, car toute lésion cavitaire septique ouverte à l'air, bronchectasie, cavité de pleurésie interlobaire ou d'abcès pulmonaire, peut entretenir une expectoration fétide; or les formes chroniques de la gangrène pulmonaire peuvent donner le change pour ces diverses affections.

Le diagnostic de localisation n'est pas moins ardu, car le foyer peut être noyé dans une vaste réaction parenchymateuse, ou bien masqué par du tissu sain. La radioscopie, si souvent en désaccord dans ces cas avec l'examen clinique, viendra alors à l'aide de l'observateur; ses images, malheureusement, en dehors de quelques aspects pathognomoniques (ombre triangulaire, image cavitaire, etc.), sont souvent indécises.

Les ponctions sont quelquefois probantes. L'examen direct des crachats, en montrant une bouillie microbienne dont la majorité des éléments ne prend pas le Gram, peut être en faveur de l'existence d'anaérobies, ou déceler la présence de spirilles, associés ou non aux bacilles fusiformes.

La *pathogénie* des gangrènes pulmonaires fut, à la suite des travaux de Veillon et de ses collaborateurs, cherchée surtout dans l'intervention des microbes anaérobies, parmi lesquels B. ramosus, seul ou associé à micrococcus fœtidus ou à B. fragilis, fut le plus fréquemment mis en évidence. Les aérobies peuvent du reste s'associer aux anaérobies dans le processus destructif, qui semble tenir principalement à la pullulation vraiment extraordinaire des germes pathogènes, par eux-mêmes faiblement générateurs de toxines, mais nocifs par l'intermédiaire des déchets tissulaires qu'ils créent et que l'organisme résorbe en plus ou moins grande abondance.

Mais il faut reconnaître que la détermination précise des germes, rarement pratiquée à cause des difficultés d'exécution technique, devrait être mise en œuvre systématiquement si l'on veut avoir une idée exacte du rôle des anaérobies.

Il faudrait, de même, entreprendre des recherches suivant un plan donné pour établir la part des infections spirillaires et fuso-spirillaires, qui chaque jour apparaît plus importante, depuis les premières constatations de Ghon et de Perrin dans la gangrène pulmonaire. Les spirilles paraissent particulièrement responsables de la nécrose.

Seules des études sur crachats frais, avec collaboration de l'ultra-microscope et des méthodes spéciales aux spirochètes, permettraient de délimiter la part qu'ont ces derniers dans les suppurations pulmonaires gangréneuses.

II. MM. J. Parisot et L. Caussade divisent leur travail en deux parties :

Première partie. — **Les différents procédés de traitement des gangrènes pulmonaires** (Etude analytique). — 1° *Thérapeutique médicamenteuse.* — Les voies d'introduction des médicaments ont été variées de façon à faire arriver au poumon lui-même les doses les plus considérables possible; aussi, à la voie sanguine (ingestion, lavement, injections) a-t-on tenté de substituer la voie aérienne, grâce aux injections susglottiques, transglottiques, intrabronchiques (Guisez) et transtrachéales (Rosenthal). La voie intrabronchique n'a donné, quelles que soient les formes traitées, que d'excellents résultats; seule la voie transtrachéale semble pouvoir rivaliser avec elle. Quant à l'introduction directe par lardage du foyer, elle est dangereuse.

Les substances employées ont été soit des médicaments anti-infectieux indifférents, parmi lesquels une place de prédilection reste à la teinture d'ail, inoffensive aux doses thérapeutiques et précieuse par son pouvoir antiseptique pulmonaire élevé, soit des médicaments spécifiques :

La *chimiothérapie* est réalisée surtout par les arsénobenzènes (Perrin) à l'actif desquels, les rapporteurs enregistrent, sur 80 cas, 42 guérisons et 13 améliorations; les formes superficielles, bronchites fétides principalement, et dans lesquelles se rencontrent des spirilles, y sont les plus sensibles, sans qu'il y ait là de règle fixe; car on voit des formes à spirilles rester rebelles, alors que d'autres sont favorablement influencées;

La *sérothérapie*, dans 57 cas, dont les rapporteurs fournissent un tableau détaillé, a procuré 16 guérisons immédiates et 24 améliorations prolongées, obtenues, sauf 2 fois (sérum de Leclainche et Vallée, sérum de Vincent et Stodel), avec les mélanges de sérums préparés à l'Institut Pasteur sous la direction de Weinberg. Parfois, les sérums antitétaniques, antistreptococcique, antipneumococcique ont été ajoutés au mélange.

C'est surtout la voie hypodermique qui a été utilisée, car les injections intraveineuses sont souvent suivies de troubles très inquiétants, parfois inévitables malgré les tentatives de

désensibilisation, et les injections dans les voies aériennes, sans mettre à l'abri de ces chocs, sont d'une pratique plus délicate. Des guérisons véritables ont été notées, dans les formes primitives aiguës ou subaiguës tout particulièrement, mais les échecs sont trop souvent le fait de lésions pulmonaires trop profondes, de dilatations bronchiques sur lesquelles la gangrène s'est greffée, ou de tuberculose coexistante. Le mécanisme des succès reste assez imprécis, car ce n'est que très exceptionnellement qu'on trouve dans les gangrènes pulmonaires les agents de la gangrène gazeuse.

La *vaccinothérapie* ne compte que huit essais, dont 1 avec stockvaccin et 7 avec autovaccins, se soldant par quatre guérisons, et 3 améliorations plus ou moins durables; elle réalise surtout la lutte contre les aérobies et peut être employée conjointement avec la sérothérapie antianaérobique.

2° *Thérapeutique mécanique : Pneumothorax artificiel :* la méthode de Forlanini, appliquée par cet auteur même à un cas de gangrène pulmonaire, donne un total de quinze guérisons sur vingt-cinq cas. Pratiquée avec quelques détails spéciaux de technique, elle peut réaliser une guérison rapide, parfois en quelques jours, mais la symphyse pleurale et diverses complications, dont l'infection plenrale est la plus fréquente, peuvent y mettre obstacle. Les formes unilatérales, à grosses cavités de nécrose ouvertes dans les bronches, sans complication pleurale ni à distance réalisent l'indication type, mais, en l'absence de lésions bilatérales, ou de pleurésie purulente, ou d'un état général trop précaire, l'essai de pneumothorax, intervention essentiellement bénigne, est toujours légitime.

Traitement chirurgical. — Laissant de côté les interventions rares, thoracoplastie et lobectomie, les rapporteurs n'en considèrent que deux : la *pneumotomie*, dont la mortalité s'est abaissée environ de 40 à 19 p. 100, bénéficie avant tout des progrès réalisés, grâce à la radiologie, dans le diagnostic de localisation du foyer, qu'il s'agit de drainer largement en évitant l'infection pleurale grâce à une suture de protection; si la plèvre était spontanément contaminée, l'intervention la draine en même temps que le poumon. Rares sont les améliorations soudaines, par contre de multiples complications hémorragiques et septiques, par contiguïté ou à distance, peuvent entraver l'évolution favorable, ordinairement assez lente; somme toute, la pneumotomie reste grave et réservée aux foyers bien accessibles, non sclérosés, telles les gangrènes d'origine embolique, et aux formes provoquées par corps étrangers ou compliquées de pyopneumothorax.

Le *décollement pleuro-pariétal* (opération de Tuffier) sans effraction pleurale ne comporte que 10 tentatives (6 guérisons, 2 améliorations, 2 échecs). A la pleurolyse peut se combiner la compression, permanente par greffe, transitoire par mèches ou appareils élastiques, du poumon infecté. Ce procédé s'applique aux formes unilatérales, peut tirer ses indications de la symphyse pleurale, qui en favorise singulièrement l'exécution, et se justifie surtout vis-à-vis des localisations apicales.

DEUXIÈME PARTIE. — **Adaptation des différents procédés de traitement aux formes cliniques des gangrènes pulmonaires** (étude synthétique). — Il faudra modifier les prescriptions dans le sens indiqué par l'état général, par les symptômes, respiratoires en particulier, par le terrain (diabète, poumon lésé par gaz de combat et présentant des lésions bronchiques, tuberculose, syphilis, mycose, amibiase et parasitismes divers), par la genèse de la gangrène (corps étranger des bronches ou du parenchyme, foyer embolisant), par la bactériologie de l'infection (spirilles, association fuso-spirillaire, anaérobies, aérobies, pneumocoque, streptocoque). Quant à établir une concordance entre les formes anatomo-cliniques et les traitements à appliquer, on n'y peut songer de façon rigoureuse; néanmoins les formes à localisation basse ou hilaire, ou bilatérales sont surtout justiciables du traitement endobronchique; les formes unilatérales, pneumoniques, avec ou même sans cavité nécrotique, lorsqu'elles sont rebelles aux traitements médicamenteux, relèvent du pneumothorax, et en cas d'échec de celui-ci, des interventions chirurgicales, la pneumotomie étant indiquée vis-à-vis d'un foyer abordable sans grosses difficultés, le décollement pleuro-pariétal étant réservé aux foyers inaccessibles. L'infection pleurale commandera aussi l'intervention, mais sans précipitation, et après avoir tenté les injections intrapleurales de métaux colloïdaux ou de sérums.

Bref, partant des méthodes les plus simples et les moins offensantes, on n'instituera les méthodes instrumentales plus délicates qu'en cas de nécessité créée par l'échec des autres moyens; dans tous les cas, une longue persévérance dans la thérapeutique sera de règle, car les retours offensifs des processus infectieux sont particulièrement fréquents.

DISCUSSION DES RAPPORTS SUR LES GANGRÈNES PULMONAIRES

M. E. RIST (Paris) signale les circonstances étiologiques peu connues de certaines gangrènes pulmonaires : gangrène pulmonaire survenant dans les suites d'interventions chirurgicales aseptiques ayant porté sur le tube digestif; gangrène pulmonaire après submersion dans l'eau de mer, qui peut contenir, d'après des travaux de l'auteur, des anaérobies nombreux. Il se montre chaud partisan du pneumothorax précoce, et rejette la vaccinothérapie comme inefficace.

M. DAUTREBANDE a spécialement étudié la bronchite fétide à spirilles, de Nolf et Spehl, caractérisée par un mauvais état général, après quelques jours d'état grippal, par la fétidité de l'haleine, par une expectoration fétide, peu considérable, non hémoptoïque, ne renfermant pas de fibres élastiques, enfin par des signes pulmonaires objectifs très discrets.

Elle est due à divers spirilles (dentium, Vincenti, et un spirille du genre refringens) et est bien influencée par l'arsenic.

M. HAMMER (Amsterdam), sur 21 autopsies de gangrène pulmonaire n'a vu le diagnostic clinique avoir été porté que 7 fois; bien souvent, ce sont les petites dimensions du foyer qui ont été cause de l'absence de diagnostic exact. Il relève la coexistence fréquente de gangrène pulmonaire et d'embolies non gangréneuses, ainsi au cours de la rougeole.

M. JAQUEROD (Leysin). La gangrène pulmonaire s'associe rarement à la tuberculose et évoluera alors, soit près d'une caverne, soit sur un poumon tuberculeux apparemment guéri; dans des cas où l'expectoration bacillifère a cessé, elle ne reprend pas sous l'influence de la poussée gangréneuse. L'auteur rapporte aussi la mort, par gangrène pulmonaire, d'une personne, qui s'était inoculé sous la peau une culture pure de bacille de Koch, dix ans auparavant. Il pense à l'action, en dehors des microbes vivants, des produits toxiques restant dans le tissu où ceux-ci ont été détruits.

COMMUNICATIONS

Les formes aiguës de la gangrène pulmonaire. — M. OLMER (Marseille) rapporte 8 cas, comportant 7 décès, malgré pneumothorax (1 cas), malgré pneumotomie (3 cas) et considère comme très sombre le pronostic de ces formes, qu'elles soient primitives ou secondaires, à une bronchectasie le plus souvent. La flore était, dans tous les cas, très variée (strepto, anaérobies, spirilles, association fuso-spirillaire).

La gangrène pulmonaire d'origine œsophago-diverticulaire. — M. F. DÉVÉ (Rouen). Un diverticule de traction de l'œsophage peut ensemencer le poumon par l'intermédiaire du tissu conjonctif du hile; c'est une éventualité qui se voit presque uniquement chez le vieillard (3 fois sur 26 gangrènes pulmonaires du vieillard), et que seul l'examen minutieux de l'œsophage peut dépister.

Gangrène pulmonaire à évolution lente, à point de départ œsophagien. Phrénicectomie. — MM. ETIENNE, HANRIOT et PELLÉ (Nancy). Chez un sujet ayant présenté dix ans plus tôt une pleurésie fétide et des symptômes de communication entre la plèvre infectée et les voies digestives, un examen radiologique décèle par hasard un diverticule œsophagien communicant avec le poumon. Puis survient une poussée de gangrène pulmonaire, qui se trouve éteinte, après d'autres essais infructueux, grâce à la phrénicectomie du côté malade.

Spirochètes et expectorations fétides. — MM. BESANÇON et ETCHEGOIN, par l'imprégnation au Fontana, par l'isolement des spirochètes des crachats, la coloration à l'encre de Loeffler et l'ultramicroscopie, et en opérant sur l'expectoration fraîche, n'ont vu des spirochètes que dans certaines

expectorations fétides et dans les hémoptysies des tuberculeux. Le spirochète isolé par eux des suppurations pulmonaires fétides se rapproche du spirochète bronchialis de Castellani et se différencie du spirochète Vincenti. Sa présence, en association avec les anaérobies type Veillon, avec prédominance de l'un ou l'autre des agents pathogènes, est facultative.

Note sur le traitement de la gangrène pulmonaire par le pneumothorax artificiel. — MM. Dumarest et Bonafé (Hauteville), sur 4 cas, ont obtenu un succès complet, deux succès partiels et un échec. C'est en intervenant précocement qu'on se place dans les conditions les plus favorables; au contraire, plus tard, quand les adhérences pleurales s'opposent au collapsus complet, le pneumothorax donne des résultats plus aléatoires; mais, même partiel, il constitue un procédé thérapeutique des plus précieux.

Traitement combiné d'un cas de gangrène pulmonaire par le pneumothorax artificiel, la vaccinothérapie et les injections trachéales médicamenteuses. — M. F. Arloing (Lyon), suit depuis sept ans un cas, dans lequel le pneumothorax enraya tout d'abord une évolution qui s'annonçait fatale. Des adhérences s'opposant au collapsus complet, le résultat final restait imparfait, mais grâce à l'autovaccinothérapie, et aux injections intratrachéales (huile goménolée, gaïacolée...), il put être parachevé suffisamment pour permettre la reprise des occupations antérieures.

Traitement inhalatorial de la gangrène pulmonaire. — M. de Médevielle préconise les inhalations sous pression, permettant d'introduire directement dans l'appareil pulmonaire des doses élevées de balsamiques et topiques divers.

COMMUNICATIONS SUR LES INFECTIONS

L'anatoxine dans la prophylaxie de la diphtérie. — MM. Lereboullet, Joannon et Boulanger-Pilet (Paris). L'anatoxine procure une immunité à peu près constante, tout au moins lorsqu'on l'injecte à des sujets âgés de plus de six mois. Trois injections sont nécessaires et suffisantes. Elles provoquent, chez les grands enfants et les adultes, des réactions locales et générales parfois vives, mais nullement inquiétantes.

Plus encore qu'aux enfants malades, c'est aux enfants sains que la vaccination s'adresse, et il est à souhaiter qu'elle se répande de plus en plus en ce sens. Les auteurs, réservant la séro-prophylaxie aux enfants chez lesquels on craint la contamination et qui ont la gorge très rouge, appliquent communément la vaccination à tous ceux qui ont pu être exposés à la contagion, en particulier frères ou sœurs d'un malade.

L'immunisation spontanée occulte contre certains germes spécifiques. — MM. Lereboullet et Joannon ont établi ce mode d'immunisation vis-à-vis de la diphtérie; dans la scarlatine, la poliomyélite épidémique, le rhumatisme articulaire aigu, la coqueluche, la tuberculose, il doit se retrouver, si l'on en croit les faits cliniques. Par contre, il est des affections (rougeole, variole, syphilis) où il manque manifestement; aussi les auteurs distinguent-ils, de ces dernières maladies à réceptivité absolue, les premières à réceptivité relative, dont le « seuil de réceptivité » s'élève à la suite des contages discrets.

Etiologie de l'appendicite gangréneuse. Etude expérimentale. — MM. Michel, V. de Lavergne et Abel (Nancy) n'ont jamais, dans 17 expériences, tué le cobaye par injection d'émulsions denses d'appendices gangrenés; la plupart du temps, un simple abcès fétide s'est produit. Ces observations, différenciant nettement la gangrène appendiculaire de la gangrène gazeuse des plaies, inclinent à penser, que la gangrène appendiculaire est la conséquence d'artérite et que la pullulation anaérobique n'est que consécutive et secondaire.

A propos de la formule leucocytaire de la scarlatine et de la valeur séméiotique de l'éosinophilie dans le diagnostic différentiel de cette maladie, notamment avec les exanthèmes scarlatiniformes desquamatifs d'origine toxique. — M. Teissier (Paris) conclut à l'existence, au cours de la scarlatine, de leucocytose et de polynucléose neutrophile. L'éosinophilie, très notable dans les exanthèmes scarlatiniformes dus au mercure, à l'arsenic, au bismuth, est au contraire inconstante, transitoire, et toujours très légère quand elle existe.

La réaction de fixation au cours de l'infection chancrelleuse. — MM. Teissier, Reilly et Rivalier, utilisant comme antigène l'endotoxine du bacille de Ducrey, trouvent, sur 52 malades, cette réaction positive dans 94 p. 100 des cas et établissent sa spécificité. La vaccinothérapie curative en augmente l'intensité, alors que la réaction positive n'apparaît pas chez un sujet normal soumis à une injection sous-cutanée d'endotoxine. Apparaissant dès le huitième jour de l'infection, la réaction peut se retrouver plus de trois ans après disparition des accidents.

Cinq années de sérothérapie de la fièvre typhoïde. — M. Rodet (Lyon) apporte une statistique de 679 cas traités. L'action curative se manifeste sur l'état général, l'évolution de la maladie et la courbe thermique. Pour les cas traités au huitième jour au plus tard, la mortalité n'est que de 3,6 p. 100. Pour ceux traités avant le sixième jour, elle est même nulle.

La durée de l'affection est nettement réduite par la sérothérapie, qui évite aussi les complications et les rechutes dans une proportion élevée de cas. *(A suivre.)*

LIVRES NOUVEAUX

Conférences de clinique médicale pratique [3e série] (1), par L. Ramond.

Chacune de ces conférences représente la mise au point pratique d'une question actuellement à l'ordre du jour, choisie parmi celles dont le diagnostic et la thérapeutique ont le plus profité des dernières acquisitions de la science.

Le plan en est conçu d'après les données classiques de la clinique française, telles que l'auteur les tient de ses maîtres : Dieulafoy, Achard et Widal. L'observation d'un malade est le point de départ de chaque leçon; vient ensuite la discussion du diagnostic, du pronostic et du traitement, conduite de telle manière que le lecteur a l'impression de la mener lui-même comme dans une « consultation »; chemin faisant, l'étude complète de la maladie originelle est repassée, en ne mentionnant que les symptômes vraiment utiles à connaître en clinique et que les traitements qui ont fait leur preuve. Ainsi ces conférences restent essentiellement pratiques et négligent toute érudition. Elles visent à former des médecins, non des savants.

Pour y parvenir, elles s'adressent à l'intelligence du lecteur plutôt qu'à sa mémoire et s'efforcent de ne charger cette dernière que de connaissances élaborées par raisonnement. A cet effet, des schémas démonstratifs aident à faire comprendre, quand c'est nécessaire, la raison d'être des symptômes cliniques.

Ecrites pour des praticiens non spécialisés, actuels ou futurs, elles embrassent toute la pathologie interne et l'on y trouvera à côté de questions de médecine proprement dite des questions de neurologie, de gastrologie, de cardiologie et d'urologie. Elles traitent de la *gangrène sénile*, du *zona*, de la *pneumonie du sommet*, du *cancer de l'estomac*, de la *varicelle*, du *tabes*, de la *granulie*, des *pneumonies tuberculeuses*, de la *paralysie radiale*, du *diabète bronzé*, des *kystes hydatiques du poumon*, de l'*albuminurie intermittente*, des *accidents sériques*, des *tumeurs du médiastin*, de l'*insuffisance ventriculaire gauche*.

Grâce à leur forme vivante, due au dialogue en quelque sorte établi entre le lecteur et l'auteur à propos d'un fait clinique, ces conférences se lisent comme un roman, instruisent en distrayant. Aussi retrouveront-elles certainement auprès du public auquel elles s'adressent (praticiens, étudiants, candidats aux divers concours de médecine, internat, hôpitaux) le même succès qu'auprès des auditeurs qui les ont écoutées.

L. GAYARD.

(1) Un vol. in-8 de 386 pages avec 36 figures. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Lourdes et ses mystères, par le docteur Pierre VACHET. Un vol. in-8. — Prix : 5 fr. — Paris, Editions de la *Revue de l'Université*, 193, rue de l'Université.

Méthode de langue écrite internationale. (L'espéisme « chiffrées » universel), par le docteur G. ESPÉ (de Metz). 2e édit. Paris, Editions du Livre de France, 42, boulevard Port-Royal.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ROUEN. — Un concours aura lieu à l'hospice général, à 16 h. 30, pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux, sous la présidence de l'un des membres de la Commission administrative des hospices civils de Rouen.

Se faire inscrire à la direction, enclave de l'hospice général, au plus tard le 31 octobre 1925, avant 18 heures.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La bibliothèque de la Faculté de médecine sera ouverte du 1er septembre au 17 octobre, les mardis, jeudis et samedis, de 13 à 17 heures. Le service normal reprendra le lundi 19 octobre.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Daday, médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Navarre (Evreux), a été nommé médecin chef de service à la Maison nationale de Saint-Maurice, en remplacement de M. le docteur Marchand, nommé à l'asile public d'aliénés de Villejuif.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — *Au grade de commandeur.* — M. le docteur Jean Charcot, explorateur maritime.

GUERRE. — Liste des médecins civils auxquels le ministre a conféré, par décision du 27 juillet 1925, des récompenses honorifiques pour les soins qu'ils donnent, gratuitement, aux militaires de la gendarmerie :

Médaille de vermeil (délivrée après vingt-cinq années de services gratuits). — Légion de Paris : MM. Delage (de Levallois-Perret), Begué (de Saint-Soupplets), Blasart (d'Aubervilliers), Bouté (de la Ferté-sous-Jouarre).

1re légion : MM. Riquiez (de Fauquembergues), Pontier (de Lumbres).

2e légion : M. Lefebvre (de Bohain).

3e légion : MM. Fontaine (de Saint-Sever), Bertin (de Brionne), Bramtot (de Valmont), Bioche (de Louviers), James (de Fauville-en-Caux), Thuillie (de Berthenonville).

4e légion : MM. Moulin (de Nogent-le-Rotrou), Bouteillier (de la Ferté-Fresnel), Buquin (de la Flèche), Margoulis (d'Aubigné), Halbout (de Pont-de-Gennes), Lamy (de Renacé), Frémont (de Nogent-le-Rotrou), Roger (du Grand-Lucé), Bézier (de Vaiges).

5e légion : M. Ferrand (de Blois).

6e légion : M. Etienne (de Renwez).

7e légion : MM. Huth (d'Hérimoncourt), Dumont (de Quingey).

8e légion : MM. Dunoyer (de Tournus), Masson (d'Aix-en-Othe), Cornu (de Neuvy-Sautour), Camet (de Gueugnon), Bidault (de Liernais), Virtely (de Montbard), Bony (de Nuits-Saint-Georges), Bricage (d'Étang-Vergy), Thierry (d'Ancy-le-Franc), Marion (de Clairvaux), Mekdjian (de Joigny), Debricon (de Montigny-sur-Aube).

9e légion : MM. Lebard (de Vatan), Penot (de Vivonne), Moreau (de Lusignan), Orlowski (de Mirebeau).

10e légion : MM. Flaud (de Châtelaudren), Vallée et Bonnelière (de la Guerche), Jolivet (de Châteaugiron), Bréal (de Janzé), Potier (de Merdrignac), Rondel (de Saint-Fromond).

11e légion : MM. Robert (de Guer), Dérien (de Rohan), Boudet (de Sainte-Pazanne), Néret (de Châteaubriant).

12e légion : MM. Louradour (d'Eygurande), Pissard (de Ruffec), Boissel (de Saint-Cyprien), Salsy (de Romillac), Baysselange (d'Eymet).

13e légion : MM. Parlier (d'Allanche), Cordier (de Souvigny), Solelis (de Neussargues), Brémont (de Chaudessaigues), Peschaud (de Murat), Forge (de Renaison), Bertucat (de Saint-Bonnet-le-Château).

14e légion : MM. Pontié (de Jallieu), Rochier (de Nyons), Boël (d'Allevard), Berger (des Avenières), Ricateau (de Crest), Mathian (de Crémieu), Bonnard (de Livron).

14e légion *bis* : MM. Lacrosaz (de Saint-Julien), Bouchet (de Cruseilles), Rochette (d'Hauteville).

15e légion : MM. Maignot (du Pouzin), Paget (de Saint-Chamas), Morizot (d'Arles), Dumaine (de Tournon), Cabannes (de Cavaillon), Brueys (de Marguerittes).

15e légion *bis* : M. Sénès (de Moustiers).

15e légion *ter* : MM. Cipriani (de Guagno), de Peretti (de Lévie).

16e légion : MM. Lacombe (de Sévérac-le-Château), Augé (de Saint-Sernin-sur-Rance), Fisseux (de Cornus).

16e légion *bis* : MM. Gayraud (de Murat), Prax (de Limoux), Combe (de Belvèze), Pauc (de Lézignan).

17e légion : MM. Villeneuve (de Moissac), Daste (de Boulogne-sur-Gesse), Chassereau (de Baziège), Cadéac (de Boulogne-sur-Gesse), Soueix (de Saint-Martory), Cep (de Salies-du-Salat), Duclos (de Condom), Dousset (d'Aignan), Couécou (de Nogaro), Pradère (d'Aspet).

18e légion : MM. François dit Jonchères (de Saint-Jean-d'Angély), Balland (de Saint-Porchaire), Lacq (de Nay), Blazy (de Saint-Jean-de-Luz), Foix (d'Oloron), Dupouy et Guichamans (d'Arzacq), Petit (de Libourne), Jaubert (de Saint-Médard-de-Guizières), Cloupet (de Libourne).

19e légion : MM. Lussan (d'Aïn-Bessem).

20e légion : MM. Calbat (de Mirecourt), Vichard (de Granges-sur-Vologues), Forquin (de Mirecourt), Jacquot (de Plombières), Voinot (de Haroué).

Détachement de la Réunion : M. Roussel (de Saint-Pierre).

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le Conseil général de la Seine vient de prendre une délibération allouant une subvention de 15.000 francs à M. le professeur Besançon pour être affectée au fonctionnement de son laboratoire de la clinique de l'hôpital Saint-Antoine.

VERSEMENTS AU PROFIT DU SANATORIUM AU PROFIT DES ÉTUDIANTS. — CLINIQUE TARNIER. — Professeur Brindeau, 20 fr.; docteur Lanteujoul, 20 fr.; Mlle M-L. Brindeau, 5 fr.; MM. Toulman, 5 fr.; Gauthier, 5 fr.; Mlle Letailleur, 10 fr.; MM. Jullien. 10 fr.; Gérard-Gaily. 10 fr.: Altkaufer, 10; Mirallie, 10 fr.; Mlle Labeaume, 20 fr.; Mesdames les Sages-femmes de la clinique Tarnier, 40 fr.; M. Cartier, chef de laboratoire, 20 fr.; total, 185 fr.

SALLE DE GARDE DE L'HÔPITAL BROCA. — MM, Blandin, Deroq, David, Lacomme, Weill, internes, chacun 20 fr.; M. Meyer, assistant, 40 fr.; M. Martineau (laboratoire), 20 fr.; total, 160 fr.

EXTERNES DE L'HÔPITAL BROCA. — M. Pradier, 5 fr.; MM. Ilisca, 10 fr.; Nadji, 10 fr.; Brico, 10 fr.; Jeanne, 10 fr.; Harpy, 10 fr.; M. Marco, 20 fr.; MM. Larrounuts, 10 fr.; Jean-Girard, 10 fr.; Lenormand, 10 fr.; Mathé, 10 fr.; Lejeune, 10 fr.; Soleillant, 10 fr.; Clitandre, 10 fr.; M. Baratoux, 20 fr.; MM. Lavidle, 10 fr.; Ducourtioux, 10 fr.; Kreyts, 10 fr.; Mlle Bastien, 10 fr.; MM. Louvel, 10 fr.; Sicard, 10 fr.; Billiard, 10 fr.; Desgrez, 10 fr.; Mme Bodgoux, 10 fr.; total, 255 fr.

SALLE DE GARDE DES INTERNES EN MÉDECINE DE L'HÔPITAL LAENNEC. — MM. Busser, 10 fr.; Triboulet, 10 fr.; Bordas, 10 fr.; Méry, 10 fr.; Favory, 10 fr.; Isaac Georges, 10 fr.; Lamy, 10 fr.; Christophe, 10 fr.; Grandjanin 10 fr.; Baranger, 10 fr.; Delalande, 10 fr.; Pellissier, 10 fr.; Lévy, 10 fr.; Mollaret 10 fr.; total, 140 fr.

HÔPITAL BICHAT. — MM. Cossa, 10 fr.; Jouanneau, 5 fr.; Bréhou, 5 fr.; Eurigue, 5 fr.; Moalti, 10 fr.; Rudolf, 10 fr.; Jodin, 5 fr.; Beaume, 5 fr.; Sauz, 5 fr.; Ulbruif, 10 fr.; Vienne, 10 fr.; Soria, 10 fr.; Cohen-Bacne, 5 fr.; Lagarrigue, 5 fr.; anonyme, 5 fr.; total, 105 fr.

EXTERNES DE LA MATERNITÉ. — MM. Nicolle, 10 fr.; Abricossoff, 15 fr.; Migault, 12 fr.; Mont, 12 fr.; Cahen, 10 fr.; Loeb, 12 fr.; Simal, 10 fr.; total, 81 fr.

HÔPITAL TROUSSEAU. — MM. Delafond, 5 fr.; Williencourt, 5 fr.; Mlle Espinosa, 10 fr.; MM. Lapiné, 10 fr.; Peuteuil, 10 fr.; Chuit, 10 fr.; total, 50 fr.

INTERNES EN PHARMACIE DE L'HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — Mlles Perodon, 20 fr.; Boudard, 20 fr.; MM. Renaud, 20 fr.; Foniton, 20 fr.; Picard, 20 fr.; Fontaine, 20 fr.; Quicroy, 20 fr.; Simon, 20 fr.; total, 160 fr.

HÔPITAL DÉPARTEMENTAL DE NANTERRE. — Collectivité des internes, 400 fr.

INTERNES DE L'ASILE DE VILLEJUIF. — MM. Jeunet, 5 fr.; Clerc, 5 fr.; Corrier, 5 fr.; Cuel, 5 fr.; Masquis, 5 fr.; Mlle Lacroix, 5 fr.; total, 30 fr.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE (prof. M. Georges MOURIQUAND). — *Cours de perfectionnement 1925.* — Un cours de perfectionnement aura lieu du 2 au 15 novembre 1925, sous la direction de M. le professeur Mouriquand, avec la collaboration de MM. Péhu, Gardère, Dufourt, médecins des hôpitaux, Bertoye, chef de clinique, et Bernheim, attaché à la clinique infantile.

Il sera exclusivement pratique et comprendra des leçons, des examens cliniques, radioscopiques et microscopiques.

Les horaires seront combinés de façon à permettre aux auditeurs de suivre le cours de perfectionnement de la clinique de chirurgie infantile (prof. Nové-Josserand) qui aura lieu à la même époque.

Programme. — 1° Leçons et démonstrations, tous les jours, à 3 h. 1/4, à la clinique médicale infantile;

2° Les examens cliniques auront lieu : à la clinique médicale infantile les lundi, mercredi et vendredi, à 9 h. 1/2.

Les mardi, jeudi et samedi, à la même heure, les auditeurs pourront se rendre à la clinique chirurgicale infantile de M. le professeur Nové-Josserand.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Le droit d'inscription est de 150 fr. pour le cours de médecine infantile, et de 200 fr. pour les deux cours de médecine et de chirurgie infantiles.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté de médecine, quai Claude-Bernard, jusqu'au 25 octobre 1925. Dans le cas où le nombre des inscriptions n'atteindrait pas le chiffre de 10, le cours pourrait être remis à une date ultérieure et les intéressées seraient prévenus en temps utile.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'anatomie pathologique générale (1), par V. BALL. Préface de M. le professeur Paviot.

L'œuvre de M. V. Ball, que vient de publier la maison Vigot, mérite d'être signalée à nos lecteurs. Il s'agit, en effet, d'un ouvrage tel qu'il n'en existe d'analogue ni en France, ni à l'étranger. Professeur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, M. V. Ball possède, par définition, une compétence particulière en anatomie pathologique vétérinaire. Mais il ne connaît pas moins bien l'anatomie pathologique humaine. Cette « instruction double », comme dit justement M. Paviot, lui permet, à tout instant, des comparaisons ingénieuses et utiles; elle lui donne le moyen d'expliquer nombre de lésions humaines par ce qui se passe *in anima vili*. Car, ainsi que le disait si bien Chauveau, il n'y a qu'une médecine.

Voici les dix grands chapitres de l'ouvrage : I. Modifications nutritives. Dégénérescence et mort des éléments. — II. Thromboses. — III. Embolies. Infarctus. — IV. Congestion. — V. Œdème. — VI. Hémorragie. — VII. L'inflammation. — VIII. Tumeurs et cancer. — IX. Kystes. — X. Notes de technique.

De très belles figures aident à la compréhension du texte. Dans la préface justement élogieuse qu'il a bien voulu écrire pour ce livre, M. le professeur Paviot signale maint chapitre d'anatomie pathologique vétérinaire dont la connaissance importe au médecin. Oserions-nous ajouter que nous avons trouvé, dans le Traité de M. V. Ball, nombre de chapitres relatifs à l'anatomie pathologique humaine ou générale, et dont la lecture nous a paru singulièrement instructive?

L. BABONNEIX.

(1) Un vol. in-8 de 519 pages avec 195 figures dont 2 en couleurs. — Paris, Vigot.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

TUBERCULOSE

Sous la direction de M. André LEMIERRE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ, MÉDECIN DES HÔPITAUX

I. CLINIQUE. DIAGNOSTIC

Fièvre et tuberculose pulmonaire. (F. BEZANÇON. *Ann. de méd.*, déc. 1924, t. XVI, n° 6.) — Dans une première partie l'auteur étudie l'allure clinique de la température chez les tuberculeux avérés. Il distingue : 1° la tuberculose de primo-infection, la tuberculose des nourrissons : elle peut être apyrétique, et l'ascension thermique terminale peut être due à une atteinte des méninges ou à une broncho-pneumonie banale; il existe des cas cependant à allure dramatique où la température peut d'emblée atteindre 40 degrés; 2° la tuberculose de la seconde enfance : elle se manifeste surtout, soit par de grandes oscillations thermiques, soit par une succession d'états subfébriles; 3° la tuberculose de l'adulte : ici les courbes thermiques sont infiniment variées; Bezançon, cependant, les groupe sous les quatre chefs suivants : *a.* la fièvre à début insidieux, répondant à une poussée évolutive non cyclique ; elle s'élève peu, reste irrégulière, coupée de rares accès ; *b.* la fièvre à début brusque, répondant à la constitution d'une poussée évolutive cyclique avec période d'ascension, période d'état avec type rémittent et période de défervescence. Le malade peut entrer d'emblée dans la seconde période : courbe pseudo-pneumonique ; Bezançon rattache à ce groupe les poussées fébriles accompagnant les hémoptysies; *c.* la fièvre ondulante (type bien décrit par Burnand); *d.* la fièvre des phtisiques avancés : fièvre hectique, fièvre à type inverse, fièvre irrégulière; enfin, ces poussées fébriles brusques et irrégulières signalées par Burnand chez des tuberculeux chroniques (cf. infra).

Dans une deuxième partie, Bezançon décrit « l'instabilité thermique des tuberculeux ». Elle comprend : 1° la fièvre de surmenage, répondant toujours à une poussée congestive pulmonaire; 2° l'hyperthermie prémenstruelle; 3° l'instabilité thermique provoquée, et l'auteur insiste sur l'épreuve de la marche et les injections probatoires : à ce propos il rappelle de classiques expériences de Kœhler et Behr montrant par injections comparées de tuberculine et d'eau distillée le rôle possible de la suggestion

Enfin, dans une troisième partie, Bezançon étudie le diagnostic des états subfébriles : chez l'enfant, il faudra se méfier des adénopathies, tuberculeuses ou banales, et des troubles de l'alimentation; chez l'adulte, de l'appendicite chronique, de l'épiploïte, des suppurations cachées; chez la femme, de toutes les lésions pelviennes qui, elles aussi, peuvent ne se manifester que par de l'hyperthermie prémenstruelle.

M. LÉON-KINDBERG.

Poussées fébriles brusques et périodiques chez certains tuberculeux pulmonaires de sexe masculin. (R. BURNAND et M. BOTHEZAT. *Revue de la tuberculose*, août 1924, t. V, n° 4.) — Les auteurs relatent quelques minutieuses observations de ce fait très curieux. Après une plus serrée des diverses explications proposées, ils se déclarent incapables d'en fournir une qui soit plausible. M. LÉON-KINDBERG.

Hémoptysies tuberculeuses et non tuberculeuses. (R. LAUFER et G. VITRY. *Presse méd.*, 17 mai 1924.) — Statistique portant sur 1.007 cas observés dans un dispensaire antituberculeux.

Les hémoptysies ont pu être rattachées à la tuberculose dans 60 p. 100 des cas. Dans 190 cas (dont 6 concernant des tuberculeux pulmonaires), il s'agissait de lésions rhino-pharyngo-laryngées. Le reste ressortait à la congestion pulmonaire simple, aux « séquelles de gaz », à la dilatation bronchique. Dans 54 cas l'origine de l'hémorragie ne put être déterminée.

Il faut surtout retenir en dehors de la tuberculose : la rhinopharyngite avec croûtes, les varices linguales et les végétations adénoïdes (qui donnent surtout des hémoptysies nocturnes). M. LÉON-KINDBERG.

Quelques corrélations fonctionnelles entre les poumons et le cœur avec une digression sur le phénomène de Kienboeck (étude de radiologie clinique et physiopathologique). (E. RIST. *Ann. de méd.*, avril 1925, t. XVII, n° 4.) — Dans cet article, l'auteur étudie « quelques-uns des phénomènes mécaniques et cinématiques que révèle l'examen radioscopique et, plus particulièrement, ceux qui traduisent les corrélations fonctionnelles existant entre les organes de la respiration et ceux de la circulation ».

Il étudie d'abord le déplacement inspiratoire du médiastin : lorsque ce signe, décrit par Jacobson en 1899, existe nettement, l'ombre du médiastin se comporte comme un pendule qui serait suspendu à l'extrémité supérieure du thorax. L'excursion des bords du cœur peut atteindre plusieurs centimètres. Il est dû à la différence de pression qu'une lésion pulmonaire ou bronchique crée entre les deux moitiés du thorax lors de l'inspiration : la cloison qui les sépare est aspirée du côté de la moindre pression. Pour Holtzknecht, ce signe était pathognomonique d'une compression bronchique unilatérale; M. Béclère qui en a fourni l'explication a montré qu'il relevait plus souvent encore d'une sclérose pulmonaire unilatérale. Rist reprend et précise cette pathogénie et l'appuie de son expérience du pneumothorax où le phénomène est pour ainsi dire constant.

Il étudie aussi le signe de Kienböck, « mouvement paradoxal du diaphragme » attribué souvent à l' « inversion du muscle »; il montre qu'il n'est (le phénomène ne se montrant qu'en cas d'épanchement liquide) que la conséquence du balancement inspiratoire du médiastin.

Rist cite ensuite la distension inspiratoire et la distension systolique du moignon pulmonaire et une sorte de mouvement vibratoire dû à son élasticité propre. Il étudie le phénomène de l'exagération unilatérale de l'amplitude des battements cardiaques, signe le plus constant du pneumothorax occupant la plèvre médiastinale; ce phénomène, de même que celui de l'exagération bilatérale que l'on observe dans le pneumo-péricarde, est dû à la suppression de l'influence frénatrice exercée sur la contraction cardiaque par l'élasticité pulmonaire normale.

Enfin, les scléroses généralisées aux deux poumons déterminent une distension inspiratoire du cœur, constatable à l'écran radioscopique.

Pour Rist, c'est ce phénomène qui, avant tout, rend compte de l'insuffisance cardiaque que ces scléroses finissent par entraîner et que l'on peut également observer dans les grands emphysèmes. M. LÉON-KINDBERG.

De la fréquence du début brusque de la tuberculose pulmonaire chronique. (A. DUDAN. *Ann. de méd.*, avril 1925, t. XVII, n° 4.) — Etude statistique portant sur 100 malades consécutifs du service du docteur Rist à Laënnec.

L'auteur relève :

Débuts insidieux (forme classique)	34 p. 100
Débuts par hémoptysie	6 p. 100
Débuts par épisode aigu avec prodromes légers	12 p. 100
Débuts par épisode aigu sans prodromes ou prodromes ne dépassant pas 48 heures	48 p. 100

Dans ce dernier groupe, l'auteur comprend : les débuts par « rhume simple » (8 cas), par « grippe » (4 cas), par « bronchite » (6 cas), enfin les débuts pneumoniques (25 cas).

M. LÉON-KINDBERG.

Beitrag zur Bewertung des Röntgenbildes fur die Diagnose der Kindlichen Lungentuberkulose. (G. SIMON. *Zeit. f. Tub.*, avril 1924, Bd XL, h. 1.) — L'auteur rappelle les signes habituellement constatés : ombres variables de la moitié supérieure du champ pulmonaire, l'hypertrophie des ganglions, l'épaississement vasculaire, la réaction conjonctive péribronchique. Mais d'autres maladies infectieuses, grippe, rougeole, scarlatine, peuvent donner des clichés identiques. Simon souligne l'importance des réactions tuberculiniques et cite douze observations de tuberculose faussement diagnostiquée.

M. LÉON-KINDBERG.

A propos du diagnostic radiologigue des cavernes tuberculeuses. (R. BURNAND. *Revue méd. de la Suisse romande*, août 1924, n° 8.) — Discussion très approfondie des fameuses « images annulaires pleurales » des auteurs américains. On sait que pour ceux-ci elles ne répondraient pas à des cavernes vraies, et l'on pourrait les distinguer : 1° par leur apparition précoce; 2° l'absence de signes stéthacoustiques concomitants; 3° l'absence d'expectoration proportionnelle à l'image cavitaire; 4° le fait que cette image s'estomperait par la suite. Elle serait due à un petit pneumothorax localisé.

Burnand réfute successivement ces arguments : l'existence des cavernes muettes répond aux trois premiers qui, à vrai dire, constituent de véritables pétitions de principe; le quatrième aussi, à la rigueur.

Dans tous les faits où Burnand a pu comparer clichés et constatations nécropsiques, l'autopsie non seulement montrait des cavernes répondant aux images obtenues, mais en montrait toujours davantage.

D'autre part, l'étude du poumon après collapus ou l'apparition d'un niveau liquide ont, dans d'autres cas, apporté ultérieurement la preuve de la spélonque.

Bien plus, dans deux cas où l'on avait toutes les raisons d'affirmer un pneumothorax partiel, la vérification montra une caverne.

Burnand se réfère, enfin, au magnifique atlas de Gräff et Küpferlé et conclut à l'extrême fréquence des cavernes : « Non seulement il existe des cavernes au niveau des images cavitaires nettement dessinées, mais encore les points simplement suspects du cliché en recèlent dans la grande majorité des cas; mieux encore, il s'en trouve d'autres en des régions nombreuses où l'on n'en pouvait soupçonner. » Les images pseudo-cavitaires sont exceptionnelles, si même elles existent.

M. LÉON-KINDBERG.

Les grosses adénopathies hilaires dans la tuberculose de l'adulte. La tuberculose ganglio-pulmonaire du « jeune adulte ». (E. SERGENT, H. DURAND et P. COTTENOT. *Revue de la tuberculose*, oct. 1924, t. V, n° 5.) — Ces adénopathies, évidemment rares, ne sont cependant pas aussi exceptionnelles qu'on l'a prétendu. Les auteurs en apportent les preuves radiologiques et nécropsiques. Elles trahissent un organisme « neuf » vis-à-vis du bacille de Koch.

M. LÉON-KINDBERG.

Die Bedentung der Senkungsbeschleunigung der Erythrocyten fur die Klinik der Lungentuberkulose. (FREUND et HENSCHKE. *Deut. med. Woch.*, 1er fév. 1924.)

Recherches sur la sédimentation des globules rouges dans la tuberculose pulmonaire. (MALEVE. *Revue belge de la tuberculose*, avril 1924.)

The value of erythrocyte sedimentation determinations in pulmonary tuberculosis. (MORRIS. *Amer. Revue of Tub.*, déc. 1924, t. X, n° 4.)

Les articles sur la sédimentation des globules rouges au cours de la tuberculose se multiplient. Nous citons les trois précédents entre vingt autres comme représentant l'opinion moyenne : l'épreuve n'aurait aucune valeur diagnostique, et, selon le mot de Morris, « ne serait qu'un signe de plus à ajouter aux signes évolutifs. »

M. LÉON-KINDBERG.

II. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Etude anatomo-pathologique d'un cas probable de syphilis broncho-pulmonaire. (M. LETULLE, F. BEZANÇON et M.-P. WEIL. *Ann. de méd.*, juin 1924, t. XV, n° 6.) — A la question si controversée de la syphilis du poumon, les auteurs apportent une contribution des plus intéressantes. De l'étude anatomo-pathologique détaillée, à laquelle il faut se reporter dans le texte, ils concluent que dans leurs cas les lésions étaient mixtes : à la tuberculose appartenaient une caverne typique, des ulcérations bronchiques, des nappes d'infiltration leucocytaires et des nodules plus ou moins typiques. A la syphilis, ils attribuent : 1° une cicatrice stellaire sous-pleurale, centrée par une bronche dilatée et encerclée par un énorme placard très riche en fibres élastiques; 2° l'altération des épithéliums et des parois des bronches musculeuses; 3° des placards de sclérose hyaline; 4° des plasmomes sans cellules géantes ni caséification.

M. LÉON-KINDBERG.

La pneumonie caséeuse. (M. LETULLE et F. BEZANÇON. *Presse méd.*, 11 fév. 1925.) — Dans cet article illustré de 15 figures particulièrement instructives, Letulle et Bezançon résument leur conception de la pneumonie tuberculeuse.

Les lésions sont de trois sortes : 1° l'îlot nodulaire broncho-pneumonique bacillaire; 2° la pneumonie fibrineuse aiguë (alvéolite fibrino-leucocytaire bacillaire) ; 3° la splénisation aiguë bacillaire.

Or, ces lésions se retrouvent à la base de la tuberculose ulcéro-caséeuse ordinaire : « Le poumon est condamné à la suppuration, et, avec le morcellement du caséum et son effondrement cavitaire la phtisie ulcéreuse entre en scène. »

M. LÉON-KINDBERG.

III. PATHOGÉNIE. ÉTIOLOGIE. HYGIÈNE

Ist der Zusammenhang zwischen Verknöcherung der ersten Rippe und der Spitzentuberkulose (Freund-Hartsche Lehre) erwiesen? (A. WOLFF-EISNER. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1924, Bd LIX, h. 1-2, p. 300.) — On sait que pour Freund l'ossification précoce du cartilage de la première côte jouerait un rôle important dans la localisation de la tuberculose au sommet du poumon. Wolff-Eisner conclut de ses études radiologiques qu'il n'en est rien : aucun lien n'unit les deux lésions; l'ossification costale, qui va de pair avec l'artério-sclérose, est une lésion de vieillissement.

M. LÉON-KINDBERG.

Ein Beitrag zur Frage des mehrfachen Primärinfektes bei der pulmonalen Tuberkulose infektion im Kindes-alter. A. GHON et H. KUDLICH. *Med. Klin.*, 1924, n° 37, p. 1282.) — Une fillette de trois ans et demi est gastrotomisée et soumise à la dilatation œsophagienne (pour brûlure par lessive de potasse); elle meurt au bout de dix jours de méningite aiguë streptococcique. Mises à part les lésions dues à cette infection terminale, l'autopsie décéla dix-sept petits foyers pulmonaires d'une grosseur variant de la tête d'épingle au noyau de cerise, nettement encapsulés et en dégénérescence calcaire; le microscope en démontra la nature tuberculeuse. Pour Ghon et Kudlich, il s'agissait sans conteste de lésions primaires et ils insistent : 1° sur leur guérison; 2° leur dissémination dans les deux poumons ; 3° leur identité de structure.

M. LÉON-KINDBERG.

Ueber die sogemannte Latenzzeit bei der Begutachtung der Lungentuberkulose. (H. GRAU. *Zeit. f. Tub.*, mai 1924, Bd XL, h. 3.) — Etude des tuberculoses d'origine traumatique : on peut distinguer les tuberculoses torpides réveillées et les tuberculoses métastatiques, en particulier les tuberculoses postchirurgicales (souvent miliaires).

Pour pouvoir discuter le rôle du traumatisme, il ne faut pas que le temps de latence dépasse six mois.

L'auteur admet cependant son rôle indirect lorsque le trauma a entraîné un affaiblissement général, lui-même favo-

rable au développement de la tuberculose, ce qui serait le cas de la guerre (?). M. LÉON-KINDBERG.

Tuberkulose und chemische Industrie. (RODENACKER. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1924, Bd LIX, h. 1-2, p. 102.) — Il n'y a pas de travail particulièrement « phtisiogène » en soi; aucun des produits manipulés dans les industries chimiques n'a d'action directe sur la résistance au bacille de Koch. Ce qui domine la question, c'est le caractère plus ou moins pénible du travail et les conditions matérielles dans lesquelles il est effectué. La « mobilisation » de foyers pulmonaires tuberculeux jusque-là latents par certaines poussières ou vapeurs est aussi rare que la tuberculose traumatique des os et des articulations. M. LÉON-KINDBERG.

Résultats de la prophylaxie antituberculeuse chez le petit enfant par la séparation d'avec les parents tuberculeux et l'élevage en placement familial. (Léon BERNARD, Robert DEBRÉ et Marcel LELONG. *Presse méd.*, 18 mars 1925. — Les auteurs résument les résultats obtenus jusqu'à ce jour à la crèche de l'hôpital Laënnec. Lorsque l'enfant est séparé de sa famille *avant* toute contamination, on peut le considérer comme sauvé : l'élevage en placement familial donne des individus sains et normaux. Pour les autres, les mêmes mesures sont encore salutaires en rendant curable une tuberculose qui sans elles serait mortelle.

Ce qui règle la question de l'infection bacillaire de l'enfant c'est l'existence ou l'absence du contact tuberculeux et la persistance ou la cessation de ce contact.

M. LÉON-KINDBERG.

Différents aspects de l'hérédité tuberculeuse (premier mémoire). La contamination intra-utérine pauci-bacillaire. (R. DEBRÉ et M. LELONG. *Ann. de méd.*, mars 1925, t. XVII, n° 3.) — La question de l'hérédité de la tuberculose a subi des vicissitudes variées : affirmée tout d'abord par l'unanimité des phtisiologues, puis niée avec l'école de Grancher et surtout la thèse de Küss, elle fut de nouveau soutenue par l'école de Landouzy; mais à l'hérédité de graine, reconnue exceptionnelle, Landouzy substituait une hérédité de terrain, soit hérédo-prédisposition, soit hérédo-immunité. Léon Bernard, Debré n'acceptent ni l'une ni l'autre : il n'y a ni hérédité de germe, ni hérédité de terrain.

Cependant à l'étranger l'ancienne théorie de la tuberculose latente congénitale (Baumgartner) a été reprise à nouveaux frais : cette infection latente, à incubation prolongée, expliquerait le plus grand nombre des poussées évolutives, non seulement de l'enfant, mais encore de l'adulte.

Les faits nouveaux apportés à l'appui de cette conception demandent donc une revision minutieuse de la question. Dans ce premier mémoire, Debré et Lelong examinent la question de l'hérédité de graine, « de la contamination intra-utérine paucibacillaire ».

Que la contamination intra-utérine soit possible, le fait n'est pas niable; mais l'expérimentation, l'observation vétérinaire, la clinique humaine en soulignent conjointement le caractère exceptionnel.

Cependant, il faut bien remarquer que les cas positifs répondent à des infestations considérables, et ne peut-on pas admettre que dans des cas beaucoup plus fréquents des doses minimes de germes peuvent passer à travers le placenta, germes impossibles à déceler à la naissance, mais qui n'en aboutiraient pas moins à une tuberculose occulte qui évoluerait seulement plus tard? C'est là le premier point à discuter. Quatre arguments ont été apportés en sa faveur :

1° La fréquence, non pas d'une bacillémie proprement dite comme on l'avait d'abord soutenu, mais de décharges bacillémiques chez les tuberculeux.

2° Les lésions tuberculeuses du placenta : celles-ci, jusqu'à ces dernières années, étaient considérées comme rarissimes. Ce ne serait vrai que des lésions macroscopiques, et pour de nombreux auteurs, surtout allemands, les lésions microscopiques seraient fréquemment rencontrées, dans 45 p. 100 des cas selon Schmorl. Il s'agit d'ailleurs d'une tuberculose singulièrement discrète : Schmorl assure que dans certains cas il n'a trouvé de bacilles qu'à la 2.000e coupe!

3° Le placenta sain pourrait laisser passer les bacilles tuberculeux. Le fait ressort surtout des études histologiques de Brindeau et Nattan-Larrier, qui ont montré que la conception classique, placenta = filtre parfait, ne pouvait être maintenue.

4° Les formes filtrantes du bacille de Koch : les recherches récentes de Vandremer, celles de Valtis, semblent démontrer qu'il existe une forme du bacille tuberculeux plus fine, non acido-résistante, capable de passer au travers d'une bougie Chamberland L3 pour redonner ensuite, après inoculation au cobaye, la forme normale acido-résistante.

Avant d'examiner la valeur et la portée réelle de ces quatre faisceaux d'arguments, Debré et Lelong étudient la tuberculose congénitale avérée, ses caractères anatomiques (forme ganglio-hépatique, forme granulique disséminée, forme splénoganglionnaire) qui la différencient de la tuberculose acquise du jeune enfant, sans qu'il y ait cependant opposition tranchée. Quant à la distinction clinique, elle semble impossible; « seule, la certitude qu'il n'y a eu après la naissance aucun contact entre un tuberculeux et l'enfant, comme le réalise la séparation prophylactique du nourrisson, permet d'affirmer la tuberculose congénitale. ».

Ainsi étudiée, la tuberculose congénitale avérée est d'une exceptionnelle rareté : peut-on en induire que l'infection minime, qui restera latente, est fréquente?

La doctrine suppose une première phase (tuberculose latente occulte) où les bacilles n'aboutissent pas à la formation de lésions, puis une deuxième phase (tuberculose latente à foyers constitués) où des lésions discrètes se forment surtout au niveau des ganglions : celles-ci pourraient rester latentes toute la vie ou bien se réveiller sous l'influence de causes variables.

Mais cette latence, et c'est là le pivot de la question, peut-elle remonter à la vie intra-utérine?

Les quatre ordres d'arguments résumés plus haut, s'ils rendent la théorie vraisemblable ou possible, ne la démontrent pas; aucun des faits avancés ne tient devant la critique et les recherches de Debré et Lelong n'ont pu en établir un seul.

Sur 28 placentas examinés macroscopiquement, aucune altération pouvant faire penser à la tuberculose n'a pu être relevée; de même, sur 3 placentas examinés histologiquement; par contre, on y rencontre des figures de nécroses pouvant prêter à confusion et faire croire à des follicules. Aucune inoculation (88 cobayes) n'a été positive. Du reste, cela démontrerait-il l'infestation du fœtus?

Dans un cas de Hamm et Schrumpf, toutes les conditions étaient réunies : bacillémie maternelle, infestation massive du placenta; or, aucune lésion tuberculeuse ne put être decelée chez le fœtus et seize inoculations de ses organes furent négatives. Dans le même sens, Debré et Lelong ont pratiqué l'examen minutieux de quinze autopsies d'enfants mort-nés de tuberculeuses : l'étude histologique n'y montra aucune lésion tuberculeuse; les inoculations d'organes (200 cobayes) ont toutes été négatives. Or, nous savons quelle est la sensibilité de la méthode qui, chez des tuberculeux, démontre la présence du bacille là où l'histologie ne peut le faire soupçonner (Ameuille et Léon-Kindberg).

D'autre part, Debré et Lelong ont pu suivre jusqu'à quatre et cinq ans de nombreux enfants issus de tuberculeux et élevés loin de tout contact tuberculeux : ils sont tous demeurés indemnes de tuberculose, à l'exception d'un seul; dans ce cas, l'enquête montra que la séparation n'avait pas été absolue.

Aussi, Debré et Lelong concluent : la tuberculose congénitale avérée existe, mais elle est extrêmement rare; elle est rapidement mortelle; la tuberculose congénitale latente n'est qu'une hypothèse, à laquelle de récentes études ont pu apporter quelques arguments de présomption mais que les faits ne vérifient pas.

En réalité, nos moyens classiques de travail ne permettent pas de résoudre le problème de l'hérédité de la tuberculose. C'est par la seule observation prolongée des enfants préservés de tout contact que nous pourrons en approcher la solution.

Debré et Lelong se réservent d'étudier l'hérédité de terrain dans un mémoire ultérieur. M. LÉON-KINDBERG.

Occult tuberculosis; — The development of clinical tuberculosis from occult tuberculosis; — Occult tuberculosis with gastrointestinal symptoms. (L. M. WARFIELD. *Amer. Revue of Tub.*, avril 1925, t. XI, n° 2.) — Ces trois articles récents ne sont pas sans souligner l'importance des

critiques apportées par Debré et Lelong. Il s'agit d'observations de « malaises vagues » mis sur le compte d'une tuberculose dont l'évidence n'aurait éclaté que de longues années après. Il va sans dire que nous sommes là dans le domaine des « hypothèses plausibles » sans qu'aucune démonstration puisse être tentée. M. LÉON-KINDBERG.

IV. BIOLOGIE

Sur les relations qui existent entre les bacilles paratuberculeux et les bacilles tuberculeux. (L. NÈGRE. *Revue de la tuberculose*, avril 1924, t. V, n° 2.) — Etude d'ensemble sur cette question.

1° Peut-on transformer les bacilles para en bacilles de Koch vrais? On sait que cette question a été des plus discutée en Allemagne. Nous avons ici même résumé les principaux de ces travaux. Il semble, d'après les expériences critiques, surtout de Lange et de Heymann, que cette transformation soit impossible ou en tout cas n'ait pu être réalisée. Plus problématique encore est la transformation inverse.

2° Que nous enseignent les réactions biologiques? Il semble qu'il n'y ait pas d'immunisation croisée, et les vaccins de Friedmann, de Ferran, n'ont pu emporter la conviction. Par contre, il paraît bien que tous ces bacilles ont en commun certaines propriétés antigéniques; surtout, leurs tuberculines confondent souvent leurs effets.

Il y a donc là un groupe de germes assez proches les unes des autres et dont les liens de parenté ne sont pas niables.

On trouvera dans l'article de Nègre toute la bibliographie de la question. M. LÉON-KINDBERG.

The calcium and inorganic phosphorus content of the blood serum in tuberculosis. Observations on patients undergoing alpine lamp treatment. (MARION G. HOWE et E. M. MEDLAR. *Amer. Revue of Tub.*, déc. 1924, t. X, n° 4.) — Observations minutieuses dont il faut lire le détail dans le mémoire original. Les auteurs concluent qu'il n'y a aucune évidence d'un métabolisme anormal du Ca ou du P chez les tuberculeux. Les rayons ultraviolets se sont montrés incapables de le modifier. M. LÉON-KINDBERG.

Besredka's tuberculosis antigen and the complement fixation reaction. (FRIED.)

The complement fixation reaction in tuberculosis with Kolmer's quantitative method. (R. A. KILDUFF.)

Further studies on the complement fixation test fort tuberculosis. (K. T. SASANO. *Amer. Revue of Tub.*, avril 1924, t. IX, n° 2.)

Etudes d'ensemble et statistiques sur la réaction de fixation dans la tuberculose. Une réaction négative n'a aucune valeur pour en éliminer le diagnostic. Une réaction positive emporterait presque infailliblement la certitude. Toutes choses égales d'ailleurs, les tuberculoses à réaction négative sont plus graves. Il nous paraît difficile en ces matières de faire jouer à la statistique le rôle essentiel.

M. LÉON-KINDBERG.

Vaccination des bovidés contre la tuberculose et méthode nouvelle de la prophylaxie de la tuberculose. (A. CALMETTE et C. GUÉRIN. *Ann. de l'Inst. Pasteur,* mai 1924, p. 371.)

Essais de vaccination contre l'infection tuberculeuse par voie buccale chez les petits animaux de laboratoire. (A. CALMETTE, A. BOQUET et NÈGRE. *Ibid.*, p. 399.)

Essais d'immunisation contre l'infection tuberculeuse. (A. CALMETTE, C. GUÉRIN et WEILL-HALLÉ. *Presse méd.*, 2 juillet 1924, p. 533.)

Les auteurs se sont servis comme vaccin d'une culture de bacille de Koch, cultivé en série ininterrompue en présence de bile de bœuf (230 cultures en treize ans). A ce bacille atténué, bacille B. C. G., ils n'ont jamais pu rendre les propriétés tuberculigènes : il est parfaitement toléré par les animaux et leur confère la résistance à la surinfection par un germe virulent.

Depuis 1921, ils ont vacciné les bovins ; une première injection quinze jours après la naissance, injection à renouveler chaque année; 127 bovins, ainsi vaccinés et maintenus dans les conditions habituelles, sont tous restés en parfaite santé.

Sur le singe, les auteurs ont étudié l'effet de l'ingestion du vaccin, et c'est, encouragés par les résultats ainsi obtenus, qu'ils ont tenté la vaccination humaine.

Ils ont, à des nourrissons, fait ingérer à trois reprises dans les neuf premiers jours de la vie, chaque fois 2 milligrammes de B. C. G., soit en tout 6 milligrammes. Sur 178 enfants, restés sous le contrôle médical, il n'y eut que 9 décès : 3 par infection intercurrente, 6 de cause inconnue. Tous les autres enfants ont gardé une santé parfaite. La cuti-réaction s'est montrée positive dans 11,3 p. 100 des cas.

Dans une seconde série, les auteurs ont fait ingérer 3 centigrammes en trois fois.

Tout cela ne constitue évidemment qu'un point de départ : seules de longues années d'observations nous renseigneront sur la valeur exacte de ces essais, qui apparaissent d'ores et déjà des plus intéressants. M. LÉON-KINDBERG.

Réinfection tuberculeuse expérimentale chez le lapin. (PHILIBERT et CORDEY. *Ann. de méd.*, janv. 1925, t. XVII, n° 1.) — Les auteurs ont repris l'étude de la réinfection tuberculeuse chez le lapin. Les résultats que l'on obtient chez cet animal diffèrent sensiblement de ceux que l'on peut suivre chez le cobaye.

La réinoculation par doses massives ne permet d'abord pas d'obtenir le phénomène de Koch, mais bien toujours un abcès caséeux; de même, les lésions de double infection intratrachéale chez le lapin adulte prennent le type normal caséeux, et, le plus souvent, elles sont proportionnelles à la somme des doses (tant d'infection première que de réinfection) et peuvent aboutir à la production de blocs caséeux massifs, ramollis, déterminant des cavernes géantes.

Dans une deuxième série d'expériences, Philibert et Cordey ont étudié les réinfections à doses minimes chez le lapin jeune; celui-ci résiste remarquablement à une première inoculation intrapulmonaire; mais celle-ci, guérie ou non, rend plus réceptif le tissu pulmonaire pour la même lésion, et *non une autre,* que crée le bacille de Koch sur le lapin sain. De même, la réinfection sanguine ne provoque pas de phénomènes aigus allergiques congestifs ou mortels. Même observation au sujet de la réinfection articulaire dont les lésions sont identiques à la tumeur blanche de primo-inoculation.

De ces expériences, Philibert et Cordey concluent à une revision formelle de la notion d'allergie tuberculeuse et de son application à la phtisie humaine. Il y a beaucoup à retenir de leur critique. Pourtant, cela ne va pas sans objection : en particulier, il faut relever le petit nombre des animaux en expériences, fait important chez le lapin dont les réactions n'ont pas la régularité de celles du cobaye. D'autre part, s'il faut en effet se méfier de l'assimilation de la tuberculose du cobaye à celle de l'homme, il ne nous paraît pas que la tuberculose du lapin s'en rapproche sensiblement davantage. Mais ces réserves faites, il y a dans les faits de Philibert et Cordey un sage rappel à la prudence : « La comparaison, disent-ils, de la réinfection du lapin et de la tuberculose humaine vient à notre avis contrebalancer heureusement la comparaison, peut-être trop tendancieuse, qui a été faite de l'allergie du cobaye et de l'évolution de la tuberculose de l'homme. »

M. LÉON-KINDBERG.

V. TRAITEMENT

La mer et les tuberculeux; climats marins; climats maritimes. (Léon BERNARD et A. LOIR. *Presse méd.*, 16 juillet 1924.) — Le climat marin, « climat de pleine mer », doit être soigneusement distingué du climat maritime, climat du littoral. Il a pour caractères essentiels : une température uniforme, des variations minimes de la pression barométrique, la constance de l'état hygrométrique (les régions à brume sont connues et évitables), la régularité des vents, la luminosité et la pureté de l'atmosphère. Toutes ces conditions peuvent le recommander souvent dans la cure de la tuberculose. La classique tuberculose des marins est fonction des conditions particulièrement antihygiéniques de leur logement à bord. M. LÉON-KINDBERG.

Zur Röntgentiefentherapie der Lungentuberkulose. SCHULTZ TIGGES. *Deut. med. Woch.*, 1924, n° 6.)

Die Röntgenbehandlung der Lungen und Kehlkopftuberkulose. (A. BACMEISTER. *Ther. der Gegenw.*, 1924, h. 11.)

Beitrag zur Röntgentiefentherapie der Tuberkulose. (E. BAEUCHLEN. *Beitr. z. Klin. d. Tub.*, 1924, Bd LIX, h. 1-2, p. 7.)

Die Röntgenbehandlung der Tuberkulose. (H. FRITSCH. *Med. Klin.*, 1924, n° 36.)

Les essais de traitement radiothérapique de la tuberculose pulmonaire chronique ont été repris avec les progrès récents de la technique radiologique. Il ne semble pas qu'ils soient en mesure de modifier les conclusions anciennes. Sans doute, Bacmeister est très optimiste et annonce 86 p. 100 de succès avec 52 p. 100 de disparition des bacilles dans les crachats. Un examen critique permet d'estimer plus justement ces données simplement statistiques : comme pour beaucoup de thérapeutiques antituberculeuses, il faut tout d'abord éliminer les cas évolutifs; la radiothérapie n'apparaît que comme un adjuvant de la cure, de la tuberculine, du pneumothorax (Baeuchlen). Pour Schultz-Tigges, les rayons X accentuent l'évolution naturelle et ont leur maximum d'action dans les cas spontanément favorables; ils accroissent la tendance fibreuse des lésions et hâteraient leur cicatrisation. Ils seraient néfastes dans les cas à tendance ulcéreuse ou caséeuse. Il nous paraît dès lors bien difficile de faire le départ de l'action propre aux radiations. Mais cette attitude critique ne doit pas « a priori » décourager les essais que des techniques nouvelles peuvent permettre de tenter. M. LÉON-KINDBERG.

End results of 600 cases of pulmonary tuberculosis treated by artificial Pneumothorax. (R. W. MATSON, R. C. MATSON et MARR BISAILLON. *Amer. Revue of Tub.*, juin 1924, t. IX, n° 4.) — Travail d'ensemble dont les résultats favorables concordent avec tous ceux que nous avons analysés ici.

Les auteurs insistent sur l'importance du collapsus complet et sur la nécessité de penser de bonne heure au Forlanini, sans s'obstiner à prolonger outre mesure la cure d'essai.

M. LÉON-KINDBERG.

Observations on partial artificial pneumothorax in early pulmonary tuberculosis. (M. J. FINE. *Amer. Revue of Tub.*, janv. 1925, t. X, n° 5.)

The treatment of Consumption by artificial pneumothorax. (H. B. SHAW. *Practitioner*, 1924, n° 112, p. 99.)

L'innocuité et les heureux résultats de la collapsothérapie en ont étendu considérablement les indications. Shaw pense que l'on n'a que des avantages à la réaliser dès qu'une lésion unilatérale évolue. Il insiste sur tous les avantages sociaux d'une telle cure. Pour Fine, le pneumothorax précoce aurait en outre cet avantage qu'il pourrait bien souvent être localisé.

M. LÉON-KINDBERG.

Le pneumothorax thérapeutique chez l'enfant tuberculeux. (P. ARMAND-DELILLE. *Revue de la tuberculose*, juin 1924, t. V, n° 3.)

Die Behandlung der Kindlichen Lungentuberkulose mit dem Künstlichen Pneumothorax. (H. ELIASBERG et Ph. CAHM. *Abhandl. aus Kind. heilk. und ihre Grenz.*, 1924, h. 1.)

Le pneumothorax semble devoir assez souvent s'appliquer dans la tuberculose infantile. Eliasberg et Cahm ont pu le pratiquer 125 fois sur 659 cas de tuberculose, soit dans 18,9 p. 100 des cas. Ils recommandent chez le petit enfant la narcose au chloréthyle. Les résultats qu'ils apportent aussi bien que ceux d'Armand-Delille sont des plus favorables. La durée du traitement semble moins longue que chez l'adulte : deux années suffisent le plus souvent.

M. LÉON-KINDBERG.

La pression moyenne intrathoracique au cours des pneumothorax artificiels; sa mesure par l'inscription graphique des pressions variables. (J. BERTIER et Mlle LOISON. *Ann. de méd.*, juin 1924, t. XV, n° 6.)

Valeurs respectives des données manométriques et de la radiologie dans le pneumothorax artificiel. (LEURET et DELMAS-MARSALET. *Revue de la tuberculose*, juin 1924, t. V, n° 3.)

Détermination de la pression pleurale dans les pneumothorax. (G. KÜSS. *Revue de la tuberculose*, janv. 1925, t. VI, n° 1.)

Réponse aux critiques de M. Küss. (LEURET. *Ibid.*)

On trouvera dans ces différents articles une discussion assez raide du reste sur le principe de la méthode classique de Küss (mesure obtenue par équilibration des pressions entre la plèvre et un manomètre à large tube), l'utilité ou la nécessité d'un manomètre compensateur, d'un manomètre à huile (Bertier), de l'inscription des pressions, etc.

M. LÉON-KINDBERG.

La perméabilité des voies aériennes persiste-t-elle dans le poumon comprimé par la méthode de Forlanini? (A. GIRAUD et L. DE REYNIER. *Revue de la tuberculose*, janv. 1925, t. VI, n° 1.) — Dans sept cas de pneumothorax artificiel, les auteurs ont pratiqué l'injection lipiodolée des bronches du côté comprimé : elles sont perméables jusqu'à leurs dernières ramifications; de magnifiques radiographies en apportent la démonstration.

Giraud et de Reynier tirent de ces constatations un certain nombre de conclusions dont voici les principales :

1° Dans le moignon pulmonaire entretenu avec des pressions faibles, la production d'embolies bronchiques reste possible; mais la compression exerce sur ces nouveaux foyers la même heureuse influence que sur les foyers préexistants (Burnand).

2° Il convient, dans l'interprétation des résultats heureux du pneumothorax, de faire jouer un rôle essentiel aux modifications des circulations artérielle, lymphatique et surtout veineuse. La distinction des pneumothorax « de repos » et des pneumothorax « de compression » (Leuret) n'est valable que pour des pressions extrêmement fortes.

3° Il y a donc intérêt à rester aux pressions les plus basses possible, le plus souvent négatives.

4° Il y aurait là un argument de plus en faveur du pneumothorax partiel lorsque celui-ci se réalise.

M. LÉON-KINDBERG.

Artificial pneumothorax with necropsy. (J. WALSH. *Amer. Revue of Tub.*, juin 1924, t. IX, n° 4.)

The pathology of artificial pneumothorax in pulmonary tuberculosis. (LEROY L. GARDNER. *Amer. Revue of Tub.*, janv. 1925, t. X, n° 5.)

Evolution anatomique des lésions dans le poumon collabé par le pneumothorax artificiel. (J. ROLLAND. *Ann. de méd.*, avril 1925, t. XVII, n° 4.)

Le travail de Rolland, basé sur 25 observations, est particulièrement intéressant à consulter. Il conclut que le pneumothorax « arrête dans les cas heureux la progression des lésions et favorise leur organisation fibreuse ». Mais le mécanisme de cette action favorable est loin d'être établi.

M. LÉON-KINDBERG.

Pneumothorax artificiel et variations de la pression atmosphérique. Expériences en caisson pneumatique. (MANTOUX, BERON et LOWYS. *Revue de la tuberculose*, août 1924, t. V, n° 4.) — Les expériences soulignent l'adaptation absolue et immédiate des pneumothorax récents; elle serait moins bonne mais encore suffisante dans les cas de collapsus ancien.

M. LÉON-KINDBERG.

Extrapleural thoracoplasty in the treatment of pulmonary tuberculosis. (W. H. THEARLE. *Amer. Revue of Tub.*, sept. 1924, t. X, n° 1.)

The surgical treatment of pulmonary tuberculosis by thoracoplastic collapse. (A. LAMBERT et J.-A. MILLER. *Ibid.*)

The surgical treatmeut of pulmonary tuberculosis. (E. WATSON. *Ibid.*)

The surgical treatment of pulmonary tuberculosis. (J. ALEXANDER. *Amer. Journ. of the med. Sciences*, 1924, t. CLXVIII, août, n° 2; sept., n° 3; oct., n° 4.)

La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (J. MOREAU et E. ALBRECHTS. *Revue belge de la tuberculose*, fév. 1924, n° 2.)

La thoracectomie chez les tuberculeux et l'opinion médicale française. (BÉRARD. *Presse méd.*, 18 mars 1925.)

La thoracoplastie extrapleurale dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (J. VALTIS. *Ann. de méd.*, mars 1925, t. XVII, n° 3.)

Tous ces articles attestent le considérable développement de la chirurgie thoracique dans la tuberculose pulmonaire. Les statistiques les plus importantes confirment, après plusieurs années, 30 p. 100 de guérison et autant d'amélioration.

Il semble donc que ses indications, faites surtout des échecs du pneumothorax préalablement tenté, doivent être présentes à l'esprit du phtisiologue. Mais il paraît évident que, en milieux hospitaliers, l'intervention peut être désastreuse : les conditions hygiéniques d'un sanatorium comme la continuation de la cure semblent nécessaires pour le succès final.

M. LÉON-KINDBERG.

L'exérèse du nerf phrénique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (PERRET, PIGUET et GIRAUD. *Presse méd.*, 11 avril 1925.)

Total paralysis of the hemidiaphragm for early pulmonary tuberculosis. (J. ALEXANDER. *Amer. Revue of Tub.*, sept. 1924, t. X, n° 1.)

Malgré le chaleureux plaidoyer d'Alexander qui la conseillerait volontiers d'emblée dès le début de la tuberculose, la phrénicotomie semble surtout une opération complémentaire (du pneumothorax ou de la thoracectomie). On en trouvera dans l'article de la *Presse médicale* la technique minutieusement réglée.

M. LÉON-KINDBERG.

QUESTION D'INTERNAT

CALCUL DU CHOLÉDOQUE[1]

III. **Il s'agit bien d'un ictère chronique par rétention**, déterminé par une obstruction mécanique des voies biliaires. *L'obstacle est-il représenté par un calcul du cholédoque ?*

Pratiquement, il n'y a que deux diagnostics d'égale fréquence à discuter :

L'obstruction calculeuse cholédocienne et la *néoplasie de la tête pancréatique.*

Le cancer de la tête du pancréas survient à l'âge de la néoplasie, quarante à cinquante ans, et sa première manifestation est un ictère par rétention. Cet ictère présente quelques particularités extrêmement importantes : apparu au début de la maladie, il persistera jusqu'à la mort; il est non seulement permanent, mais progressif; il se fonce de plus en plus pour réaliser dès les premières semaines un ictère vert olivâtre, et de toutes les obstructions biliaires c'est certainement la néoplasie pancréatique qui réalise l'ictère le plus foncé.

Les selles sont abondantes, blanchâtres, graisseuses, fétides, et la décoloration des matières persistera, totale, pendant toute l'évolution.

Enfin, cet ictère ne s'accompagne ni de phénomènes douloureux, ni de phénomènes fébriles, mais les troubles digestifs, par leur intensité, passent au premier plan : anorexie, nausées et parfois vomissements.

L'examen objectif peut donner des renseignements précieux. Le foie est légèrement augmenté de volume, car c'est encore un foie de stase biliaire, mais le temps principal de l'examen clinique doit porter sur la région vésiculaire. La palpation, presque toujours facile grâce au peu d'épaisseur de la paroi, permet de sentir une tumeur arrondie, rénitente, mobile avec les mouvements respiratoires dont la matité se confond avec la matité hépatique. Ce signe, comme l'ont indiqué Courvoisier-Terrier, s'observe très fréquemment dans la compression cholédocienne par néoplasme de la tête du pancréas. Il est, par contre, bien plus rare de percevoir dans la zone pancréatico-cholédocienne une tumeur profonde, dure et insensible, qui répondrait au pancréas lui-même.

Enfin, un dernier caractère clinique fournit un argument important en faveur de la néoplasie : c'est la précocité d'apparition et la rapidité d'évolution de la cachexie, entraînant un amaigrissement considérable en quelques semaines, caractères généraux qui appartiennent bien à la manière évolutive habituelle des cancers.

Les examens de laboratoire contribueront à préciser le diagnostic. — 1° EXAMEN DES SELLES. — On constatera, par l'examen chimique; l'inversion du coefficient d'assimilation des graisses : 95 p. 100 des graisses ingérées sont rejetées. L'examen microscopique montrera la présence exclusive de graisses neutres et l'absence de savons et d'acides gras. Les fibres musculaires sont intactes, leur striation et leurs noyaux conservés.

2° LE TUBAGE DUODÉNAL permet de constater la double rétention biliaire et pancréatique. Il indique donc que l'obstacle intéresse à la fois le cholédoque et le canal de Wirsung; or, de tous les obstacles capables de comprimer simultanément les voies d'excrétion bilio-pancréatiques, le plus fréquemment rencontré est le cancer de la tête pancréatique.

3° On pourra constater, DANS LES URINES, la présence de sucre. Cette glycosurie traduirait une certaine déficience de la fonction interne du pancréas.

4° Enfin, on pourra rechercher, dans le sang, l'amylasémie (Loeper et Rathery).

Donc quand la symptomatologie du cancer céphalique du pancréas est aussi nette, la difficulté diagnostique n'est pas grande. Mais, bien souvent, le tableau clinique est plus complexe. C'est, qu'en effet, on observe des obstructions cholédociennes aussi bien chez les sujets jeunes que chez les sujets âgés. Les antécédents lithiasiques sont parfois très frustes. La température peut être normale et les phénomènes douloureux absents. L'ictère peut être progressif et devenir intense. La vésicule biliaire peut être ou peut paraître considérablement distendue. La radiographie peut ne pas montrer de calculs alors qu'il en existe. Le suc duodénal ramené par tubage peut présenter un pouvoir lipasique fort diminué, traduisant l'existence de la pancréatite chronique associée. Et c'est cette pancréatite chronique qui complique singulièrement le diagnostic. Dans certains cas, le problème n'est résolu ni par la clinique, ni par la radiographie, ni par le tubage. Il faut avoir recours à l'incision exploratrice et encore il n'est pas toujours facile d'affirmer, pièces en mains, qu'il s'agit d'une néoplasie de la tête pancréatique avec ganglion péricholédocien, ou d'un calcul du cholédoque avec pancréatite scléreuse associée.

Il est enfin d'autres causes, rares, de compression des voies biliaires.

Les unes sont faciles à reconnaître. Ainsi l'ictère chronique par rétention du cancer secondaire du foie sera facilement reconnu grâce aux symptômes associés : la néoplasie primitive, presque toujours digestive, et l'hépatomégalie marronnée, douloureuse, caractéristique.

Les autres causes restent plus ou moins des découvertes de laparotomie exploratrice.

Cependant, il est possible grâce au tubage duodénal de faire le diagnostic entre un calcul du cholédoque et un *néoplasme des voies biliaires*, en particulier, de l'*ampoule de Vater*. Il y a non seulement rétention biliaire plus ou moins complète, comme on l'observe dans le calcul du cholédoque, il peut exister aussi, comme dans le cancer céphalique du pancréas, une diminution considérable du pouvoir lipasique; mais la caractéristique macroscopique du liquide duodénal est d'être très souvent hémorragique.

Le cancer de la vésicule biliaire s'observe chez les lithiasiques âgées; il est difficile à reconnaître, et c'est la constatation d'une tumeur vésiculaire dure, douloureuse, peu mobile, qui orientera vers ce diagnostic.

Enfin, dans certains cas, le diagnostic porté cliniquement sera celui d'obstruction calculeuse du cholédoque et l'intervention révélera :

Une bride péritonéale au cours d'une périviscérite du carrefour qui comprime le cholédoque.

Un ganglion au cours d'une néoplasie digestive.

Un kyste hydatique de la face inférieure du foie.

TRAITEMENT

Médical. — C'est le traitement habituel de la lithiase : glycérine, huile d'Haarlem, désinfectants biliaires. Dès la fin du premier mois, si le calcul n'est pas expulsé, il ne faut pas hésiter à recourir au traitement **chirurgical**. L'opération habituelle sera la *cholédocotomie avec cholécystectomie systématique*.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 60, p. 986; n° 62, p. 1019, et n° 64, p. 1050.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — INTERNES LECTEURS. — *Pathologie médicale.* — Titulaires : MM. Boltanski et Duruy; suppléants : Mlle Dreyfus-Sée et M. Lotte.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Chauffard, professeur de clinique médicale, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 1er septembre 1925 et cessera ses fonctions le 31 octobre 1925.

— BORDEAUX. — Voici le résultat du concours des prix de la Faculté de médecine (1924-1925) :

MÉDECINE. — *Prix de la Faculté.* — Première année : prix, M. Deparis; mention honorable, M. Traissac; deuxième année : prix, M. Parneix; troisième année : prix, M. André; quatrième année : prix, M. Badelon; cinquième année : prix, M. Imbert; mention très honorable, M. Barge; mention honorable, M. Fougerat.

CHIRURGIE DENTAIRE. — *Prix de la Faculté.* — Deuxième année : mention très honorable, Mlle Aubouin; troisième année : prix, M. Broally; mention honorable, M. Skinazi.

Stagiaires : première année, prix, M. Anderson; deuxième année : prix, Mlle Hutchison; mention honorable, Mlle Bourdier.

CHIRURGIE DENTAIRE. — *Prix de prothèse.* — Première année : prix, M. Coulon; mention honorable, M. Darroux; troisième année : prix, M. Broally.

CHIRURGIE DENTAIRE. — *Prix de validation du stage dentaire* (session de juillet 1925). — Prix, M. Syrieyx; mention très honorable, M. Maigné; mention honorable, Mlle Bourdier.

Prix des élèves sages-femmes. — Première année : mention honorable, Mlle Denis; deuxième année : prix, Mlle Vivière; mention très honorable, Mlle Pillet.

— TOULOUSE. — *Doctorat « honoris causa ».* — Est approuvée la délibération du Conseil de l'Université de Toulouse, en date du 26 juin 1925, conférant, sur la proposition de la Faculté de médecine de cette Université, le titre de docteur « honoris causa » à MM. Bordet, professeur à l'Université libre de Bruxelles; Martinez Vargas, recteur de l'Université de Barcelone; Recasens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid; Saranelli, professeur à l'Université de Rome.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Radais, professeur, est nommé doyen pour trois ans, à dater du 1er novembre 1925.

AGRÉGÉS DE PHARMACIE. — Un décret en date du 4 août 1925 porte que :

« ARTICLE PREMIER. — Les agrégés des facultés de pharmacie sont nommés, pour neuf ans, dans les formes prescrites par un arrêté ministériel.

Ceux qui ne sont pas assujettis à l'impôt des patentes pourront être nommés sans limite de temps, après un stage minimum de deux années d'enseignement régulier, sur la proposition de la faculté et après avis favorable de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public.

ART. 2. — Les agrégés qui seront assujettis à l'impôt des patentes postérieurement à leur nomination cesseront leurs fonctions après neuf ans d'exercice.

ART. 3. — Les dispositions du second paragraphe de l'article 1er sont applicables aux agrégés en exercice institués avant la promulgation du présent décret. »

— Voici l'arrêté ministériel en date du 4 août 1925 :

« ARTICLE PREMIER. — Les candidats aux emplois d'agrégés dans les facultés de pharmacie doivent subir l'un ou l'autre des deux examens préalables ci-après déterminés :

A. *Examen de pharmacie chimique et des sciences physiques et chimiques appliquées à la pharmacie.* — 1° Pharmacie chimique; 2° Physique; 3° Chimie minérale; 4° Chimie organique; 5° Chimie biologique; 6° Chimie analytique; 7° Toxicologie; 8° Minéralogie et hydrologie.

B. — *Examen de pharmacie galénique et des sciences naturelles appliquées à la pharmacie.* — 1° Pharmacie galénique;

2° Botanique ; 3° Matière médicale ; 4° Cryptogamie ; 5° Microbiologie ; 6° Zoologie et parasitologie ; 7° Géologie, minéralogie et hydrologie ; 8° Hygiène.

ART. 2. — Pour chaque examen, les sessions ont lieu, à la Faculté de pharmacie de Paris, aux époques déterminées par le ministre, après avis de la Commission des sciences médicales et de la pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public. Elles sont annoncées par un avis inséré au *Journal officiel* et affiché dans les secrétariats d'académie, dans les facultés de pharmacie et dans les facultés mixtes de médecine et de pharmacie trois mois au moins avant leur ouverture.

ART. 3. — Nul ne peut être admis à se présenter s'il n'est Français ou naturalisé Français et s'il n'est pourvu, soit du diplôme de pharmacien et du diplôme de docteur ès sciences, soit du diplôme supérieur de pharmacien.

Les candidats peuvent être admis à se présenter à l'un et à l'autre des deux examens.

ART. 4. — Les candidats se font inscrire au secrétariat de leur académie deux mois au moins avant l'ouverture de la session de l'examen pour lequel ils déclarent se présenter.

Ils joignent aux pièces justifiant qu'ils remplissent les conditions prescrites par l'article 3 un exposé de leurs titres, services civils et militaires et travaux, et déposent deux exemplaires au moins des mémoires ou travaux qu'ils ont publiés.

Ils indiquent celle des matières, énumérées à l'article 7 ci-après, sur laquelle devra porter la première leçon orale faite après vingt-quatre heures de préparation, ainsi que ceux des enseignements pour lesquels ils déclareront se spécialiser et d'où sera tiré le sujet de la seconde leçon orale faite après quatre heures de préparation.

ART. 5. — Pour chaque examen, il est constitué un jury de sept membres nommés par le ministre.

En vue de la constitution de ce jury, chacune des facultés de pharmacie présente une liste de quatre professeurs ou agrégés ; sur ces listes, le ministre choisit les sept membres titulaires et désigne, en outre, sur ces mêmes listes, quatre membres suppléants destinés à compléter le jury par voie de tirage au sort au début de la première séance, en cas d'empêchement d'un ou de plusieurs des membres titulaires.

ART. 6. — Le mode de fonctionnement du jury d'examen est réglé par les dispositions des articles 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 de l'arrêté du 16 novembre 1874 sur les concours d'agrégation.

ART. 7. — Chaque examen comprend quatre épreuves à chacune desquelles est attribué un nombre de points dont le maximum est fixé comme il suit :

A. *Première épreuve.* — Appréciation des titres, services civils et militaires, travaux du candidat. Maximum : 30 points.

B. *Deuxième épreuve.* — Composition écrite, sans l'aide de documents, sur un sujet de pharmacie chimique pour le premier examen, de pharmacie galénique pour le second. Cinq heures sont accordées pour la composition. Maximum : 20 points.

C. *Troisième épreuve.* — Leçon orale d'une durée d'une heure, après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet tiré, soit de la physique, soit de la chimie, pour le premier examen ; soit de la botanique, soit de la zoologie pour le second examen, suivant l'option manifestée par le candidat dans les conditions prévues à l'article 4. Maximum : 20 points.

D. *Quatrième épreuve.* — Leçon orale d'une durée d'une heure après quatre heures de préparation dans une salle fermée ; le candidat aura la libre disposition des documents de la bibliothèque de la faculté ; cette leçon portera sur un sujet tiré des matières propres à un des enseignements pour lesquels il aura déclaré se spécialiser, dans les conditions prévues à l'article 4. Maximum : 20 points.

ART. 8. — Tout candidat ayant obtenu, pour l'ensemble des épreuves, un total de points au moins égal à 65, est déclaré admis.

ART. 9. — Après l'examen, les notes obtenues pour chaque épreuve sont rendues publiques et inscrites au dossier de chaque candidat.

AGRÉGATION. — ART. 10. — Les candidats déclarés admis à l'examen sont inscrits sur une « liste d'aptitude aux fonctions d'agrégé dans les facultés de pharmacie ».

ART. 11. — Sur cette liste, les candidats sont rangés par année d'inscription et, dans chaque année, par ordre alphabétique, avec mention de l'examen subi.

La liste est revisée tous les ans par la Commission des sciences médicales et de la pharmacie du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public qui peut, le cas échéant, proposer des radiations au ministre.

La radiation d'un nom inscrit sur la liste d'aptitude ne peut être proposée par le Comité consultatif qu'après un rapport écrit d'un de ses membres et cette proposition doit être votée à la majorité des deux tiers des membres présents.

ART. 12. — Quand un emploi d'agrégé devient vacant, le Conseil de la Faculté se prononce sur le maintien, la suppression ou la transformation du poste.

ART. 13. — Si l'emploi est maintenu ou transformé par décision ministérielle, la déclaration de vacance est faite par la Faculté, insérée au *Journal officiel* et portée à la connaissance des autres facultés de pharmacie.

ART. 14. — Un délai de vingt jours à dater de l'insertion au *Journal officiel* est accordé aux candidats pour faire valoir leurs titres.

A l'expiration du délai réglementaire, le Conseil de la Faculté, saisi des dossiers des candidats où figurent obligatoirement les notes obtenues à l'examen d'admission sur la liste d'aptitude, présente un candidat.

ART. 15. — Le dossier de la présentation de la faculté, avec le rapport d'un membre du Conseil, est transmis au ministre.

ART. 16. — La présentation de la faculté est soumise à la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement public, qui peut prendre l'initiative de présenter d'autres candidats inscrits sur la liste d'aptitude.

La nomination est faite par le ministre, conformément au décret du 4 août 1925.

DISPOSITIONS TRANSITOIRES. — ART. 17. — Par exception et après avis de la Commission compétente du Comité consultatif de l'enseignement supérieur public, une réduction d'un mois pourra être appliquée aux délais fixés par les articles 2 et 4, en ce qui concerne la première session de chacun des deux examens définis à l'article 1er du présent arrêté. »

COMMISSION D'HYGIÈNE DENTAIRE. — Sont nommés membres de la Commission d'hygiène dentaire :

MM. les docteurs Lenglet, Humbel et Jayle, membres de l'Union des syndicats médicaux de France ; Mabille, membre du Syndicat des médecins de la Seine ; Boudin et Fargin-Fayolle, membres du Syndicat des médecins stomatologistes ; Rousseau-Decelle, de l'Ecole française de stomatologie ; J. Tellier, de la Société de stomatologie ; L'Hirondel, de la Société de stomatologie des hôpitaux ; Pietkiewicz, de l'Association française des médecins stomatologistes ; Champret, de l'Association stomatologique internationale (section française) ; Seimbille, de l'Association française des chirurgiens dentistes. (*J. O.*, 14 août 1925.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Breucq (de Bayonne), Mickaniewski, médecin principal de l'armée en retraite ; Poumeau-Delille, décédé à Bordeaux ; Rossigneux, décédé à Bagnères-de-Luchon.

REVUE GÉNÉRALE

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE TUBERCULEUSE

Par Robert LÉVY et Julien MARIE,
Internes des hôpitaux de Paris.

La tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques constitue une des questions les plus controversées de la pathologie.

Si, en effet, la description des lésions ganglionnaires et péri-ganglionnaires paraît définitivement acquise dans ses grandes lignes, il n'en va de même ni de la pathogénie de ces lésions, ni des symptômes qu'elles déterminent et partant, de leur diagnostic.

Les travaux récents sur l'infection tuberculeuse d'une part, l'étude radiologique des ombres normales et pathologiques du médiastin et des hiles pulmonaires d'autre part, ont remis en question ces deux chapitres capitaux de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Historique. — Dès 1780 Lalouette donne une description de l'adénopathie trachéo-bronchique mais c'est surtout dans la thèse de Leblond (1824) que l'on trouve le premier travail d'ensemble sur la question. Ce sont ensuite les recherches de Laënnec, de Rillet et Barthez, les descriptions cliniques de Gueneau de Mussy et de Barety.

Ce sont enfin, plus récemment les travaux très nombreux sur l'étiologie et la pathogénie (Hutinel, Kvis, Ribadeau, Dumas, Debré) sur la symptomatologie (Méry, Rist, Sergent, Léon Bernard) et enfin sur le diagnostic radiologique de cette affection (Beclère, Albert Weil, Detré, Delherm et Chaperon).

Étiologie et pathogénie. — Tout le problème de l'infection tuberculeuse est en cause dans ce chapitre.

Si la contagiosité de la tuberculose ne fait plus aucun doute pour tous les auteurs, la voie qu'emprunte le bacille de Koch pour arriver aux ganglions est plus discutée et a donné lieu à de nombreux travaux expérimentaux et à plusieurs théories.

C'est, qu'en effet, si l'adénopathie trachéo-bronchique coexiste avec des lésions pulmonaires plus ou moins importantes et joue un rôle effacé dans la tuberculose pulmonaire de l'adolescent et de l'adulte; chez le jeune enfant, au contraire, elle prime nettement la lésion pulmonaire qui peut passer inaperçue.

La porte d'entrée du bacille de Koch dans l'économie n'est pas unique.

Il semble que le plus souvent il pénètre *par les voies respiratoires* et qu'il s'agisse *d'une tuberculose d'inhalation*. L'inoculation est donc pulmonaire, elle réalise selon la loi de Conheim, un chancre qui siège en un point quelconque du poumon.

Cette lésion primitive retentit sur le territoire ganglionnaire trachéo-bronchique correspondant, déterminant une adénopathie qui se montrera cliniquement primitive, bien que secondaire anatomiquement.

Les recherches de Parrot, de Küss, de Ribadeau Dumas, ont, en effet, montré, la quasi-constance d'un chancre d'inoculation pulmonaire dans les cas d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

La loi de l'adénopathie similaire de Parrot paraît donc se vérifier et la filiation des lésions semble bien être celle invoquée précédemment, car la lésion pulmonaire apparaît plus âgée, quelquefois contemporaine, mais jamais postérieure à la lésion ganglionnaire (Ribadeau-Dumas).

Mais il convient, dans le déterminisme de la lésion pulmonaire initiale, de faire jouer un rôle au nombre des bacilles infectants. Si, au lieu d'être discrète, l'inoculation est massive, il en résultera des lésions d'alvéolite aiguë très étendue qui se manifesteront cliniquement avec l'aspect d'une broncho-pneumonie aboutissant rapidement à la mort.

La tuberculose d'inhalation ne peut être seule invoquée et il faut faire une place *à l'infection ganglionnaire primitive* (Calmette), la porte d'entrée du bacille pouvant être ouverte ainsi que le montre l'expérimentation, *au niveau de la muqueuse digestive surtout*, plus accessoirement au niveau des muqueuses bucco-pharyngée, nasale, oculaire, génitale ou même de la peau, sans que l'on y trouve de chancre d'inoculation.

Le bacille cheminerait dans les voies lymphatiques et irait infecter en premier lieu le système ganglionnaire et surtout les ganglions péribronchiques. Ce ne serait qu'ultérieurement qu'apparaîtraient les lésions pulmonaires dans la zone irriguée par les lymphatiques tributaires des ganglions infectés.

Quoi qu'il en soit, c'est l'adénopathie trachéo-bronchique qui constitue le témoin habituel de l'infection tuberculeuse primitive.

Cette étape de la tuberculose peut n'être pas dépassée. Souvent elle restera latente ; *l'adénopathie trachéo-bronchique lésion* n'en existe pas moins; parfois elle s'objectivera c'est *l'adénopathie trachéo-bronchique maladie*. De toute façon, un état humoral particulier se constitue après cette primo-infection, le sujet est en état d'allergie, état qui s'affirme objectivement par la constatation d'une cuti-réaction positive.

Celle-ci ne peut permettre toutefois que de conclure à l'existence d'un foyer bacillaire, que ce foyer soit au repos ou en activité. Mais chez l'enfant au-dessous d'un an presque toute tuberculose est en activité et de un à deux ans l'infection bacillaire est rarement au repos (Marfan).

Si l'on songe que les statistiques montrent que dans nos pays la proportion des cuti-positives, nulle à la naissance, augmente progressivement, qu'elle est d'environ 50 p. 100 à dix ans (Debré) et de 97 p. 100 chez l'adulte ; si l'on songe par ailleurs que chez l'enfant la réaction gonglionnaire prédomine sur la lésion pulmonaire, on peut conclure à la grande fréquence de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfance.

Si la barrière ganglionnaire n'est pas franchie, l'adénopathie peut régresser, les lésions ganglio-pulmonaires se cicatrisent, néanmoins un foyer bacillaire persiste à l'état latent qui peut être rallumé si l'allergie se perd au cours d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une grippe : maladies anergisantes.

Chez l'adolescent et chez l'adulte, l'éclosion de la tuberculose est due assez souvent au réveil de l'infection contractée dans l'enfance, mais, que cette sur-infection soit endogène, ou exogène, les ganglions ne deviennent guère le siège de nouvelles lésions, ils ne prennent pas, le plus souvent semble-t-il, une part active à l'éclosion des symptômes nouveaux (Léon Bernard).

C'est assez dire que ce sera avant tout dans l'en-

fance que l'on aura à étudier l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

Toutefois la primo-infection peut ne se faire parfois qu'à l'âge adulte, cas qui se rencontre surtout chez les sujets d'une région ou la tuberculose est exceptionnelle (Indigène de l'Afrique équatoriale, par exemple), transplantés dans nos climats.

Ces sujets se comportent vis-à-vis du bacille de Koch comme de jeunes enfants et peuvent présenter des adénopathies trachéo-bronchiques importantes.

Donc, dans le cycle évolutif de la tuberculose humaine, l'adénopathie trachéo-bronchique est la lésion caractéristique de la deuxième enfance, tout au moins dans les conditions habituelles de contamination des enfants des villes.

Des deux voies invoquées pour la pénétration du bacille, l'une, *la voie aérienne*, ne paraît pas douteuse en clinique humaine. Les études précises faites à ce sujet montrent la fréquence de ce mode de contamination.

La voie digestive est surtout affirmée par l'étude expérimentale. Or il ne faut jamais oublier que les conditions de l'expérience sont singulièrement différentes dans l'espèce humaine et dans l'espèce animale. Les conclusions expérimentales ne sont valables que pour l'espèce envisagée et la méthode qui consiste à se baser sur les résultats expérimentaux pour conclure à l'analogie chez l'homme, est fausse dans son principe même. C'est pourquoi, sans nier la possibilité de contamination par la voie intestinale, son rôle, en clinique, paraît réduit.

Anatomie pathologique. — Les constatations anatomiques confirment dans la majorité des cas la loi de l'adénopathie similaire de Parrot. Nous aurons donc à étudier : d'une part les lésions pulmonaires les premières en date, d'autre part les lésions ganglionnaires et leurs réactions de voisinage.

1° **Lésions pulmonaires.** — On trouve presque toujours un tubercule pulmonaire, chancre d'inoculation, dans le territoire baigné par les lymphatiques afférents des ganglions infectés.

Ce nodule peut siéger en n'importe quel point du poumon, mais il est plus fréquent de le rencontrer à la base et surtout à la base du poumon droit; parfois il est juxta-hilaire.

Il faut le rechercher à la palpation car c'est l'induration nodulaire qui permettra de le découvrir.

Il peut être très petit en regard de l'altération ganglionnaire et difficile à trouver, car ce n'est pas l'étendue du tubercule pulmonaire qui règle le nombre des ganglions pris et le degré de leur lésion, mais bien plutôt son degré d'intensité. (Ribadeau Dumas).

Il peut être caséeux ou réduit à une cicatrice ou à quelques points calcifiés.

Enfin, il n'est pas forcément unique et l'on peut trouver plusieurs nodules pulmonaires.

2° **L'adénopathie.** — Elle est unilatérale au début, à moins qu'il n'existe plusieurs chancres d'inoculation à localisation différente, plus tard elle devient souvent bilatérale.

D'abord intra-parenchymateuse, l'adénopathie gagne ensuite le hile et les ganglions péri-trachéo-bronchiques.

Son volume est des plus variables, elle peut être discrète ou, au contraire, constituer un bloc bosselé comprimant, englobant les organes du médiastin.

Tous les stades évolutifs de la tuberculose peuvent être rencontrés :

Infiltration : caséification partielle donnant au ganglion un aspect bigarré ;

Caséification totale : ganglion marron cuit ; ramollissement ;

Caverne ganglionnaire, après évacuation du contenu dans un organe de voisinage :

- trachée ;
- bronche ;
- œsophage ;
- médiastin ;
- artère pulmonaire ;
- plèvre ;
- péricarde.

et enfin : *sclérose et calcification.*

3° **Les lésions de voisinage.** — Il existe très souvent des lésions de péri-adénites diffuses, occupant tout ou partie du médiastin. Son rôle est particulièrement important dans l'interprétation de la symptomatologie.

Les organes médiastinaux peuvent être comprimés, irrités ou altérés :

- bronches ;
- vaisseaux, surtout les veines moins résistantes ;
- nerfs et en particulier, pneumogastrique droit et filets des plexus pulmonaires.

Le parenchyme pulmonaire peut être lésé : tantôt il s'agit de lésions véritablement tuberculeuses (par propagation, par effraction) tantôt de congestion non spécifique autour d'un foyer pulmonaire : congestion épituberculeuse. Elle est peut-être déterminée par des altérations nerveuses ou vasculaires.

Il ne faut pas perdre de vue que les ganglions caséeux du médiastin ne se comportent pas à la façon de simple corps étrangers : ce sont des tubercules et leur rôle n'est pas exclusivement mécanique. Aussi peuvent-ils, suivant les cas, atteindre profondément les organes qui les affleurent ou laisser indifférents d'autres organes avec lesquels ils affectent des rapports plus étendus. (E. Weill.)

Par conséquent, les rapports anatomiques des organes médiastinaux avec les ganglions ne doivent pas servir à construire, à priori, la symptomatologie.

Les lésions de l'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte sont dans la majorité des cas, bien différentes de celles de l'enfance.

Celles qui accompagnent les lésions tuberculeuses pulmonaires sont peu marquées, le gros ganglion totalement caséeux est assez rare. Le plus souvent il n'existe que des lésions banales d'anthracose, de la sclérose ou des calcifications et quelques rares tubercules infiltrés.

Étude clinique. — Un fait domine l'étude clinique de cette affection ; c'est qu'il n'existe pas de parallélisme entre le volume de l'intumescence ganglionnaire et l'intensité des symptômes observés; une réserve doit être faite, toutefois, en faveur des énormes adénopathies comprimant, refoulant tous les organes médiastinaux, mais, en réalité, cette adénopathie-tumeur est exceptionnelle au cours de la tuberculose.

Une grosse adénopathie ne déterminera pas de troubles physiques ni fonctionnels, telle petite adénite donnera lieu à une riche symptomatologie. C'est dire que tous les symptômes observés doivent

être soumis à une analyse sévère et que leur interprétation sera toujours sujette à caution. Telle adénopathie affirmée cliniquement ne sera pas vérifiée anatomiquement. Inversement, de gros ganglions caséeux découverts à l'autopsie seront passés complètement inaperçus.

C'est dire qu'il n'y a pas de signe pathognomonique de l'adénopathie trachéo-bronchique. Cette conclusion, qui se dégage de l'étude de la plupart des travaux contemporains, est même insuffisante pour certains, qui refusent toute valeur à la plupart des signes classiques de l'adénopathie trachéo-bronchique.

Nous envisagerons successivement l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant et celle de l'adulte.

I. Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse de l'enfant. — Elle s'installe insidieusement, soit sans cause apparente, soit au cours de la convalescence ou d'une rougeole ou d'une coqueluche.

Rien n'est plus variable que les manifestations fonctionnelles de l'adénopathie trachéo-bronchique, il existe de nombreuses variétés cliniques.

SIGNES FONCTIONNELS ET SIGNES GÉNÉRAUX. — 1° FORMES LATENTES. — *Elles paraissent constituer la grosse majorité des cas*; elles n'entraînent aucun trouble fonctionnel, peu ou pas de troubles de l'état général.

Aussi bien, les signes physiques, *quand il en existe*, ne sont-ils généralement découverts que lors d'un examen fait pour d'autres considérations.

Seul, l'examen radiologique dûment pratiqué et interprété, montrerait l'existence certaine d'adénopathies.

Il faut noter d'ailleurs, que la latence de ces formes ne permet en aucune façon de conclure à leur innocuité.

Dans d'autres cas, l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse entraîne des réactions variables et l'observation montre qu'on peut à cet égard, envisager deux formes cliniques différentes : formes où les signes généraux passent au premier plan; formes thoraciques.

2° FORMES OU LES SIGNES GÉNÉRAUX PASSENT AU PREMIER PLAN. — Dans ce groupe, tantôt il s'agit d'enfants dont l'état général reste bon en dépit d'une fièvre qui peut revêtir des types variables :

- parfois de courte durée;
- parfois prolongée et continue, oscillant aux environs de 38, mais irrégulière dans l'ensemble;
- parfois enfin, elle est intermittente, survenant sans cause ou à l'occasion de fatigues, du jeu, et cédant au repos.

Ces états fébriles sont de constatation commune en pathologie infantile, et l'on ne saurait les rapporter tous à l'adénopathie trachéo-bronchique, mais ils sont une indication à pratiquer un examen physique minutieux du thorax et des différents organes et parfois une manifestation objective ou un examen radioscopique orienteront les investigations vers l'existence d'une adénopathie médiastine.

Tantôt encore, il s'agit d'enfants amaigris, à thorax insuffisant, à croissance retardée, pâles, n'ayant pas d'appétit. Là encore le diagnostic de bacillose sera légitimement évoqué et il faudra diriger l'enquête et l'examen dans ce sens.

3° FORMES THORACIQUES. — a. *Manifestations réactionnelles à distance* (*Hutinel*). — Il s'agit souvent d'enfants convalescents de rougeole ou de coqueluche qui présentent à nouveau quelques troubles qui forcent l'attention.

Tantôt ce sont des poussées de bronchite, quelquefois généralisée, plus souvent localisée à un poumon ou à un lobe.

Tantôt ce sont des congestions pulmonaires, ayant souvent elles aussi un siège de prédilection, ou même des congestions à type splénopneumonique (Armand-Delille) ou cortico-pleural. Ces poussées s'accompagnent d'une réaction thermique variable, elles sont fugaces et disparaissent en quelques jours, mais sont volontiers récidivantes.

b. *Troubles de compression médiastinale.* — Dans d'autres cas, la localisation ganglio-pulmonaire est plus directement en rapport avec les troubles constatés, ce sont des troubles de compression ou d'irritation :

- de la trachée ou des bronches;
- des vaisseaux pulmonaires;
- des nerfs du médiastin.

Nous retiendrons surtout du point de vue clinique à cause de leur fréquence beaucoup plus grande, l'existence de la dyspnée et de la toux.

La *dyspnée* : peut être *spasmodique* répondant à un accès d'asthme ganglionnaire et relevant d'une irritation du pneumogastrique;

Elle peut *être continue*, banale en apparence, latente, surtout mise en évidence lors des efforts. Elle relève, semble-t-il dans ces cas, d'une compression des vaisseaux pulmonaires ou d'un trouble cardiaque. Mais parfois, c'est une dyspnée plus importante avec tirage, ralentissement de la respiration par allongement des deux temps, avec cornage, soit inspiratoire : cornage broncho-trachéal d'Empis, soit expiratoire, ce dernier plus spécial à la première enfance.

Tirage et cornage peuvent faire penser au croup, mais on s'assure immédiatement que la voix n'est jamais éteinte bien que parfois altérée dans sa tonalité, c'est la *voix bitonale* en rapport avec l'irritation ou la compression du récurrent gauche.

Le *ronflement*, qu'il soit continu ou qu'il ne survienne qu'après les efforts ou pendant le sommeil constitue un signe révélateur important à condition qu'on puisse éliminer son étiologie rhino-pharyngée et par l'examen direct et par la compression des narines. S'il persiste au cours de cette manœuvre son origine ganglionnaire peut être invoquée.

La *toux* est plus fréquemment observée encore que la dyspnée, c'est une toux violente, rauque, quinteuse, coqueluchoïde, ne s'accompagnant ni de reprise, ni d'expectoration, ce qui la différencie bien de la coqueluche.

Parfois et surtout dans le premier âge, la toux est *bitonale* (signe très important d'après Marfan).

Tels sont les troubles fonctionnels médiastinaux les plus communément observés; ce n'est que beaucoup plus rarement qu'on notera :

- la possibilité de phénomènes douloureux:
  - à type angineux (compression du plexus cardiaque);
  - à type de névralgie phrénique, ou de névralgie intercostale.
- la possibilité de troubles pupillaires de dysphagie; de hoquet,

de pouls paradoxal,
d'œdème et de cyanose de la face, du cou et des membres supérieurs.

Donc :
troubles de l'état général avec fièvre;
manifestations réactionnelles à distance;
dyspnée, toux quinteuse.

Tels sont les différents aspects cliniques les plus fréquents.

Mais, si ces modifications peuvent se rencontrer isolément, elles peuvent aussi exister simultanément et il importera de réaliser leur synthèse et d'évoquer la possibilité d'une adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, qu'on s'efforcera d'objectiver.

Signes physiques. — On ne saurait trop insister sur la difficulté, bien connue des pédiatres, de l'interprétation des signes fournis chez l'enfant par la percussion, et plus encore, par l'auscultation. C'est à la méconnaissance de ce caractère de la séméiologie respiratoire infantile que sont dues nombre d'erreurs de diagnostic.

Il faut savoir que chez l'enfant, dans la région interscapulo vertébrale, la respiration et la sonorité sont normalement augmentées, la respiration est irrégulière et inégale d'un côté à l'autre et il est fréquent en l'absence de tout état pathologique d'entendre un souffle bronchique à maximum au niveau de la VIIe cervicale.

Ces remarques étant faites, nous allons étudier les symptômes physiques que l'on doit toujours rechercher, que l'on trouvera rarement associés et *qui ne sauraient que dans un nombre restreint de cas donner une certitude diagnostique.*

A l'examen : le petit malade étant totalement déshabillé, on constatera assez souvent, qu'il est pâle, amaigri, à croissance retardée.

Le thorax est fréquemment peu développé, aplati, parfois nettement asymétrique, déformé, soit d'une façon permanente, soit seulement à l'inspiration. Plus rarement il existe un élargissement globuleux des régions supérieures avec soulèvement de la première pièce sternale et de l'extrémité interne des clavicules, et dépression transversale au-dessous de de la ligne mamelonnaire : thorax adénopathique d'Œlsnitz.

Il est plus commun d'observer une modification du rythme respiratoire, qui est ralenti, par allongement de l'expiration (Aubertin).

L'*inspection* permet en outre, de constater l'existence d'un réseau veineux, signe important, à condition qu'il soit unilatéral.

La *palpation* est importante à pratiquer, dans toutes les aires ganglionnaires de l'économie et l'on constatera souvent l'existence de micropolyadénopathie.

Les *signes stéthacoustiques* seront recherchés dans les aires de Guéneau de Mussy qui représentent la projection sur les parois antérieure et postérieure, des ganglions trachéo-bronchiques.

L'aire antérieure comprend la manubrium sternal et la partie interne des deux premiers espaces intercostaux sur une étendue de deux travers de doigt de chaque côté du sternum.

L'aire postérieure est représentée par les espaces interscapulo-vertébraux, entre la VIIe cervicale et la IVe dorsale, chacun d'eux comprenant deux étages :

Etage supérieur répondant aux ganglions médiastinaux;
Etage inférieur répondant aux ganglions hilaires.

La *percussion* doit être fine, douce et pratiquée en des points symétriques. Elle révèle dans les cas nets, une submatité avec élévation de la tonalité et résistance au doigt; ces signes se perçoivent plutôt dans l'aire postérieure que dans l'aire antérieure. Lorsque, dans la zone postérieure la matité va en augmentant du scapulum vers le hile on pourrait, d'après Barety, conclure à l'adénopathie.

L'*auscultation* doit porter sur les régions ganglionnaires et sur le poumon.

a. *Aires ganglionnaires.* — Signalons la possibilité de percevoir un murmure veineux continu, à renforcement systolique, en auscultant avec un stéthoscope le bord droit du sternum, la tête étant en hyperextension. Ce signe très infidèle d'ailleurs, traduirait la compression de la veine cave supérieure ou du tronc brachio-céphalique droit par les ganglions hypertrophiés (Smith).

En fait, l'auscultation ne fournit guère de renseignements intéressants que dans l'aire postérieure.

Dans certains cas, on y entend :

Une expiration prolongée et soufflante, pouvant aller jusqu'au souffle bronchique, tubaire, ou caverneux, ce souffle est d'ailleurs plus important par sa localisation et son unilatéralité que par son intensité ou son timbre.

Parfois c'est un gros ronchus bronchique, bruyant et sonore, important par sa fixité;

Parfois enfin, c'est l'existence de râles humides, muqueux, en demi-couronne autour du hile et aux deux temps de la respiration.

On a attaché une plus grande importance encore à l'auscultation de la voix :

La broncho-égophonie peut être constatée.

Jules Renault signale comme un bon signe la perception, après la toux, d'un autre bruit qui est comme l'écho assourdi du précédent : c'est l'*échophonie.*

Enfin, tandis que normalement la transmission de la voix haute ou chuchotée ne dépasse pas le niveau de la IIe dorsale, au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique les masses ganglionnaires hypertrophiées transmettent ce bruit jusqu'aux apophyses épineuses de la IVe, Ve, ou VIe dorsales (signe de d'Espine), tout se passant comme si la trachée était prolongée.

Nous ne ferons que signaler encore :

Le signe d'Oelsnitz ou transmission postérieure unilatérale de la percussion sternale, et la transmission postérieure des bruits cardiaques.

b. Les *poumons* doivent être examinés soigneusement.

On peut noter des signes complexes dus parfois à l'existence de lésions tuberculeuses, le plus souvent à la compression des bronches et du poumon.

On peut observer en un poumon ou en un lobe une diminution du murmure vésiculaire, tandis que la sonorité reste normale (compression bronchique). L'interprétation des autres signes est très délicate : une modification du murmure vésiculaire peut être due à des lésions tuberculeuses au début.

S'il existe des bruits adventices, ils peuvent relever soit d'une lésion tuberculeuse, soit d'une poussée réactionnelle congestive, bronchitique, ou broncho-pulmonaire.

Bref, tous ces signes, tant hilaires que pulmonaires, de constatation souvent délicate, et dont la multi-

plicité témoigne de l'infidélité, sont sujets à caution, surtout s'ils existent isolément.

D'une façon générale, ils n'auront de valeur qu'autant qu'ils seront unilatéraux ou partiels, c'est dire l'intérêt et la nécessité :

1° de la radiologie pour affirmer le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique;

2° d'une enquête étiologique et d'une cuti-réaction pour en démontrer la nature tuberculeuse,

Examen radiologique. — L'interprétation des ombres médiastines et surtout des ombres hilaires a donné lieu récemment à de nombreuses études critiques, notamment de la part de MM. Delherm et Chaperon.

Il est acquis que l'on a souvent considéré comme pathologiques des ombres normales.

A l'état physiologique la région des hiles présente, en effet, des ombres qui répondent aux vaisseaux pulmonaires et plus particulièrement aux artères. Mais il faut noter que ces ombres vasculaires sont toujours séparées de l'ombre cardiaque par un espace clair (intervasculo-cardiaque) dont l'effacement serait, à coup sûr, pathologique mais pas dû nécessairement à des adénopathies.

Les ganglions lymphatiques restent invisibles tant qu'ils n'ont pas subi de modifications anatomiques capables d'augmenter leur volume ou de densifier le tissu dont ils sont constitués.

Il sera donc nécessaire dans une ombre hilaire de savoir faire la discrimination entre l'élément vasculaire normal ou modifié et l'élément ganglionnaire surajouté.

Ces remarques étant faites, l'examen radiologique acquerra une valeur considérable pour le diagnostic. Tant à l'écran que sur les clichés obtenus en frontale et en oblique, les adénopathies se présentent sous l'aspect d'une plage d'ombre extrêmement variable dans son intensité et dans son étendue, avec un contour cyclique ou polycyclique, suivant qu'il s'agit d'une adénopathie simple ou d'une poly-adénite. Les contours de cette ombre sont plus ou moins réguliers, suivant qu'il existe ou non de la péri-adénite.

L'interprétation des ombres médiastinales qui apparaissent dans l'espace clair médian, le sujet étant en position oblique antérieure, est moins délicate. Les ombres qui s'y dessinent sont toujours pathologiques, elles appartiennent soit au cœur, soit aux organes du médiastin et surtout aux ganglions inter-trachéo-bronchiques, et le diagnostic de ces diverses altérations est en général assez facile à faire.

L'examen radiologique, comme l'examen clinique, devra porter non-seulement sur les aires ganglionnaires, mais aussi sur les poumons. On recherchera les vestiges du chancre d'inoculation qu'on trouve assez fréquemment sous l'aspect d'un petit nodule opaque siégeant plus souvent à la base qu'au sommet, parfois aussi dans la région péri-hilaire. On recherchera les ombres parenchymateuses anormales qui peuvent relever de l'extension du processus pathologique en cause.

Mais, si chez l'enfant, la tuberculose est la principale cause d'adénopathie trachéo-bronchique, elle n'est pas la seule, il faut savoir que la pneumonie, la broncho-pneumonie peuvent retentir sur les ganglions, mais l'intumescence qu'elles provoquent est généralement discrète et peu durable.

Il convient donc de faire une :

Enquête étiologique serrée; *plus l'enfant est jeune et plus l'enquête est facile*, on apprendra souvent qu'il est soumis ou vient d'être soumis à un contact intime avec un tuberculeux contagieux, appartenant à son entourage immédiat (parents, amis, domestiques, voisins, etc...).

Si cette enquête est positive, le soupçon d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse en sera singulièrement étayé.

Mais une épreuve complémentaire est indispensable, qui donnera de très précieux renseignements, c'est : *la cuti-réaction.*

Si elle se montre positive, on peut affirmer que l'enfant a été contaminé, mais on ne saurait en inférer que les troubles observés, ni même que l'adénopathie constatée sont liés à une tuberculose, qui peut n'être pas en évolution. Toutefois, plus l'enfant est jeune, et plus la présomption est grande, et chez l'enfant de moins d'un an elle donnera la quasi-certitude de l'activité de l'infection tuberculeuse. On voit donc que le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse ne devra être porté qu'en coordonnant les résultats fournis par l'examen clinique, l'examen radiologique, l'enquête étiologique et la cuti-réaction.

(A suivre.)

XVIIIe CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE

[*Nancy, 16-19 juillet 1925*] (1).

COMMUNICATIONS SUR L'ENDOCRINOLOGIE ET LA NEUROLOGIE

Induction physiologique tirée de la structure de l'hypophyse. — M. Collin (Nancy) a constaté que la substance colloïde sécrétée par la glande pituitaire passe en partie dans le sang et en partie par le lobe postérieur, la tige pituitaire et le tuber cinereum, où on peut la suivre jusqu'au contact des neurones. Il se pourrait que la colloïde, en venant impressionner ces cellules, mette en branle le mécanisme nerveux qui préside au métabolisme de l'eau et des hydrates de carbone.

Discussion. — MM. Lereboullet, Etienne, Froment et M. Labbé sont d'accord pour admettre une action réciproque des centres nerveux sur l'hypophyse, et inversement, dans le métabolisme de l'eau, au cours duquel la glande a certainement un rôle actif.

Des états de torsion dans les syndromes striés postencéphalitiques; dysharmonies et insuffisances de contractions musculaires assurant la statique du bassin et du tronc. — MM. J. Froment et R. Carillon (Lyon), avec films à l'appui, montrent l'immunité de certains mouvements, par rapport à la marche habituelle, dans ces syndromes; la clef de voûte des paradoxes moteurs est à chercher dans la statique du bassin et du tronc, et les dysharmonies sont la conséquence d'insuffisance de certains groupes musculaires du tronc, par exemple des fléchisseurs du bassin et des muscles de la sangle abdominale. Une stimulation artificielle, électrique, médicamenteuse des muscles déficients peut rectifier les déviations et supprimer momentanément les états de torsion.

Quelques particularités cliniques de la névralgie cervico-brachiale ou cervico-brachialite rhumatismale — MM. Roger, Reboul-Lachaux et Rathelot, ayant observé 23 cas récents de « sciatique » du bras, en décrivent les algies, les points douloureux, le torticolis léger, les douleurs provoquées par certains mouvements, l'aspect radiologique de la colonne vertébrale. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 60, p. 977.)

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 65, p. 1057.

Discussion. — MM. ETIENNE, L. CORNIL et L. MATHIEU ont observé une cervico-brachialite analogue au cours de la grippe et deux cas ayant évolué vers l'arthrite ankylosante cervicale et rhizomélique brachiale.

Recherches nouvelles sur les injections de liquide folliculaire. — M. J. WATRIN (Nancy). Le liquide folliculaire provenant d'ovisacs mûrs détermine en quelques heures, chez la ratte impubère, une congestion intense du tractus génital. Parfois le foie, les reins, la rate sont aussi hyperémiés. Cette réaction est spéciale au liquide folliculaire.

Chez une jeune fille insuffisamment réglée, le flux menstruel a fait son apparition vingt-quatre heures après une injection de liquide folliculaire, six jours avant l'époque normale de menstruation.

L'insuffisance hépatique et le métabolisme basal des obèses. — MM. M. PERRIN (Nancy) et P. MATHIEU (Brides-les-Bains), étudiant le métabolisme basal des obèses, le trouvent abaissé 19 fois sur 23 ; or, 11 fois l'insuffisance hépatique était manifeste, ce qui corrobore la thèse des auteurs sur la part de la déficience hépatique dans la pathogénie de l'obésité.

Comment l'hyoscine atténue-t-elle les troubles parkinsonniens? Action stimulante exercée sur les groupes musculaires méiopragiques. — MM. J. FROMENT et P. DELORE (Lyon) constatent, par des études dynamométriques, que l'hyoscine, à laquelle on n'attribue classiquement qu'un effet sédatif, exerce une stimulation élective sur les muscles les plus atteints au cours des syndromes parkinsonniens et restaure la force qu'ils avaient perdue. Cette stimulation, qui peut aller jusqu'à la production de trépidation épileptoïde, s'accompagne de disparition de la rigidité et du tremblement qui, par conséquent, à l'encontre d'idées généralement admises, ne semblent pas liés à l'hypertonie ou à des spasmes.

M. L. CORNIL rappelle aussi les modifications vasomotrices qu'entraîne l'hyoscine.

Syndrome d'hypotension encéphalique et insuffisance surrénale. — M. L. CORNIL (Nancy) signale, au cours de certaines insuffisances surrénales lentes, l'hypotension du liquide céphalo-rachidien coexistant avec l'hypotension artérielle. Elle serait le facteur déterminant des céphalées et des réactions méningées observées chez les malades de ce groupe.

COMMUNICATIONS SUR LA MÉDECINE SOCIALE

De quelques conséquences sociales de la mythomanie chez les femmes adultes. — MM. P. PARISOT et LALANNE (Nancy), à propos d'une observation de mythomanie chez une femme de vingt-cinq ans qui inventa tout un ciné-roman, trompa les enquêtes, dénonça calomnieusement un homme qui fut arrêté, etc., montrent les graves conséquences sociales que peut entraîner une telle déviation mentale.

Tabes et traumatisme. — MM. P. PARISOT et CORNIL (Nancy) ont observé une arthropathie tabétique survenue après un traumatisme chez un homme exempt auparavant de tout signe de prétabes, et suggèrent la possibilité d'une fragilisation des cordons postérieurs consécutive au traumatisme périphérique, ainsi qu'on l'observe dans certaines blessures (amputations, commotions médullaires).

Discussion. — M. ROGER conseille d'appeler la radiographie au secours de la clinique pour le diagnostic d'arthropathie.

M. THIBIERGE, tout en rejetant l'origine traumatique d'un tabes, conclurait, en justice, à la relation de cause à effet.

Les maladies nerveuses professionnelles envisagées au point de vue de la loi du 25 octobre 1919. — M. CROUZON, en ce qui concerne les maladies nerveuses professionnelles visées par cette loi, serait d'avis de restreindre le chapitre de l'hystérie saturnine, d'étendre celui des paralysies saturnines et d'y adjoindre les troubles oculaires et cérébraux, de faire des réserves enfin sur le tremblement mercuriel. D'autre part, la loi ne mentionne pas les névrites et troubles cérébraux dus à l'oxyde de carbone, à l'arsenic, au sulfuré de carbone, au benzol et aux composés chlorés du carbone; il y aurait lieu de l'élargir de ce côté.

De la thrombo-artérite oblitérante posttraumatique. Son diagnostic au point de vue médico-légal. — M. HOCHE (Nancy).

COMMUNICATIONS DIVERSES

Etudes cliniques de gastroscopie. — M. P. MICHON, à l'aide de son gastroscope à prisme, introduit grâce à un embout souple, est arrivé, sur 14 tentatives de gastroscopie, 11 fois jusqu'à l'estomac, en utilisant la position de décubitus gauche ou la position genu-cubitale, exceptionnellement le décubitus dorsal. L'endoscopie, tout en restant constamment partielle, a permis plusieurs fois des constatations positives (aspect pathologique de la muqueuse, érosions insoupçonnées, limites précises d'un néoplasme) qui engagent à poursuivre les essais.

Contribution à la pathogénie des diathèses hémorragiques. — MM. HYNEK et PREVOSKY (Bratislava). Dans ces diathèses, ce n'est pas seulement le sang qui décèle à l'examen des altérations, mais également les organes : à savoir le foie, la rate, les muscles de la vie de relation, dans l'hémophilie; la peau dans les purpuras.

La place de l'élément « eau » dans l'action des eaux minérales. — MM. M. PERRIN (Nancy) et P. MATHIEU (Brides-les-Bains) insistent sur le rôle du véhicule « eau » dans les cures de lavage ; il agit grâce à sa capacité calorique élevée et grâce à ses qualités physiques diverses, et a une grande part dans l'action de bien des eaux thermales peu minéralisées.

Evolution cholestérinémique de l'oxalémie. — M. J. SCHNEIDER (Contrexéville). Oxalémie et cholestérinémie réalisent une association fréquente et l'évolution de l'oxalémie vers les troubles hépatiques est de règle. La cure thermale dirigée contre l'oxalémie doit viser à la fois le rein, le foie et le tube digestif, et réaliser la reminéralisation organique.

COMMUNICATIONS SUR LA TUBERCULOSE

Diagnostic précoce de la tuberculose intestinale. — M. BURNAUD (Leysin), conclut de ses recherches avec M. Perret à la discordance décevante entre les signes cliniques et les lésions anatomiques; l'enquête clinique minutieuse, complétée des examens radiologiques, laisse encore constamment place aux surprises opératoires.

L'emploi du tartre stibié par voie buccale contre les hémoptysies tuberculeuses. — MM. MATTEI et ESCUDIER (Marseille) préconisent, d'après une expérience de 11 cas tous favorables, certains remarquablement frappants, l'administration de pilules de 0,03 à 0,05 de tartre stibié, sans dépasser jamais un total d'un gramme en dix jours. C'est, en général, quelques minutes après qu'est apparu l'état nauséeux, que l'hémorragie cesse mais quelquefois l'hémostase a lieu sans état nauséeux; il doit y avoir modifications vaso-motrices des territoires pulmonaires par action réflexe, à point de départ gastrique, et par action directe du médicament, qui est, d'autre part, un dépresseur du cœur droit.

Discussion. — M. BESANÇON reste fidèle aussi à la médication nauséeuse, en particulier à l'ipéca associé aux opiacés.

Mme BOUIN (Lay-Saint-Christophe) n'a pas eu grand succès avec le tartre stibié.

M. MOUISSET préconise l'ipéca, jusque et y compris aux doses vomitives, sans crainte d'effets de collapsus.

Séméiologie fruste des épanchements pleuraux. Epanchements avec frottements. — MM. VEDEL et PUECH (Montpellier), pratiquant des ponctions systématiques dans tous les cas douteux, ont constaté la fréquente présence d'épanchements ne se signalant par aucun des signes classiques. C'est souvent à l'emplacement exact où ils entendaient des frottements, qu'ils ont trouvé du liquide. Ils pensent s'être trouvés en présence, dans la plupart de ces cas, de corticopleurite à prédominance pleurale.

Discussion. — MM. BURNAUD et BESANÇON, insistent sur la fréquence de ces épanchements occultes et sur la difficile interprétation pathogénique des frottements.

Présence d'un spirochète dans les crachats hémoptoïques des tuberculeux. — MM. F. Besançon et E. Etchegoin (Paris) ont trouvé, dans 43 observations sur 46, un même spirochète, en quantité assez notable, semblant spécial aux hémoptysies tuberculeuses, différent des spirochètes banaux de la bouche et du Spirochetes bronchialis. Peut-être s'agit-il d'un agent à rôle pathogène spécifique.

Menstruation et tuberculose. — M. Cordier (Lyon) n'a pas observé de véritables poussées évolutives en rapport avec les règles, mais tout au plus quelques hémoptysies, avec une assez grande rareté. Rapprochant ces faits de l'influence manifeste de l'hyperthyroïdie sur les poussées bacillaires, il se croit en droit d'affirmer que ce n'est pas par l'intermédiaire du sympathique, mais bien par action endocrinienne directe que les poussées bacillaires se trouvent influencées.

Action du surmenage des voies digestives sur le développement des maladies en général et de la tuberculose en particulier. — M. Pruvost (Paris). Le surmenage digestif latent ou manifeste, crée un état d'auto-intoxication et, bientôt, d'intoxication par pullulation microbienne; d'où son rôle considérable dans la genèse de multiples affections (rachitisme, tuberculose, troubles nerveux, cutanés, etc...),

Quelques remarques sur la position en décubitus abdominal en phtisiothérapie. — M. Sillig (Leysin) ayant remarqué bien souvent, chez les tuberculeux alités, la constitution de graves déformations thoraciques, obstacle ultérieur à une parfaite guérison, a eu l'idée de faire prendre de temps à autre à ses malades la position de décubitus ventral; il en a étudié les effets par des mensurations précises et a vu qu'elle provoquait, en même temps qu'un redressement vertébral, une augmentation de la capacité thoracique. Aussi, exception faite pour les cas trop avancés, la préconise-t-il systématiquement, surtout chez les jeunes sujets; aucun accident n'est survenu de son fait.

Cinq cas de sections d'adhérences au galvanocautère dans le pneumothorax artificiel, sous le contrôle du pleuroscope de Jacobaeus. — M. A. Piguet (Leysin) complète ses travaux par un apport de 5 cas nouveaux, les uns très favorables, puisque seule la section des adhérences sous-endoscopie a permis de parachever le pneumothorax, les autres moins nets, mais fort heureux cependant, au cours desquels le collapsus pulmonaire put être complété, sans être cependant mené à fond. La méthode n'est ni douloureuse, ni dangereuse, prudemment maniée.

Remarques sur le mécanisme du pneumothorax électif dans la tuberculose pulmonaire. — MM. Vaucher et Fath (Strasbourg) ont pu, une fois, obtenir d'emblée le pneumothorax électif, une autre fois, l'obtenir secondairement, en laissant, après pneumothorax complet, les parties saines reprendre leur expansion. Il est rare d'arriver à un tel résultat, cependant à chercher en raison des avantages mécaniques nombreux du pneumothorax électif.

Les accidents nerveux graves du pneumothorax artificiel. — MM. Olmer et Turriès (Marseille) ont vu les accidents survenir à la piqûre de la plèvre, avant injection pleurale, preuve qu'il s'agissait bien d'une réaction réflexe et non d'une embolie gazeuse; la zone ponctionnée était le siège d'adhérences récentes.

Discussion. — MM. Courmont, Dieudonné, Rist : le mécanisme d'un réflexe à point de départ pleural est confirmé par plusieurs observations de ces auteurs; les accidents cutanés vaso-moteurs parfois observés au cours de la ponction, s'en rapprochent.

Durée et mode de terminaison du traitement par le pneumothorax artificiel. — M. Jacquerod (Leysin) proportionne en quelque sorte la durée du pneumothorax à l'intensité et à l'âge des lésions; au bout d'un an environ, les lésions récentes peuvent n'être plus justiciables des insufflations, qui entraveraient au contraire malencontreusement la tendance qu'ont les parties restées saines du poumon à reprendre leur expansion en s'hypertrophiant. Quand, au bout de ce temps, les bacilles ont disparu des crachats, on peut donc cesser prudemment la collapsothérapie.

L'infection tuberculeuse du jeune âge dans une grosse agglomération urbaine (agglomération nancéienne). Etude médico-sociale d'après 1.090 réactions à la tuberculine — MM. J. Parisot et Saleur (Nancy) déduisent de cette vaste enquête, où les examens clinique, radiologique, bactériologique, ont été appuyés d'enquêtes familiales et de cuti-réactions, que :

1° 13 p. 100 des enfants de zéro à deux ans, 71 p. 100 des enfants de onze à seize ans sont contaminés, quels que soient leurs antécédents familiaux;

2° Dans les milieux familiaux entachés de tuberculose contagieuse, 42 p. 100 des enfants sont contaminés de zéro à deux ans, 91,5 à 95 p. 100 à partir de cinq ans;

3° Dans les milieux familiaux apparemment indemnes, aucun enfant n'est contaminé entre zéro et deux ans, 8,7 p. 100 des enfants sont contaminés entre deux et cinq ans, 57,4 p. 100 le sont de onze à seize ans.

Bref, la contamination familiale de l'enfant est la règle, et elle est précoce, quoique s'avérant bien plus importante à mesure qu'il avance en âge. Les jeunes sujets vivant en milieu familial indemne sont infectés plus tard, et alors, vraisemblablement, dans des groupements réalisant des conditions de vie en commun analogues à celles de la famille.

Recherches sur l'équilibre acide-base des tuberculeux pulmonaires. — MM. Cordier et Delore (Lyon). Etudiée sur 90 tuberculeux pulmonaires, la réserve alcaline a été trouvée légèrement abaissée chez 6, normale chez la plupart, légèrement supérieure à la moyenne physiologique, chez plusieurs, et parfois nettement augmentée. Cette augmentation semble résulter de la gêne de la ventilation pulmonaire et de l'étendue des lésions, sans rien préjuger de leur nature.

Le pH du plasma est plus souvent élevé (21 fois sur 31) au cours de la tuberculose évolutive, plus souvent abaissé (6 fois sur 12) au cours de la tuberculose non évolutive. Mais il n'y a pas là de règle absolue, sinon que toutes les alcaloses observées (pH-7,50) concernaient des sujets présentant des lésions indiscutablement évolutives. Souvent, le pH monte quand l'évolution pathologique s'accélère, et baisse quand elle se ralentit. L'augmentation du pH sous l'influence des poussées évolutives doit tenir à l'hyperventilation pulmonaire passagère.

L'hyperalcalinité du sang a certainement une influence, à déterminer, sur la nutrition; l'importance de l'équilibre acide-base dans le terrain tuberculeux est également à étudier à nouveau, les avis divergeant sur le sens des variations observées.

COMMUNICATIONS SUR LA DERMATOLOGIE.

Mélanoses; mélanomes et mélanosarcomes. — M. J. Darier (Paris) se rallie à l'opinion, qui admet deux appareils mélanogènes distincts, l'un ectodermique, l'autre mésenchymateux. Le premier est formé des cellules basales de l'épiderme ; de lui dérivent les pigmentations cutanées de race, les mélanodermies, les taches hépatiques, le chloasma, les hyperchromies de certaines dermatoses, le lentigo et ses variétés ; cette dernière lésion relève en même temps d'une malformation locale d'ordre nævique; le mélanome ectodermique malin, ou nævo-carcinome, dérive de ces mélanomes bénins. Le second appareil mélanogène, régional et temporaire seulement chez l'homme, est profond; il donne lieu aux taches mongoliques des nouveau-nés, aux nævi bleus, véritables mélanomes mésenchymateux bénins, et aux mélanosarcomes vrais (mélanome ardoisé) progressifs, malins, mais à un moindre degré que les nævocarcinomes.

Urticaire alimentaire. Anaphylaxie au vin blanc. — M. L. Spillmann et V. de Lavergne (Nancy) ont observé un jeune homme, sujet aux poussées urticariennes, qui présentait une réaction aux vins blancs ordinaires du commerce. Une enquête minutieuse a montré que l'antigène coupable en l'occurrence était la colle albuminoïde ayant servi à la clarification des vins.

Discussion : MM. Nanta, Nicolas, Clément Simon.

Un cas d'acné chlorique. — MM. J. Nicolas et M. Pillon (Lyon) présentent un cas typique de cette affection caractérisée par sa généralisation à toutes les glandes sébacées de la

face, des oreilles, et à sa diffusion, plus discrète, sur presque tout le corps, avec caractère de sécheresse et de coloration noire du comédon. Les mains, protégées par des gants de caoutchouc contre l'acide chlorhydrique que maniait le sujet, sont indemnes.

Discussion : MM. Thibierge, Nicolas.

La discordance dans les résultats obtenus par les différentes méthodes et procédés sérologiques dans leur rapport avec le diagnostic, le pronostic et le traitement de la syphilis. — M. Gastou (Paris), d'une série de recherches comparatives, conclut à la nécessité d'employer conjointement les méthodes au sérum chauffé et les méthodes au sérum non chauffé, et donne un résumé de la correspondance entre les résultats au laboratoire et les données de la clinique.

Etude du réseau tropho-mélanique dans quatre cas d'affections bulleuses (pemphigus). — MM. Louste et Caillau (Paris) ont relevé dans ces quatre cas, grâce à leurs études biopsiques, un hypofonctionnement pouvant aller jusqu'à l'abolition totale des fonctions pigmentaires. Etant donné la topographie de ces altérations, ils pensent qu'elles relèvent de lésions des « placodes » nerveuses de la peau (Masson), le réseau tropho-mélanique faisant partie du système réticulo-endothélial.

A propos de la pathogénie de l'urticaire. — M. Carle (Lyon), invoquant l'origine nerveuse bien plus que digestive de cette dermatose, a préféré, aux régimes stricts, le traitement par l'interdiction absolue de tout grattage, le prurit étant calmé à l'aide d'onctions grasses ou de bains tièdes, et par les calmants du système nerveux. Il en a obtenu d'excellents résultats.

Lichen atrophique et scléreux. — M. Thibierge (Paris).

Lymphogranulomatose cutanée hyperthératosique initiale. — MM. Nanta et Chatellier (Toulouse) ont observé, chez deux malades, l'apparition d'une lymphogranulomatose type Paltauf-Sternberg quelque temps après l'évolution d'une lésion une fois muqueuse (langue), l'autre fois cutanée (dos de la main), lésion qui doit parfois constituer le chancre d'inoculation de l'affection, ainsi que d'autres observateurs semblent déjà l'avoir prouvé.

Un cas de syphilis héréditaire unilatérale. — M. Gastinel.

Le lichen corné hypertrophique, forme anormale de lichénification. — M. Pautrier (Strasbourg) cherche à prouver l'autonomie de cette variété de lichen, totalement différente, par son aspect histologique, du lichen plan ; elle est au contraire très proche de toutes les lichénifications, couramment observées sur terrain prurigineux traumatisé.

Discussion : M. Nicolas, en raison de la coexistence, voire de la superposition du lichen plan et du lichen corné, ne se range pas à cet avis. M. Pautrier se défend de clore définitivement la discussion.

Sclérodermie et granulations calcaires sous-cutanés. — MM. Spillmann, Thibierge et Wiesenbach présentent le cas d'une fillette atteinte, trois ans après une diphtérie légère suivie de paralysies et d'œdèmes généralisés, de nodules sous-cutanés, bientôt fistulisés et donnant issue à du carbonate de chaux pur. Des nodules semblables sont décelés radiologiquement dans les tendons des membres dont ils entraînent des rétractions. Il s'agit là d'un nouvel exemple de ces calcifications rencontrées, non seulement aux stades avancés des sclérodermies, mais encore à la suite des lésions d'ordre conjonctif, quelles qu'elles soient.

Dermatoses et opothérapie. — MM. L. Spillmann et Carillon (Nancy) sur neuf cas de psoriasis, ont observé toujours, par les tests endocriniens, un déséquilibre vago-sympathique. Trois fois, une déficience glandulaire s'avérait nette, et le traitement approprié permit de blanchir le psoriasis. Six fois, l'extrait thymique, systématiquement, appliqué, amena la guérison, chez tous les malades, l'opothérapie rétablit l'équilibre vago-sympathique.

Discussion : M. Darier a vu des psoriasiques, présentant une glycémie élevée, guéris par l'insuline.

Contribution à l'étude du pemphigus. — MM. Spillmann et Watrin (Nancy), sur 5 cas de pemphigus, chronique ou végétant, observés depuis un an, n'ont eu qu'une survie, malgré la gravité des symptômes ; elle paraît due à l'énergique thérapeutique mise en œuvre (injections de peptone, de chlorure de calcium ; ergotine, quinine et adrénaline « per os ») ; le malade a pu reprendre son travail.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 27 juillet 1925)

Les propriétés immunisantes de l'anatoxine dysentérique. — MM. J. Dumas, G. Ramon et Saïd Bilal ont recherché si, chez l'homme, l'anatoxine dysentérique ne déterminerait pas comme chez le lapin et le cheval la production d'anticorps immunisants. Chez trois sujets, l'injection de 1 centimètre cube d'anatoxine sous la peau de la face externe de la cuisse a donné lieu à une légère réaction inflammatoire locale, après vingt-quatre ou quarante-huit heures ; douleur peu marquée, température normale, réaction générale nulle. Après trois jours ces légers symptômes inflammatoires s'amendent et disparaissent rapidement.

Quinze jours après cette injection, le sérum de ces sujets possède des propriétés antitoxiques manifestes.

(Séance du 3 aout 1925)

Sur la production d'un sérum expérimental préventif du typhus exanthématique. Etapes et solution du problème. — MM. Charles Nicolle et E. Conseil.

Sur la radio-activité des eaux de Contrexéville (Vosges). Sources du Pavillon et du Quai. — MM. Jaloustre, Danne, Demenitroux et Maubert.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 25 juillet 1925)

Etude physico-chimique de la réaction du benjoin. — M. A. Papayanno. Le pH influe sur la floculation du complexe benjoin-globuline, mais n'est pas le seul facteur de cette précipitation.

Sur le pouvoir antiscorbutique du jus d'orange. — M. Vagliano rapporte ses recherches expérimentales entreprises sur le cobaye, mettant en évidence un pouvoir puissant du sirop de jus d'orange dans le traitement préventif du scorbut expérimental.

Recherche de l'or dans les milieux organiques. — M. R. Coquoin propose deux méthodes qui lui ont permis de déceler l'or dans le sang, l'urine et la salive des sujets traités par l'hyposulfite double d'or et de sodium (sanocrysine de Mollgoard).

Augmentation du poids chez des animaux et chez des sujets soumis à l'injection d'extraits d'organes provenant d'animaux à l'engraissement. — MM. P. Carnot et E. Terris, poursuivant leurs travaux antérieurs, ont soumis des animaux en équilibre nutritif à des injections d'extraits divers (alcoolique, alcoolo-éthéré, huileux, etc.) d'organes d'animaux à l'engraissement. Ils ont constaté une augmentation de poids dans des proportions allant du cinquième au neuvième du poids de l'animal injecté, pour des quantités d'extraits secs très faibles (de 0g07 à 0g20). Des recherches analogues ont été faites chez des sujets amaigris (ptosiques) avec des résultats semblables.

De nouvelles recherches sont actuellement en cours pour déterminer le principe actif qui permet la fixation des réserves nutritives.

Influence du vague de l'appareil thyroïdien sur la sensibilisation au choc peptonique. — MM. GARRELON et SANTENOISE, à la suite de la discussion des résultats qu'ils avaient apportés l'an dernier sur la question, ont repris leurs recherches et confirment aujourd'hui de point en point leurs premières conclusions.

Le cycle des matières grasses dans l'organisme. — MM. GRIGAUD et DEJACE montrent que l'enrichissement en matières grasses que subit le sang pendant la traversée des organes est un phénomène général pour tous les tissus de l'organisme, sauf le foie et le poumon. Cette lipogénèse disparaît après section des nerfs de l'organe et reprend après excitation faradique du bout périphérique des nerfs sectionnés. La lipogénèse tissulaire s'oppose à la lipodiérèse pulmonaire mise en évidence par Roger et Binet. Ainsi s'établit dans l'organisme un cycle des matières grasses ; pendant la traversée pulmonaire il est vraisemblable que les graisses disparues du sang ne sont pas entièrement métabolisées et que les phénomènes chimiques qui sont à la base de ce cycle évolutif des matières grasses consistent en de simples mutations de la matière.

Absence de fixation élective sur les tissus cancéreux de l'émanation du radium injectée dans l'organisme. — MM. FERROUX et LACASSAGNE, ayant injecté de l'émanation du radium à des rats porteurs de tumeurs cancéreuses greffées, ont constaté, au moyen de la méthode d'auto-radiographie des organes et des tumeurs imaginée en 1904 par London, que la radio-activité se retrouve surtout dans les organes d'élimination (en particulier foie et rein), mais que, contrairement aux affirmations de Kotzareff, il n'y a pas de fixation élective de l'émanation dans les tissus cancéreux.

Discussion. — M. KOTZAREFF critique les résultats exposés et défend ses conclusions. Une expérience commune contradictoire est proposée par M. LACASSAGNE.

Action de l'émanation du radium sur la toxine tétanique. — MM. FERROUX et MUTERMILCH, contrairement aux recherches anciennes de Fabre et Ostrowsky, ont constaté une action manifeste des divers rayonnements du radium sur la toxine tétanique et montrent qu'il est impossible de détruire le groupe toxique de la toxine sans détruire en même temps le groupe autogène.

Bactériophage et anatoxine dysentérique dans la vaccination antidysentérique par voie buccale. — M. LESBRE montre que l'action préventive du bactériophage contre la dysenterie à B. de Shiga est bien moindre que celle de l'anatoxine et attribue ce fait à la prépondérance des produits de sécrétions bacillaires contenus dans l'anatoxine sur les produits de désagrégation qui constituent exclusivement le lysat. L'anatoxine de Ramon est sans doute appelée à résoudre le problème de la vaccination humaine antidysentérique par voie buccale.

La notion de réactivité. — M. Ch. ZOELLER défend la réactivité acquise comme une aptitude à réagir rapidement et intensément par la production d'antitoxine à un excitant défini. C'est un des éléments de l'immunité conférée par la vaccination antitoxique. Il existe en dehors de tout contact spécifique par une réactivité naturelle, propriété individuelle, mesurable, qui intervient dans l'immunité héréditaire.

Sur l'albuminurie déterminée par l'injection de blanc d'œuf au lapin. — MM. GARNIER et SCHULMANN. La quantité d'albumine éliminée en vingt-quatre heures dans l'urine par un lapin ayant reçu une injection sous-cutanée de blanc d'œuf est indépendante de la quantité injectée et est tout à fait comparable à l'albuminurie obtenue par l'injection de 1 milligramme de nitrate d'urane à cette différence près que dans le premier cas le maximum d'élimination est obtenu en vingt-quatre heures, dans le second il ne survient que le troisième jour. Ces deux substances déterminent l'albuminurie par une action toxique qui, dans le cas du blanc d'œuf, n'est pas détruite par une exposition à la chaleur de 55 degrés pendant une heure.

Action de la base tropine sur le pneumogastrique. — M. R. HAZARD. Alors qu'on admet que les principales propriétés de l'atropine sont liées à l'éthérification par l'acide tropique de la base tropine qui n'aurait pas elle-même d'action atropinique nette, l'auteur démontre en réalité que l'action de la base tropique sur le vague est de nature nettement atropinique, elle paralyse le pneumogastrique comme le démontrent les variations de l'excitabilité électrique de ce nerf, le réflexe oculo-cardiaque et l'action de l'adrénaline. Cette dernière méthode semble susceptible d'être généralisée dans l'étude de l'action des corps sur le pneumogastrique.

Action de la base tropine sur la sécrétion de la glande sous-maxillaire. — MM. R. HAZARD et MERCIER montrent une nouvelle action atropinique de la base tropine qui peut tarir complètement la sécrétion de la glande sous-maxillaire : comme le montre le débit salivaire sous l'influence de l'excitation électrique de la corde du tympan avant et après l'action de la base tropine.

NOTES DE PRATIQUE

ANÉMIE DE LA CROISSANCE

Associer les deux médications ferrugineuse et arsenicale.

1° A chacun des deux principaux repas, prendre deux pilules de :

Tartrate ferrico-potassique..........	10 gr.
Extrait de gentiane................	8 gr.
Extrait thébaïque.................. }	$0^{g}25$
Extrait de noix vomique........... }	

F. s. a. 100 pilules.

2° Avant chaque repas, prendre, dans un peu d'eau, v à x gouttes de Vanadarsine qui stimule à la fois les fonctions digestives et les combustions organiques.

LIVRES NOUVEAUX

Annales de médecine (1), t. XVII, n° 5. Numéro consacré aux maladies du système nerveux, publié sous la direction du professeur G. GUILLAIN, à l'occasion du Centenaire de J.-M. Charcot.

Notre excellent confrère, les *Annales de médecine*, a eu l'idée de consacrer un de ses numéros aux maladies du système nerveux. Nous lisons avec plaisir et profit, dans ce numéro spécial, un article du professeur Marinesco intitulé *Nouvelles contributions à l'étude de l'histologie, de la physiologie pathologique et de la pathogénie de la myasthénie; rôle du système végétatif dans cette maladie*. M. A. Souques étudie la *sclérose latérale amyotrophique à très longue durée*; M. Sicard envisage l'*incontinence d'urines comme syndrome d'hypervagotonie pelvienne*; MM. Barré et Morin rapportent un *cas de sclérose latérale amyotrophique unilatérale, expression initiale d'une tumeur rolandique*; M. O. Crouzon s'attache aux *rapports de la paralysie générale et du traumatisme*; M. J. Lhermitte s'occupe des *syndromes thalamiques dissociés, analgique et hémi-algique*; M. Ch. Foix et Valière-Vialeix publient un mémoire intitulé : *Sur une variété d'ataxie avec thermoanesthésie. Phénomènes pyramidaux et dysarthrie*. De MM. Guillain, Alajouanine et Girot une intéressante *Contribution à l'étude des symptômes radiologiques des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux*. Un travail de M. G. Roussy et de Mlle G. Lévy, sur *Le Diabète insipide d'origine traumatique*, termine ce numéro qui sera lu avec intérêt, non seulement par les spécialistes, mais encore par tous les médecins désireux de s'instruire et de se tenir au courant des progrès de la neurologie.

L. BABONNEIX.

(1) Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pourquoi Ambroise Paré a écrit. Etude critique, par Fr. GUERMONPREZ, professeur à la Faculté catholique de médecine de Lille. Une brochure. — Paris, A. Legrand.

Technic of Local Anesthesia, par HERTZLER. — St-Louis, U. S. A., 508, North Grand Boulevard.

Granulomatose maligna de Sternberg. (Doença de Hodgkin), par Antonio GONÇALVES DE AZEVEDO (de Porto). Une brochure. — « Enciclopedia Portuguesa », Porto 1925.

N° 68. — MARDI 25 & JEUDI 27 AOUT 1925. 98e ANNÉE. MARDI 25 & JEUDI 27 AOUT 1925. — N° 68.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — Un concours pour la nomination à quatre places d'interne titulaire et quatre places d'interne provisoire en médecine dans les hôpitaux de Rouen aura lieu le jeudi 19 novembre 1925. Les épreuves commenceront à 16 h. 30, à l'hospice général, salle des séances.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Un arrêté du ministre de l'Instruction publique, en date du 3 août 1925, porte que les articles 4, 13 et 15 de l'arrêté du 14 mars 1924 sont modifiés et complétés ainsi qu'il suit :

Art. 4. — Les candidats sont répartis entre les divisions et sections suivantes :

PREMIÈRE DIVISION. — MORPHOLOGIE.

Section A. — Anatomie : une composition sur une question d'anatomie macroscopique et une composition sur une question d'anatomie microscopique et d'organogénèse.

. . . .

Section C bis. — Bactériologie : une composition sur une question de pathologie infectieuse ou épidémiologie et une composition sur une question de microbiologie.

DEUXIÈME DIVISION. — MORPHOLOGIE.

. . . .

Art. 12. — Les catégories de la la deuxième épreuve sont au nombre de vingt-deux, savoir :

. . . .

3° Bactériologie : première division (section C, section C *bis*). — Troisième division.

11° Anatomie pathologique : première division (section A). — Troisième division.

12° Hygiène : première division (section C, section C *bis*). — Troisième division.

Art. 13. — La deuxième épreuve comprend :

A. — La remise d'un travail, etc. (sans changement).

B. — Une leçon de trois quarts d'heure, etc. (sans changement).

C. — Dans les catégories suivantes, une épreuve pratique déterminée par le jury : 1° Anatomie ; 2° Histologie; 3° Bactériologie; 4° Histoire naturelle médicale et parasitologie ; 5° Physiologie; 6° Chimie médicale ; 7° Physique médicale ; 8° Pharmacologie et matière médicale; 9° Pathologie expérimentale ; 11° Anatomie pathologique; 12° Hygiène ; 13° Médecine légale; 21° Histoire naturelle pharmaceutique; 22° Pharmacie.

Dans les catégories ci-après, une épreuve clinique déterminée par le jury : 10° Médecine ; 14° Neurologie et psychiatrie ; 15° Dermatologie et syphiligraphie ; 16° Chirurgie générale ; 17° Ophtalmologie; 18° Oto-rhino-laryngologie; 19° Urologie; 20° Obstétrique.

Les médecins, médecins accoucheurs ou chirurgiens des hôpitaux des villes sièges d'une faculté de médecine ou d'une faculté mixte de médecine et de pharmacie, seront dispensés de l'épreuve clinique dans les catégorie suivantes : 10° Médecine; 16° Chirurgie générale; 19° Urologie; 20° Obstétrique.

Seront dispensés de l'épreuve clinique dans les catégories 17° ophtalmologie et 18° oto-rhino-laryngologie, les médecins des hôpitaux des villes sièges de facultés qui, pour être nommés à ces emplois, auront subi un concours spécial d'ophtalmologie ou d'oto-rhino-laryngologie.

Art. 15. — Chacune des parties de la deuxième épreuve est notée de 0 à 20.

Pour être déclarés admis, les candidats qui auront subi l'épreuve clinique ou pratique doivent avoir obtenu un total de points au moins égal à 45; les candidats qui sont dispensés de cette épreuve un total au moins égal à 30.

L'épreuve clinique ou pratique est subie la première. Il faut avoir obtenu à cette épreuve, la note 15 pour être admis à subir les deux autres parties de la deuxième épreuve.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. le docteur Leroux, préparateur, est chargé, à dater du 1er mai 1925 et jusqu'à la fin de l'année scolaire 1924-1925, des fonctions de chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique (emploi de M. Roussy, appelé à d'autres fonctions).

M. le docteur Grandclaude est délégué, à partir du 1er mai 1925, dans les fonctions de préparateur, en remplacement de M. Leroux, appelé à d'autres fonctions.

M. Zimmern, agrégé libre, est chargé, pendant le second semestre de l'année scolaire 1924-1925, d'un cours de physique, en remplacement de M. Broca, décédé.

— MONTPELLIER. — M. Riche, agrégé, est nommé, à compter du 1er juin 1925, professeur sans chaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — M. Fournier, ancien professeur, est nommé professeur honoraire.

M. Bouchez, professeur suppléant, est nommé professeur de pharmacie et matière médicale, en remplacement de M. Debionne, mis à la retraite.

— BESANÇON. — M. Heitz, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er août 1925.

— LIMOGES. — M. Raymondaud, professeur à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er août 1925.

— NANTES. — M. Aubry, chef des travaux d'anatomie pathologique à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, à compter du 1er août 1925.

— TOURS. — M. Etienne, pharmacien de 1re classe, est institué pour neuf ans suppléant de la chaire d'histoire naturelle, en remplacement de M. Ruthon.

M. le docteur Dubreuil-Chambardel, chef de travaux d'anatomie et d'histologie, est institué pour neuf ans, à dater du 1er juin 1925, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Guillaume.

M. Letellier, professeur agrégé de physique et de chimie au lycée de Tours, est institué, pour une durée de neuf ans, professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours.

M. le docteur Denoyelle est institué pour neuf ans, à dater du 1er juin 1925, professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, en remplacement de M. Gaudeau, appelé à d'autres fonctions.

FACULTÉS DE PHARMACIE. — MONTPELLIER. — M. Massol, professeur, est nommé doyen pour trois ans.

— NANCY. — M. Bruntz, professeur de matière médicale, est nommé doyen pour trois ans.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade de commandeur.* — M. Bezançon, professeur à la Faculté de médecine de Paris.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Aubiban (de Bordères-Louron), Mailhetard (de Tonnay), de Rocca Serra (de Porto-Vecchio), Michaux (d'Aubervilliers).

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. le médecin en chef de 2e classe Liffran.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le médecin principal Bellot.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de 1re classe Veillet et Yver.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe Noirit et Gaïc.

— M. le médecin en chef de 2e classe Barthe, du port de Toulon, actuellement médecin chef de l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah, est désigné pour remplir les fonctions de médecin de l'escadre de la Méditerranée. (*J. O.*, 20 août 1925.)

COMITÉ CONSULTATIF DU LOGEMENT. — Parmi les membres de ce Comité on remarque M. le sénateur Strauss, membre de l'Académie de médecine, président; MM. le professeur Sartory, les docteurs Devraigne, Labrousse et Demonchy.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Hôpital Broca. Service de M. le professeur J.-L. Faure.) — *Gynécologie.* — *Cours de vacances.* — MM. les docteurs Douay, chef des travaux gynécologiques; Louis Michon, chef de clinique; Maxime Leroy, chef de clinique adjoint, feront un cours de perfectionnement à la clinique gynécologique (hôpital Broca), du lundi 21 septembre au samedi 3 octobre 1925.

Le cours, complet en douze leçons, aura un caractère essentiellement pratique.

Les leçons auront lieu chaque après-midi, de 17 à 19 heures.

Les élèves seront exercés individuellement à l'examen gynécologique des malades.

Une démonstration cinématographique aura lieu le samedi 3 octobre, à 18 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

Un certificat d'assiduité sera délivré à la fin du cours.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants titulaires de seize inscriptions, sur la présentation de la quittance du versement.

Les bulletins de versement seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— LABORATOIRE DES TRAVAUX PRATIQUES DE PHARMACOLOGIE ET MATIÈRE MÉDICALE. (Professeur : M. A. Richaud; chef des travaux : M. M. Tiffeneau, agrégé.) — *Conférences pratiques et étude du droguier*, par M. le docteur Fernand Mercier, préparateur.

Ces conférences auront lieu tous les jours, à la salle des travaux pratiques de pharmacologie, de 13 h. 30 à 15 heures. Cette série de conférences commencera le mardi 6 octobre 1925.

Pour être mis en série MM. les étudiants devront se faire inscrire au secrétariat (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

A ces travaux pratiques seront admis : 1° les étudiants préparant le 4e examen de doctorat (ancien régime); 2° les étudiants de 4e année (nouveau régime) ajournés ou absents à la session de juin 1925.

Droit d'inscription : 100 francs.

EXAMEN D'ÉTAT DES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES. — Un arrêté en date du 14 août 1925 prescrit que l'examen d'Etat d'infirmiers, d'infirmières hospitalières, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de la tuberculose, d'infirmières visiteuses d'hygiène sociale de l'enfance, ou de masseurs, ne sera accessible qu'aux candidats et candidates âgés au minimum de vingt et un ans. (*J. O.*, 20 août 1925.)

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. G. Mesureur, ancien ministre, ancien directeur de l'administration générale de l'Assistance publique, membre de l'Académie de médecine.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR L'ŒDÈME

Par H. ISCOVESCO,

Maître de conférences à l'École des hautes études.

On définit l'œdème en disant que c'est un gonflement des tissus dû à une accumulation de liquide séreux.

L'œdème résulte d'une déviation pathologique de la répartition de l'eau dans l'organisme.

On expliquait les œdèmes depuis Bright, très simplement, et quelle qu'en fut l'origine, par un appauvrissement du sang en substances albuminoïdes et par le passage consécutif plus facile de l'eau dans les tissus.

Plus tard, à la suite des travaux de de Vries, de Pfeffer etc., sur le rôle de la pression osmotique en physiologie végétale, Hamburger, Hedin et un grand nombre de physiologistes à leur suite, firent jouer à la pression osmotique un rôle important dans les échanges, chez les animaux.

C'est en étudiant l'hémolyse et les modifications des globules rouges suivant qu'ils étaient plongés dans des milieux hypo, iso ou hypertoniques que Hamburger appliqua les notions nouvelles de la théorie osmotique à la physiologie animale. Le succès de cette théorie fut considérable. La pression osmotique due aux sels devait expliquer tous les échanges dans l'organisme animal, qu'on dotait de véritables mécanismes osmorégulateurs, dans lesquels les sels et surtout le chlorure de sodium jouaient un rôle capital et exclusif.

Plus tard, les beaux travaux de Widal et de ses élèves montrèrent que le chlorure de sodium jouait un rôle considérable dans la pathogénie des œdèmes brightiques et qu'il s'agissait là d'une sorte d'action spécifique et qualitative. C'est Widal et ses élèves qui furent les premiers à montrer, par des observations cliniques tellement rigoureuses qu'elles valaient une expérience de laboratoire, qu'à la notion purement quantitative des physico-chimistes, il fallait ajouter la notion qualitative; que les échanges dans l'organisme ne dépendaient pas seulement des quantités de sels, mais encore de l'espèce de sels et que les phénomènes d'échanges sont plus compliqués que dans une cellule de de Vries ou de Pfeffer.

Je ne saurais répéter ici les données précises que nous possédons à l'heure actuelle sur la répartition de l'eau dans l'organisme. J'ai exposé ces données dans un travail antérieur (1). Je tiens seulement à rappeler ici que lorsqu'on injecte à un chien des quantités importantes d'eau dans le torrent circulatoire et qu'on dose aussitôt après avoir sacrifié l'animal, comme le fit Engel, l'augmentation de la teneur d'eau dans les différents organes et tissus, on constate que plus de la moitié de l'eau (67 p. 100) infusée a été fixée par les muscles, 17 p. 100 par la peau et 14 p. 100 seulement par l'ensemble du reste de l'organisme.

On a constaté aussi ce fait que dans ces surcharges aqueuses, les muscles gardaient intactes leurs propriétés physiologiques.

Au point de vue anatomo-pathologique et en particulier en ce qui regarde le tissu cellulaire sous-cutané la surcharge aqueuse d'un tissu se présente sous deux formes :

1° Le tissu est surchargé de sérosité par imbibition.

Il s'agit d'un acte physique.

Il y a infiltration de sérosité dans les espaces et les interstices du tissu conjonctif, absolument semblable à ce qui se passe quand on plonge du papier filtre, une éponge ou une pierre poreuse dans de l'eau. Dans cette variété d'œdème, il suffit de couper le tissu ou de piquer avec une épingle pour voir immédiatement sourdre du liquide; tel est le cas des œdèmes pulmonaires, des œdèmes brightiques et des cardiaques.

On doit donc désigner cette variété sous le nom d'œdèmes par imbibition.

2° Une deuxième catégorie est constituée par l'épaississement des fibres conjonctives et des tissus eux-mêmes sans aucune distension des espaces. L'eau est fixée par le tissu absolument comme elle est fixée dans une gelée de gélatine, de colle ou d'agar. C'est Achard qui le premier a montré qu'il existait en dehors des œdèmes classiques une surcharge d'eau par fixation de liquide dans la substance constitutive même du tissu. Mais Achard a eu tort d'appliquer à cette variété le nom d'œdème par imbibition alors que justement ce n'en était pas, puisqu'il avait constaté lui-même qu'il ne s'agissait pas de l'acte physique de l'imbibition mais d'un acte physico-chimique.

Je ne me suis pas rendu compte, avec beaucoup d'autres d'ailleurs, de l'importance de ces travaux d'Achard, à cause de ce malheureux mot d'imbibition, et je m'excuse de ne pas en avoir tenu compte dans mon travail précédemment cité sur l'*Hydrosynthasie*, nom que j'ai proposé pour désigner cette variété d'œdème, dû à la fixation colloïdale du liquide par les éléments constitutifs des tissus.

Martin Fisher est revenu plus tard sur cette question et ne connaissant pas les travaux d'Achard a pensé être le premier à distinguer les œdèmes par fixation colloïdale de l'eau.

Il ne faut pas cependant croire qu'à ces deux espèces anatomo-pathologiques d'œdèmes correspondent aussi deux classes entièrement distinctes au point de vue pathogénique et clinique.

Tout ce qu'on peut dire c'est que certains œdèmes, ceux dits par stase, sont des œdèmes par imbibition tandis que l'œdème inflammatoire est un œdème hydrosyntasique. Le plus souvent, ce sont les deux espèces réunies que l'on rencontre.

Tel est le cas dans le mal de Bright. Dans un furoncle l'œdème central est hydrosynthasique tandis que tout l'œdème périphérique est de l'œdème par imbibition. Pour les parenchymes encapsulés comme le foie, la rate, les reins, c'est l'œdème hydrosynthasique que l'on trouve presque toujours. Il en est de même pour les œdèmes qui suivent les piqûres de certains insectes, l'œdème angioneurotique, les trophœdèmes, etc.

Martin Fischer a soutenu que tout œdème était nécessairement et uniquement un phénomène colloïdal, qu'il n'y avait en somme que des œdèmes hydrosynthasiques. Cette théorie ne saurait être soutenue devant ce fait que dans la plupart des œdèmes qu'on observe, l'eau s'échappe dès qu'on pique ou coupe le tissu œdématié. Le caractère de l'eau liée colloïdalement consistant justement à être fixée d'une façon beaucoup plus intime. Ainsi qu'on prenne une galette constituée par une solution solidifiée de gélatine à 5 ou 10 p. 100 et qu'on la coupe, malgré la

---

(1) H. Iscovesco. Hydrosynthasie et hydrophilie. *Semaine méd.*, 1912, 19 juin.

proportion d'eau énorme qu'elle contient on ne verra pas de liquide s'échapper.

Le sang contient des quantités considérables d'eau, environ 900 centimètres cubes par litre et on a le droit de se demander comment il se fait qu'il puisse retenir cette quantité et l'empêche de passer dans les tissus beaucoup moins hydratés que lui.

La pression osmotique due aux sels ne saurait expliquer ce fait, parce qu'il n'y a pression osmotique que lorsqu'une membrane est semi-perméable. Or les capillaires sont parfaitement perméables aux sels et à un assez grand nombre de cristalloïdes.

Mais si les capillaires sont perméables aux sels, ils ne le sont pas aux colloïdes du sang ou tout au moins à la plupart de ces colloïdes.

Il en résulte qu'il existe une pression osmotique du sang due uniquement aux colloïdes. Cette pression a été mesurée et évaluée par Starling à environ 30 à 40 millimètres de mercure.

Govaerts (1) attribue à la diminution de la pression osmotique du sang un rôle très important dans la pathogénie des œdèmes et ses mesures lui ont permis de constater un certain parallélisme entre cette diminution et la présence d'œdèmes.

Mais les tissus périvasculaires eux-mêmes sont riches en protéines.

Il existe donc de ce fait une pression osmotique extravasculaire faisant équilibre à l'intravasculaire. Par conséquent il ne suffit pas que la pression osmotique protéinique intravasculaire soit diminuée pour qu'il y ait œdème, il faut encore que la pression osmotique périvasculaire devienne proportionnellement plus élevée.

D'autre part, diminution de la pression osmotique protéinique signifie, en langue vulgaire, appauvrissement du sang en substances albuminoïdes et nous revenons ainsi après un long détour à l'ancienne conception de l'hydrémie, cause initiale des œdèmes.

Il faut sans doute tenir compte de cette force osmotique protéinique mais avec des restrictions. Elle ne saurait être invoquée que dans certaines conditions et comme un facteur parmi d'autres.

Tous les colloïdes et en particulier les colloïdes stables ont une grande affinité pour l'eau, absolument comparable à celle que présentent certains cristalloïdes comme les acides sulfurique, phosphorique et d'autres, ainsi que certains alcalins forts comme la potasse, la soude et un grand nombre de sels déliquescents : chlorure de calcium etc., etc.

Les colloïdes eux aussi et en particulier les protéines sont hydrophyles.

La fixation de l'eau dans ce cas est le phénomène physico-chimique, dont nous avons parlé plus haut : l'hydrosynthasie.

Les quantités d'eau qui peuvent être retenues varient suivant le colloïde considéré. Ainsi le sérum sanguin attire l'eau beaucoup plus énergiquement que l'albumine d'œuf et au contraire beaucoup moins que la gomme. Il suffit d'une solution de gomme à 2 1/2 p. 100 pour équilibrer le pouvoir hydrophyle du sérum qui contient 7 à 8 p. 100 de protéines. Ces mesures d'hydrophylies comparées sont très faciles à faire.

Il suffit en effet de plonger un sac de collodion rempli de sérum dans un vase contenant une solution de gomme ou de tel colloïde dont on désire connaître l'hydrophilie relative et on mesure à la fin de l'expérience la quantité de sérum qui se trouve dans le sac. J'ai pu constater ainsi que le jaune d'œuf attire l'eau beaucoup moins que l'albumine, malgré sa richesse en cholestérine. La richesse en cholestérine d'un colloïde ne semble donc pas jouer de rôle dans la fixation de l'eau. Le Calvé (1) dans son beau travail d'ensemble sur l'œdème, fait remarquer que dans les affections qui s'accompagnent d'hypercholestérinémie, le sang devrait retenir l'eau avec beaucoup plus d'énergie qu'à l'état normal. Il devrait donc y avoir appauvrissement en eau des tissus, ce qui n'est pas le cas.

On doit aussi rappeler à ce propos les expériences de Roger et Garnier (2) qui ont constaté à la suite d'injections de colloïdes dans le sang, une hydrémie intense accompagnée d'hypertension.

L'hydrophilie du sérum et la pression osmotique protéinique ne suffisent pas non plus pour expliquer tous les cas d'œdèmes.

La pression osmotique des protéines est en effet contrebalancée par la pression hydrostatique régnant dans les capillaires. Celle-ci chez l'homme pour les capillaires sous-unguéaux, est en moyenne de 35 millimètres de mercure et souvent, dans certains territoires, supérieure à ce chiffre. Il y a balancement entre ces deux forces et suivant que l'équilibre sera rompu dans un sens ou dans l'autre, on aura des courants de liquide allant vers le sang ou au contraire vers les tissus. La pression hydrostatique étant augmentée dans toutes les affections provoquant une gêne de la circulation veineuse, si toutes les autres conditions ne varient pas, il y aura tendance à l'accumulation de liquide dans les tissus.

Martin Fischer refuse à la stase tout rôle dans la pathogénie des œdèmes. Il se base sur l'expérience suivante :

On applique une ligature très serrée au niveau du genou d'un des membres postérieurs d'une grenouille, de manière à supprimer complètement la circulation. On plonge ensuite l'animal dans une cuve contenant assez d'eau, pour que les deux membres plongent complètement. Au bout de vingt-quatre heures, le membre ligaturé est œdématié et l'œdème croît encore pendant deux ou trois jours. Le membre ligaturé finit par peser deux fois plus que l'autre.

Cette expérience n'est pas probante, car si on tue l'animal avant la fin de l'expérience on constate que le membre non ligaturé gonfle de suite et devient égal à l'autre. Cette expérience montre simplement, ce qui était facile à prévoir, qu'un membre de grenouille dont on a supprimé complètement la circulation, se comporte malgré les apparences (absence de gangrène immédiate) comme un membre mort et que dans ces conditions la peau qui est difficilement perméable de l'extérieur vers l'intérieur, perd cette faculté sélective.

Ajoutons que les expériences de Ludwig et de Tomsa montrent d'une façon incontestable le rôle de la stase et en particulier de la gène de la circulation veineuse dans la pathogénie de l'œdème. Celles de Cohnheim sont encore plus démonstratives à cet égard.

Après tous les facteurs d'œdème que nous venons

(1) GOVAERTS. Du rôle de la pression osmotique des protéines du sang dans la pathogénie des œdèmes. *Presse méd.*, 1924, n° 96, p. 950.

(1) LE CALVÉ. L'*Œdème*, Masson 1925.
(2) ROGER et GARNIER. *Arch. de méd.*, 1913, p. 275.

d'énumérer, il y a lieu d'étudier maintenant un des plus importants : la perméabilité des capillaires.

En effet les modifications de la pression osmotique protéinique, celles de l'hydrophilie du sang et des tissus, celles de la pression hydrostatique, sont le plus souvent précédés et quelquefois seulement suivies de troubles de la perméabilité des capillaires.

Le sang se débarrasse des produits excrémentiels et de l'eau en excès de deux façons :

1° Par les reins et les différents émonctoires (peau, intestin, bile, salive, lait etc.).

2° D'une façon médiate, en les déposant provisoirement dans les tissus.

Quand il y a disproportion entre le travail dont le rein est capable et la quantité de substances à éliminer, les tissus de l'organisme serviront de réservoir d'attente.

Le tissu cellulaire de l'organisme constitue en effet pour l'appareil excréteur rénal, un véritable régulateur. Il remplit ici le rôle que l'élasticité de la paroi vasculaire remplit pour le maintien d'une pression artérielle constante, qui ne pourrait exister si les parois vasculaires étaient rigides.

Les belles expériences d'Achard et de Loeper ainsi que celles d'Achard et Gaillard parlent tout à fait en faveur de cette conception.

Les liquides d'œdème ainsi que les sérosités hydropiques non inflammatoires sont pauvres en protéines (3 à 5 p. 1 000) et d'une richesse variable en sels ; ainsi le chlorure de sodium varie de 7 à 15 grammes par litre.

Mais dès que l'épanchement est inflammatoire, la quantité de protéines augmente dans des proportions considérables. On arrive très vite à des chiffres de 40, 50 p. 1 000 et même au delà. On trouve donc, dans le passage de sérosité des capillaires vers les tissus, des faits rappelant jusqu'à un certain point la perméabilité rénale ; passage facile des cristalloïdes, passage difficile des colloïdes (protéines ou autres) et dès qu'il y a altération inflammatoire, passage abondant d'albumine.

Il semble donc que le capillaire du tissu interstitiel, conjontif, présente comme le capillaire rénal une perméabilité sélective et variable suivant les conditions. De plus cette perméabilité est d'une extrême sensibilité pour toute cause pertubatrice.

Rappelons qu'en ce qui concerne le rein, Hamburger et Brinkmann ont constaté que lorsqu'on injecte une solution de Ringer contenant du glucose à travers un rein de grenouille, le sucre traverse parfaitement le rein. Mais cela tient à ce que la liqueur de Ringer n'est certainement pas physiologique et la preuve en est qu'il suffit d'avoir dans le liquide de perfusion, des concentrations convenables en ions calcium, hydrogène et en bicarbonate de soude pour que le sucre ne passe plus. En injectant à travers un rein de grenouille une solution contenent 0,5 pour 100 de NaCl, 0,01 pour 100 KCl, 0,285 pour 100 de $NaHCO^2$, 0,015 $CaCl^2$ et 0,07 pour 100 de glucose, il ne passe plus du tout de glucose dans l'urine, à condition naturellement que sa concentration ne soit pas supérieure à la concentration normale dans le sang. Ces expériences ont été confirmées par Bahlmann, Bromser et Hahn et enfin A. Clark. Le glomérule a donc la propriété de retenir le glucose quand le liquide qui le traverse a une composition bien déterminée. L'ion calcium a, à ce point de vue, une importance toute particulière et sa concentration doit correspondre à celle qui est donnée par la formule de Rona et Takahaski : $Ca = \frac{H}{HCO^3}$. Ce qui agit en ce cas n'est pas la quantité totale de calcium dans le sang, mais la proportion des ions calcium libres. Ces propriétés n'appartiennent pas uniquement aux capillaires du rein. Ainsi si on injecte dans les membres postérieurs de la grenouille un mélange de 0,6 NaCl, 0,006 p. 100 de $CaCl^2H^2O$ on provoque de l'œdème. Mais il suffira de porter à 0,007 p. 100 la proportion du chlorure de calcium pour que l'œdème n'apparaisse plus.

Citons encore comme exemple le fait suivant : dès que le sang se charge en acide carbonique, la paroi capillaire devient bien plus perméable pour l'eau et les chlorures et de ce fait il y a passage d'eau dans le tissu. Il a été démontré de plus que chaque fois que le passage d'eau vers les tissus est rapide et intense, il y a augmentation de pression dans le tissu interstitiel, compression des capillaires lymphatiques et diminution ou suspension de l'écoulement de la lymphe. Ces faits sont faciles à observer si on lie les plexus veineux du testicule.

On voit donc que les capillaires des tissus présentent en ce qui concerne leur perméabilité de grandes analogies avec les glomérules du rein. Il n'y a aucune raison en effet pour qu'un capillaire ou une artériole rénale ait des propriétés physiologiques fondamentales radicalement différente de celles des autres capillaires. Tel territoire artériel, celui du glomérule par exemple, peut par des dispositions anatomiques particulières, réaliser une pression sanguine supérieure à celle qui existe dans les capillaires et de ce fait favoriser le passage de l'eau, mais pour le reste il n'a et ne saurait avoir aucune propriété fondamentale différente de celles des artérioles ou capillaires du reste de l'organisme. Pour les capillaires des tissus comme pour ceux du rein, il suffira de changements pondéraux insignifiants dans la constitution du milieux intérieur ou du milieu périvasculaire pour que la perméabilité du capillaire soit complètement modifiée.

Faut-il enfin ajouter que le système nerveux peut aussi dans une mesure plus ou moins grande influencer cette perméabilité.

On peut dire d'une façon générale que l'anatomie pathologique qui a régné en maîtresse absolue et a rendu, il est vrai, à la médecine des services inappréciables, nous a d'un autre côté fait complètement perdre de vue le rôle immense des troubles fonctionnels qui presque toujours constituent les débuts de toutes les maladies et qui à leur suite et après un temps assez prolongé aboutissent aux gros troubles accompagnés des lésions anatomiques que nous retrouvons à l'autopsie. Rétention azotée ou chlorurée, albuminurie, élimination anormale par les urines de certaines substances, œdèmes, ne prouvent nullement l'existence d'une lésion du rein et peuvent être la conséquence de variations souvent insignifiantes du milieu interne. En somme l'étude de la physiologie pathologique, qui pendant fort longtemps, a cédé le pas à l'anatomie pathologique doit reprendre tous ses droits et marcher de pair avec cette dernière. Ce qui est vrai pour le rein, l'est pour presque tous les autres organes et ce sont les progrès de la chimie physique biologique et de la physiologie cellulaire qui lui est intimement liée que nous permettront de comprendre beaucoup de faits pathologiques dont nous chercherions vainement le secret à l'autopsie.

Nous avons vu dans le cours de cet article que :

1° La pression osmotique des sels et cristalloïdes n'explique que très partiellement le mécanisme de la répartition de l'eau dans l'organisme.

2° Il existe une pression osmotique des colloïdes constitutifs des milieux organiques, très variable suivant la réaction chimique de ces milieux qui balance la pression osmotique protéinique du sang et détermine la direction des échanges.

3° Que la pression osmotique colloïdale des tissus périvasculaires est aussi balancée par la pression hydrostatique existant dans les capillaires et suivant qu'il y aura excès de l'une sur l'autre, l'eau ira du sang vers les tissus ou vice versa.

4° L'hydrophylie du sérum et celle des tissus peuvent varier suivant les moindres modifications chimiques et constituent aussi un déterminant de la direction des échanges d'eau.

5° La perméabilité des capillaires de l'organisme est d'une sensibilité extrême aux moindres modifications chimiques du milieu intérieur ou périvasculaire et conditionne les échanges.

6° Il existe deux variétés d'œdèmes : les œdèmes par imbibition ou infiltration et les œdèmes par hydrosynthasie.

7° La stase constitue une cause adjuvante pour les œdèmes.

8° L'œdème hydrosynthasique peut être dû à une modification chimique locale : piqûre d'insecte, etc.

L'œdème par infiltration est toujours la manifestation des troubles fonctionnels de l'ensemble de l'organisme et ses localisations du début tiennent simplement à des causes locales prédisposantes (pesanteur, stase veineuse etc).

TRAITEMENT DU CANCER DU COL UTÉRIN

Par R. DE BUTLER D'ORMOND,
Chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

Dans toute opération sérieuse, le chirurgien doit, avant de poser l'indication opératoire, établir une différence entre les sujets tarés et les sujets à vitalité se rapprochant plus ou moins de la normale.

Par sujets tarés, nous entendons les obèses, les malades porteurs d'un myocarde affaibli, atteints d'azotémie, de glycosurie, d'emphysème, etc...

Le cancer du corps utérin opérable, se traitera toujours par la chirurgie; si la patiente est tarée, elle subira l'hystérectomie vaginale; si elle est d'aspect quasi normal, elle subira l'hystérectomie abdominale. Le pronostic immédiat est bon. La récidive est exceptionnelle.

Le traitement du cancer du col utérin varie avec chaque malade. Il ne faut pas qu'un médecin ou une malade dise : « je désire le radium..., je préfère les rayons X..., je suis partisan de l'intervention... » Radium, rayons X, chirurgie, ont tous trois leurs indications et très souvent, il faut les associer.

Supposons quelques cas individuels (1).

Premier cas. — Femme à vitalité quasi normale, cancer du col au début; traitement : hystérectomie abdominale. Pas de radium ni de rayons X.

Deuxième cas. — Mêmes conditions que précédemment, mais sujet taré (obésité, emphysème, myocardite, etc...); hystérectomie vaginale.

Troisième cas. — Cancer du col infecté ou bourgeonnant : application de radium pour stériliser le col, le désinfecter, l'aseptiser, la scléroser. La curiethérapie pré-opératoire prévient l'infection et les greffes néoplasiques au cours de l'intervention. Cinq semaines plus tard, hystérectomie abdominale ou vaginale, suivant que le sujet est taré ou non.

Quatrième cas. — Cancer du col à la limite de l'opérabilité, cancer bourgeonnant, infecté, chez un sujet taré : curiethérapie simple d'abord, puis rayons X ensuite; ceux-ci agissent sur les lymphatiques. Les ganglions lymphatiques, toutefois, sont assez rarement infectés; dans 50 p. 100 des cas, chez les sujets opérés.

Cinquième cas. — Cas limites, comme le précédent, mais vagin étroit; pas de radium, pas de chirurgie; radiothérapie profonde exclusivement.

Sixième cas. — Cancer inopérable; paramètre envahi, perforation de la vessie, mauvais état général; ne rien faire; ne compromettre ni le radium, ni la chirurgie, ni les rayons X pour tenter une cure absolument impossible. Morphine; rien de plus.

(1) Voir les schémas parus dans la *Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. 6, par Victor PAUCHET, chez DOIN, édit. 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 12 JUIN 1925)

Troubles vagosympathiques après pylorectomie. — M. PRON rappelle la possibilité d'apparition de troubles vagosympathiques après section de filets du système nerveux gastrique. L'évolution d'un nouvel ulcère ne modifie en rien la portée de cette observation.

Un cas de fracture considérable du bassin. — M. ROEDERER. Fracture grave du bassin, double verticale antérieure avec luxation de la symphyse sacro-iliaque d'un côté et diastosie de la symphyse de l'autre. Grâce à la quadruple fracture du pubis, l'aile iliaque non retenue s'était luxée extrêmement haut. Un essai de réduction sous anesthésie a permis de descendre cette aile iliaque dans des conditions notables. Des cals s'établirent en pont entre les fragments demeurés fort disjoints. Mais le résultat physiologique est excellent après quatre mois.

Hémoptysies. — M. MELAMET.

De la phrénicectomie ou ventralisation du thorax en dehors du traitement de la tuberculose. Indications nouvelles. — Après avoir cité les cas de Chauffard, Maurer, Ritz et Hallée qui employèrent avec succès la ventralisation du thorax pour le traitement, soit de dilatation bronchique, soit de gangrène de la base du poumon, M. THÉVENARD rapporte un cas personnel où il y eut recours pour la cure d'une pleurésie purulente chronique de la base convertie en pyopneumothorax à la suite d'une poussée aiguë. M. Thévenard fait un parallèle entre la bénignité tant immédiate que d'avenir entre cette intervention et celles qui auraient pu lui donner le même résultat, thoracoplastie ou thoracectomie. La première maintient l'intégrité fonctionnelle de ce qui reste du poumon, elle ne comporte aucune gravité opératoire, elle n'est pas mutilante. La thoracoplastie, au contraire, peut influer sur la statique de la colonne dorsale et nécessiter un appareil de soutien; enfin, elle est immédiatement grave par le schock qu'elle détermine et présente toujours, quelles que soient les précautions prises, un sérieux risque d'infection de la plaie pariétale causée par la dissection du lambeau. M. Thévenard rapporte une nouvelle et ingénieuse application faite de la ventralisation du thorax par MM. Aubert et L. Artaud (de Marseille) à la cure radicale d'une très volumineuse éventration. C'est la première fois que cette intervention trouve une indication purement chirurgicale.

La malariathérapie dans la paralysie générale. — M. A. MARIE.

Deux cas de volumineux fibromes purs de l'ovaire. — M. PETIT DE LA VILLÉON.

Présentation d'un endo-dilatateur pneumatique contre les obstructions respiratoires supérieures. — M. Pierre ROBIN.

(SÉANCE DU 27 JUIN 1925)

Ulcère secondaire du duodénum. — M. PAUCHET présente une pièce opératoire d'ulcère du duodénum secondaire à une gastro-entérotomie.

Un cas d'asthme anaphylactique guéri par le régime et la désintoxication. — M. SÉDILLOT présente une malade de quarante-deux ans, migraineuse depuis l'âge de treize ans. A trente-huit ans, brusquement après l'absorption d'un comprimé d'aspirine, sa migraine disparaît et une formidable crise d'asthme éclate; depuis ce moment, elle est devenue une grande asthmatique. Elle vient d'être guérie par un régime de repos hépatique et un traitement de désintoxication.

Un cas de trophœdème chronique guéri par la diathermie. — MM. P. MEYER et J. PERNET rapportent l'observation d'une malade atteinte de trophœdème chronique du membre inférieur droit. Cette malade a été rapidement améliorée par les courants de diathermie.

Préparation des extraits opothérapiques. — M. F. REGNAULT insiste sur le fait que les extraits opothérapiques sont préparés de façons différentes suivant les spécialistes. Les uns « délipoïdent » leurs extraits; les autres n'y mettent que les lipoïdes. Les modes de préparation sont aussi différents. Enfin, il serait utile de connaître la date de préparation de l'extrait employé, l'activité de celui-ci s'atténuant d'après les physiologistes à mesure qu'il vieillit.

La dualité cérébrale et la différenciation sensitivo-affective des deux hémisphères cérébraux. — M. BÉRILLON fait remarquer que le contrôle mental, fonction par laquelle l'équilibre des centres nerveux se trouve réalisé et maintenu, est en rapport avec la symétrie statique et l'équivalence dynamique des hémisphères cérébraux. Les troubles de la sensibilité s'accompagnent de troubles de l'affectivité, variables selon le côté du corps atteint d'hémianesthésie : à l'hémianesthésie droite correspond une idée fixe d'ordre sexuel; l'hémianesthésie gauche entraîne l'apparition d'une idée fixe d'ordre intéressé. La guérison par l'action d'asthéssigènes et par la psychothérapie a pour conséquence la disparition de ces idées fixes et de ces tendances hyperinstinctives.

Abus de la chirurgie dans le traitement des fractures. — M. André TRÈVES insiste sur les dangers de ces interventions qui seraient plus rares si les chirurgiens étaient mieux outillés au point de vue orthopédique. Seuls, l'olécrâne et la rotule nécessitent toujours l'intervention. Celle-ci est encore fréquemment nécessaire dans les fractures intraarticulaire du genou. Même dans les fractures des deux os de l'avant-bras et sphéroïdes de jambe, la réduction est très réalisable sans la chirurgie. Chez l'enfant en particulier, il faut réduire et attendre. Le temps améliore toujours le résultat. On ne doit réduire une fracture que sous anesthésie, avec le contrôle de l'écran prolongé jusqu'à dessiccation de l'appareil. Ce fut le cas pour une fracture grave des deux os de l'avant-bras que l'auteur relate avec un résultat parfait.

Mme PÉRAIRE présente en son nom et au nom de M. Georges Benedite, conservateur du musée du Louvre, une série de photographies représentant tout un matériel chirurgical de l'époque romaine conservé dans ce Musée. Ces instruments, tels que bistouris, lancettes, ventouses, datent des premiers siècles avant l'ère chrétienne, à la fin de l'époque alexandrine. On peut aussi voir une trousse de l'époque Copte ayant appartenu certainement à un oculiste. La trousse, les lames et les manches de bistouris sont délicatement ornés de ciselures.

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 5 JUIN 1925)

Appendicite et grossesse tubaire. — M. LUTAUD a opéré une malade chez laquelle, le diagnostic d'appendicite ayant été porté, on trouva une grossesse tubaire gauche compliquée d'une torsion d'un kyste de l'ovaire à droite.

Méniscite chronique. Résection du ménisque. — M. PEUGNIEZ a vu la résection du ménisque suivie, comme c'est la règle, de la disparition de tous les symptômes et en particulier d'une douleur violente à la pression au niveau de l'interligne du genou, un peu en avant et au-dessus de la tête du péroné. Il s'agissait d'une lésion du ménisque externe, rouge, épaissi, ne tenant plus aux tibias que par ses deux extrémités fixées aux épines. Histologiquement, il y avait transformation partielle du tissu cartilagineux en tissu fibreux. Si ces constatations ne peuvent permettre d'appliquer aux lésions observées le nom de méniscite chronique, l'auteur pense qu'on ne peut les expliquer que par une poussée inflammatoire ancienne qui s'est résolue en la masse du tissu fibreux constaté. Il s'agit donc des séquelles d'une inflammation apaisée d'une méniscite ancienne.

Pyopneumothorax chronique à poussées aiguës de la base gauche traité et guéri par phrénicotomie. — M. THÉVENARD rapporte un beau cas de guérison d'une vieille pleurésie purulente chronique de la base ouverte dans les bronches. Il insiste sur la bénignité et la facilité de l'acte opératoire.

Volvulus de l'intestin grêle et mégarectum. Diagnostic du volvulus par le point sus-ombilical. — Dans cinq ou six cas de volvulus qui lui sont personnels, M. THÉVENARD a constaté le « point sus-ombilical ». Ce point correspond à peu près à l'origine de la mésentérique toujours intéressée par la torsion quand il s'agit de volvulus comprenant une anse d'étendue importante, à plus forte raison la totalité du grêle.

Cancer du rein. Néphrectomie par voie lombaire. — M. PASTEAU rapporte cette observation dont l'intérêt opératoire repose sur ce fait qu'il a été relativement facile de faire l'extirpation de la tumeur dans de très bonnes conditions sans recourir à une autre incision que l'incision oblique ordinaire. Le nettoyage complet de la région avec l'ablation des ganglions a pu être mené à bien et la réclinaison de la masse abdominale a été au moins aussi aisée qu'avec une incision transversale. Il ne faut donc pas être exclusif dans le choix du mode d'intervention.

Ostéosarcome de la cavité cotyloïde. — M. JUDET, à propos d'une observation très complète, montre combien la pathologie de la hanche est complexe et peut exposer à des erreurs.

Gastrectomie. — M. Victor PAUCHET présente un cas intéressant de gastrectomie, illustré par une série de dessins d'après nature. Le malade avait subi, pour un ulcère duodénal, la gastro-entérostomie, puis la gastro-duodénostomie; l'ulcère laissé en place n'avait pas été modifié et avait continué à saigner et à faire souffrir le malade. L'auteur a pratiqué la résection de l'estomac. Le sujet a fait une paratyphoïde avec rechute pendant sa convalescence. Cette complication ne troubla nullement les suites postopératoires. C'est par l'examen du sang que le diagnostic de paratyphoïde fut posé.

Cancer érosif de l'estomac. Gastrectomie. — M. V. PAUCHET présente une pièce de gastrectomie. L'examen externe de l'estomac atteint de cancer érosif simule l'ulcère simple avant l'ouverture de la cavité gastrique. Chaque fois que l'opérateur constate, après laparotomie, la présence d'un ulcère chronique, il doit pratiquer la gastrectomie : *a.* parce que c'est le seul procédé pratique pour guérir les ulcères; les autres procédés ne réussissent qu'exceptionnellement; *b.* parce que l'ablation des ulcères prévient la dégénérescence néoplasique. La gastrectomie, avec un peu d'entraînement, n'est pas plus grave que la gastro-entérostomie. Elle donne une guérison plus certaine; elle arrête sûrement les hémorragies et les douleurs, et surtout elle prévient la dégénérescence cancéreuse. Les ulcères duodénaux ne donnent jamais de cancer.

L'examen systématique des ulcus simples de l'estomac montre qu'il y en a un sur dix en voie de transformation néoplasique. La majorité des cancers d'estomac ont poussé sur des anciens ulcus.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1925)

Deux traumatismes de la hanche. — M. André TRÈVES.

Volvulus du grêle. Résection. Guérison. — M. G. LUQUET.

De la symphyse iléo-cæcale au cours de l'appendicite chronique. — M. Ch. BUIZARD rapporte un travail de M. Gresset basé sur l'observation suivante. Quinze jours après une petite crise douloureuse, un homme est opéré d'appendicectomie. Peu après, réapparition des douleurs qui deviennent de plus en plus fortes et continues. Constipation opiniâtre. Amaigrissement considérable. Examen radiographique : obstacle au niveau de l'angle iléo-cæcal. Le lendemain de l'examen, crise d'occlusion intestinale aiguë. Opération montrant une bride épaisse, unissant en canon de fusil la partie terminale de l'iléon et le cæcum et coudant l'iléon. Guérison. L'auteur souligne que, dans les cas étiquetés appendicite chronique, l'appendice n'est pas toujours en cause; qu'il faut penser aux colotyphlites; qu'il vaudrait souvent mieux parler de syndrome douloureux chronique de la fosse iliaque droite. Il étudie les lésions associées et importantes de ce syndrome : 1. épiploïte adhérente ou non aux organes voisins; 2° membranes péri-iléo-cæco-coliques (membrane de Jackson, bride de Lane, etc.); 3° mobilité anormale du cæcum et du côlon ascendant, avec ptose, atonie et dilatation. Ces lésions ont une origine congénitale ou une origine inflammatoire. L'infection atteignant des membranes congénitales qui ne causaient pas de troubles les rend pathologiques. La cause de toutes ces lésions est l'infection chronique de l'intestin (typhlite, colite) liée à la constipation et à la stase intestinale chronique, helminthiase fréquente. Colibacillose presque constante. Infection traversant les parois intestinales et propagation de voisinage par lymphangite sous-séreuse. Il ne faut pas se contenter d'enlever l'appendice. Il faut examiner la fin de l'iléon, cæcum et côlon ascendant et traiter les lésions associées (résection des adhérences, membranes et brides, péritonisation soignée). En cas de signes de subocclusion, faire la laparotomie médiane. En cas d'adhérences trop serrées, on peut être obligé de faire des anastomoses ou des résections intestinales (cæcum et côlon). Toujours traiter médicalement les lésions intestinales; l'helminthiase, la colibacillose; soigner la constipation et la stase; et souvent les lésions associées des glandes annexes (foie et pancréas).

Lithiase de la glande sous-maxillaire et du canal de Wharton. — M. DUFOURMENTEL, se basant sur un assez grand nombre de cas, dont plusieurs ont dû être traités chirurgicalement, insiste sur les points suivants : 1° On observe parfois une ulcération de la caroncule salivaire révélatrice de la lithiase ; 2° En dehors des accidents classiques, on observe de volumineux phlegmons périwhartoniens ou sous-maxillaires. Jamais l'évolution très grave de l'angine de Ludwig vraie n'a été observée par l'auteur; 3° Au point de vue de la conduite à tenir, il est important de ne pas faire communiquer les deux foyers cervical et intrabuccal.

Calcul volumineux du canal de Wharton. — M. le professeur IZQUIERDO (de Caracas). Calcul extrait il y a huit ans, chez un homme de trente ans, avocat depuis cette époque. Il n'y a pas eu de récidive.

Recherches sur l'oblitération des bouches de gastro-entéro-anastomose. — MM. A. MOUCHET, AKIF CHAKIR et ZIA (de Constantinople). Quand la bouche de gastro-entéro-anastomose s'oblitère, il faut songer à la possibilité d'une extension de la maladie ayant nécessité la gastro-entérostomie, ou à l'éventualité d'une oblitération cicatricielle indépendante de l'affection gastrique initiale. Mais on ne saurait invoquer une cause purement mécanique tenant au rétablissement du transit normal gastro-duodénal, pour expliquer l'oblitération de la bouche gastro-intestinale. De leurs recherches, les auteurs concluent que la perméabilité plus ou moins conservée du canal pylorique est sans influence sur le calibre de la voie gastro-intestinale chirurgicalement établie. Il est donc inutile de pratiquer la fermeture du pylore pour éviter l'oblitération de la bouche anastomotique, comme l'ont recommandé certains chirurgiens.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 22 JUIN 1925)

Bec de lièvre et division palatine. — M. VEAU montre la fréquence relative des différentes formes de bec de lièvre et les obstacles que l'on rencontre dans la correction de cette malformation. Il s'attache en particulier à établir les imperfections que le chirurgien peut corriger dans le bec de lièvre et celles contre lesquelles il est impuissant.

Troubles trophiques pilaires, dentaires, nugéaux, d'origine endocrino-sympathique. — M. ROUSSEAU-DECELLE montre à l'aide d'observations cliniques le lien qui existe entre les troubles endocrino-sympathiques et les troubles observés au niveau des phanères : dents, poils, ongles. Il attire l'attention sur ce fait que les caries dentaires multiples semblent coïncider avec l'hyperfonctionnement du corps thyroïde.

Note sur une modification de la composition des véhicules anesthésiques. — M. DUCHANGE.

Note sur la valeur anesthésique locale du sulfate de magnésium. — M. DUCHANGE.

Bactériothérapie en odonto-stomatologie. Résumé de nos investigations et expériences cliniques. — MM. LANDETE et MAYORAL (de Madrid) s'attachent à démontrer que si les vaccins ont en général peu d'action sur la pyorrhée alvéolo-dentaire, ils peuvent être utilisées avec fruit dans les infections banales de la bouche.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 12 JUIN 1925)

Résultats de la polyurie acide chez les hépatiques. — MM. CRISTOL et BONNET. Les auteurs utilisant leur méthode de l'ingestion acide montrent que certains hépatiques non acidosiques se comportent comme des sujets normaux, tandis que d'autres avec lésions rénales avancées font une acidose mixte se traduisant par un trouble de la fonction ammonio productrice du rein et par une imperméabilité rénale aux ions acides. Enfin d'autres font une acidose fruste qui ne se manifeste que par un trouble de la fonction ammonio-productrice.

Coxalgie au début. Luxation Pathologique de la hanche malade survenant comme complication d'une rougeole intercurrente. — MM. MASSABUAU, GUIBAL et BRÉMOND. Les auteurs discutent les points intéressants qui ont rendu ce diagnostic délicat. La coxalgie a commencé en janvier : une radiographie la confirme. La rougeole a évolué en février; quelques jours après son début, signes d'arthrite aiguë au moment du lever, la luxation est constituée. Il s'agit donc bien de luxation pathologique vraie, par poussée d'arthrite aiguë au niveau d'une hanche atteinte d'arthrite chronique.

Un cas de pelade guérie par les rayons ultra-violets. Etiologie de la pelade. — M. PARES. L'auteur a obtenu rapidement la guérison d'un cas de pelade jusque là rebelle aux différents traitements, grâce aux rayons ultra-violets. Il soulève à ce propos l'hypothèse d'une insuffisance de l'organisme en calcium dans la pathogénie de la pelade.

(SÉANCE DU 19 JUIN 1925)

Influence de la polyurie acide sur l'ammoniurie et sur la concentration et le débit des ions hydrogène chez les néphritiques. — MM. CRISTOL et BONNET. Les auteurs

montrent que chez les néphritiques l'épreuve de la polyurie acide ne cause le plus souvent pas d'excrétion exagérée d'ions acides ni d'ions NH_4. Cependant dans quelques cas alors que le pouvoir éliminateur d'ions d'acides du rein est conservé sa fonction ammonio productrice est compromise. L'acidose rénale paraît donc débuter par un trouble de la fonction ammonio-productrice.

Deux nouveaux cas d'encéphalite épidémique à forme périphérique. — MM. Euzière, Pages et Sacaze. Les auteurs apportent deux observations intéressantes à divers titres, mais surtout en raison des difficultés du diagnostic différentiel.

Dans le premier cas le tableau était au début celui d'une polynévrite pseudo-tabétique d'origine indéterminée ; plus tard l'hypothèse d'une sclérose latérale amyotrophique à forme pseudo-polynévritique avait été envisagée.

Le second a été pris d'abord pour une sciatique, puis pour un tabes.

Ostéomyélite à évolution torpide par foyers successifs. — MM. Massabuau, Brémond et Nogues. Les auteurs rapportent l'observation d'un garçon de douze ans qui présenta successivement trois foyers d'ostéomyélite, le premier à évolution subaiguë, les autres à évolution torpide. Réaction de voisinage, du genou et du coude gauches, simulant une tumeur blanche. La vaccinothérapie, instituée tout d'abord comme seul traitement, n'empêche pas l'extension des lésions, et le professeur Massabuau doit intervenir au moment où il voit l'enfant, trois mois après le début de l'affection. L'intervention montre des lésions de nécrose étendues, presque pas de pus, une forte réaction périostique; suites opératoires excellentes.

Les auteurs insistent sur la difficulté du diagnostic dans ces formes torpides d'ostéomyélite, et sur la valeur des renseignements fournis par la radiographie.

Sur les fibres perforantes de l'os normal et pathologique. — M. Grynfeltt. Contrairement à l'opinion classique couramment admise que les fibres perforantes ou fibres de Sharpey n'existent que dans l'os périostique, l'auteur rappelle qu'il a indiqué, en 1922, qu'elles existaient aussi bien dans l'os médullaire ou haversien où elles ont la valeur de *fibres tramulaires*. Ces fibres perforantes médullaires acquièrent parfois un développement considérable dans certains os rachitiques et y forment de puissants faisceaux conjonctifs, susceptibles de constituer de véritables *cals fibreux*, après les fractures en bois vert que présentent parfois ces os souvent très flexibles. Elles peuvent être aussi le point de départ de la formation de travées fibro-spongoïdes réalisant une sorte de cal rachitique, qui consolide d'une façon très imparfaite d'ailleurs, ces pièces fracturées.

SOCIÉTÉ ANATOMO-CLINIQUE DE TOULOUSE

(SÉANCE DU 27 JUIN 1925)

Purpura fulminans et insuffisance surrénale méningococcique. — M. Izard, à propos d'une septicémie méningococcique ayant réalisé le type du purpura fulminans de Henoch, insiste sur les symptômes d'insuffisance surrénale aiguë que présentait ce malade : asthénie, vomissements, signes de collapsus cardio-vasculaire avec conservation parfaite de la conscience. On doit admettre des relations d'interdépendance entre ces symptômes et les lésions hémorragiques des deux capsules surrénales trouvées à l'autopsie.

Spasme de torsion d'origine encéphalitique. — M. Pierre Bézy et Mlle Dumas.

Syndrome latéro-pharyngien. — MM. Paul Mériel et Fabre présentent l'observation d'un malade atteint d'une tumeur maligne de l'espace latéro-pharyngien réalisant le syndrome décrit par Villaret : compression des quatre derniers nerfs craniens et du sympathique cervical. Il s'agissait d'un épithélioma dont le point de départ était la muqueuse de la paroi latérale du pharynx. Il est habituel de voir une pareille tumeur évoluer vers le cavum ; il est beaucoup plus rare de la voir, comme dans le cas rapporté, envahir l'espace latéro-pharyngien.

Détermination clinique du métabolisme basal. (*Présentation d'appareil.*) — MM. Sendrail et Lassalle présentent un dispositif très simple, comparable à celui qu'a décrit Guillaume : le débit de l'air expiré est déterminé par le temps nécessaire au remplissage, sous une pression constante, d'un ballon de capacité connue. La proportion d'O^2 et de CO^2 est mesurée dans un appareil dérivé de celui de Laulanié. La surface corporelle du sujet est donnée par la formule de Meeh. Les auteurs donnent les chiffres qu'ils ont obtenus dans les syndromes thyroïdiens; ils ont trouvé une diminution du métabolisme chez des acromégales et des encéphalitiques qui présentaient des signes évidents d'atteinte infundibulaire.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

MALADIES PROFESSIONNELLES

DÉCLARATION ; DÉLAI ; DÉCHÉANCE

Les dispositions de la loi du 25 octobre 1919 imposent à l'ouvrier, victime d'une maladie professionnelle, d'en faire la déclaration dans les quinze jours qui suivent la cessation du travail, à peine de déchéance; elles sont impératives et doivent être interprétées rigoureusement. Ainsi en a jugé la Cour d'appel d'Amiens dans son arrêt du 13 mai 1925.

Un sieur D..., ouvrier peintre au service de B... entrepreneur de peinture, avait formé une demande en paiement d'une rente de 3.777 fr. 35 à compter du 1er juillet 1923, en raison d'une maladie professionnelle qu'il aurait contractée au service de cet entrepreneur.

En fait, D... avait cessé son travail le 7 juillet 1923 et ne fit que le 11 mars 1924 sa déclaration à la mairie.

« Considérant que la loi du 25 octobre 1919, dit la Cour, n'a étendu la législation des accidents du travail aux maladies professionnelles que sous réserve, porte l'article premier, des dispositions spéciales de la présente loi; qu'aux termes de l'article 5 de cette loi, toute maladie professionnelle, dont la victime demande réparation, doit être, par ses soins, déclarée dans les quinze jours qui suivront la cessation du travail au maire de la commune qui en dressera procès-verbal; que l'article 5 ajoute que le délai de prescription d'un an court du jour de la déclaration; que toutes ces dispositions ont pour but d'éviter la fraude et de permettre au patron de contrôler en temps voulu la déclaration des ouvriers; qu'elles sont impératives, qu'elles doivent être interprétées d'autant plus rigoureusement que *la loi du 25 juillet 1919 est une loi exceptionnelle*;

Considérant, en fait, que c'est près de huit mois après la cessation de son travail que D... a fait sa déclaration; que cette déclaration est donc tardive et rend la demande non recevable; que décider le contraire et admettre que le défaut de déclaration dans le délai de l'article 5 n'emporte pas forclusion, équivaudrait à rendre sans intérêt les dispositions de l'article 5 ; que le législateur s'est exprimé à cet égard en des termes très nets; qu'il n'appartient pas aux Cours et Tribunaux de modifier la loi; que vainement D... prétendrait-il que ce n'est que le 24 janvier 1924 qu'il a eu connaissance de la véritable nature de sa maladie et qu'il ne pouvait dès lors faire sa déclaration auparavant; qu'en admettant même sa prétention qui paraît en contradiction avec les termes absolus de l'article 5, encore aurait-il dû au moins, s'il avait été averti à cette date du genre de maladie dont il était atteint, faire sa déclaration dans le délai de la loi; que ne l'ayant pas fait, il s'est mis lui-même dans l'impossibilité de se prévaloir de cette loi. »

Cette décision est en concordance avec la jurisprudence que nous avons déjà fait connaître sur l'application de la loi du 25 octobre 1919. Les Tribunaux n'appliquent cette dernière qu'avec beaucoup de circonspection; nous avons déjà eu l'occasion de le constater. La raison en est que, dans le cas actuel, c'est *une maladie* qui est considérée comme accident du travail, c'est-à-dire un état morbide qui ne se produit pas brusquement chez la victime; il n'est pas assimilable à la blessure causée par une machine, par exemple. Là, il y a un fait matériel dont les conséquences peuvent être discutées,

mais dont l'existence ne peut être niée. La maladie, au contraire, existe à l'état latent d'abord, puis se développe; elle peut avoir des causes autres que celles indiquées par la victime; d'où la nécessité de faire la déclaration dans un délai très bref, pour que précisément les causes en soient déterminées immédiatement.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Syndromes hypophysaires et épiphysaires en clinique infantile (1), par le docteur Pierre LEREBOULLET, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades.

Il y a seulement trente ans le chapitre des syndromes endocriniens n'existait pour ainsi dire pas, ou, plutôt, il se réduisait à l'étude du myxœdème. Nos idées ont singulièrement évolué depuis ce temps-là. Elles évoluent encore. Par un de ces revirements dont l'histoire de la médecine offre tant d'exemples, on en arrive à brûler ce qu'hier encore on ne manquait pas d'adorer. Voyez les syndromes hypophysaires : il a été longtemps classique de considérer comme tels l'adiposité, la polyurie, certains cas de glycosurie, les syndromes adiposo-génitaux. Ces divers troubles étaient communément rattachés à une lésion ou à un trouble fonctionnel de la glande pituitaire. Et puis, la réaction s'est produite. Les belles recherches expérimentales de J. Camus et de G. Roussy ont montré le rôle que jouent, dans la production de ces accidents, les lésions tubériennes. Faut-il donc déposséder l'hypophyse de toute importance physiologique ou pathologique? Faut-il de même renoncer à admettre que le syndrome de macrogénitosomie est en rapport avec la suppression des fonctions épiphysaires et la rattacher à la nature tératologique de la tumeur? Autant de questions qui sont encore passionnément débattues. Il était donné à M. P. Lereboullet de les mettre au point. N'est-il pas un spécialiste du sujet? Ne lui a-t-il pas consacré, en 1922, un beau rapport au Congrès de pédiatrie? C'est cette étude qu'il reprend dans cet opuscule et qu'il traite avec une parfaite clarté, réussissant, comme il se l'était proposé, à préciser l'état de nos connaissances, à distinguer ce qui est hypothèse et ce qui est fait démontré, à établir les limites qu'il faut attribuer au rôle de l'hypophyse et de l'épiphyse dans les troubles dystrophiques, à dire dans quel sens doit être poursuivie l'étude anatomo-clinique des cas où on suspecte leur intervention, à exposer enfin les conclusions thérapeutiques légitimées par les notions actuellement recueillies.

L. BABONNEIX.

L'Ulcère gastrique et duodénal (2), par BERKELEY MOYNIHAN. Traduction de V. PAUCHET.

Ce livre doit être lu et médité par tous ceux qui s'intéressent à la pathologie gastrique, telle qu'elle paraît être étudiée en Angleterre. Nous n'en rapporterons que quelques idées générales :

« Trop de gastro-entérostomies sont faites pour des ulcus qui n'existent pas. Ces opérations créent de nouvelles maladies au lieu d'en guérir une. »

« L'ulcère se révèle par des symptômes dont le caractère essentiel est l'alternance de la maladie et de la santé. »

« Un ulcus est ou gastrique ou duodénal; pylorique ou juxtapylorique n'est pas un terme anatomique. Une sténose du pylore est, pratiquement parlant, une sténose duodénale. »

« Le seul symptôme qui soit de grande valeur est la douleur. Le caractère fondamental de celle-ci est son horaire. Cette régularité est telle qu'un malade pourrait régler sa montre sur l'apparition de la douleur. »

« Le rythme douloureux de l'ulcère gastrique est : nourriture, bien-être, douleur, bien-être, puis prise de nourriture, etc. Le rythme douloureux de l'ulcère duodénal est : nourriture, bien-être, douleur, nourriture, bien-être, douleur. »

« Il n'existe que deux méthodes sûres et certaines pour poser le diagnostic d'ulcère gastrique : la radiologie et l'intervention chirurgicale. »

Pour terminer, nous citerons ces deux opinions qui sont quelque peu paradoxales : « Pour affirmer que l'ulcère gastrique est guéri médicalement, il faudrait être sûr qu'il a existé; or, pour affirmer son existence, la clinique est une ressource insuffisante... L'ulcère gastrique diagnostiqué par un clinicien est souvent un ulcus fantôme; il est donc impossible de dire si le traitement médical peut guérir l'ulcère gastrique. Par contre, je peux affirmer que les dangers du traitement médical sont formidables. La mortalité du traitement médical est beaucoup plus grande que celle du traitement chirurgical. » Ceci est tout à l'honneur de la chirurgie anglaise!

ÉDOUARD ANTOINE.

(1) Un vol. in-16 de 130 pages avec 10 figures dans le texte. — Prix : 7 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) Paris, G. Doin.

CONGRÈS

IIIe CONGRÈS NATIONAL ESPAGNOL DE PÉDIATRIE. (SARAGOSSE, 5-10 octobre 1925.) — Renouvelant l'invitation faite l'an dernier au Congrès national français de pédiatrie par le docteur Vidal Jordana, le Comité d'organisation du Congrès et son secrétaire général adressent à nouveau une cordiale invitation aux médecins français, les engageant à assister au Congrès, à y présenter des communications et leur assure un accueil particulièrement sympathique.

Le Comité s'occupera de loger les congressistes. Nous ne saurions trop engager nos confrères à répondre à l'aimable invitation de leurs collègues espagnols. Ils seront reçus à Saragosse comme on sait recevoir en Espagne et ils pourront assister aux fêtes merveilleuses de Notre-Dame-du-Pilar.

Les chemins de fer espagnols accorderont 50 p. 100 de réduction. Des avantages devant être accordés par le gouvernement français, les médecins qui désireraient se rendre au Congrès de Saragosse sont instamment priés d'envoyer leur adhésion avant le 1er septembre.

EXTRAIT DU RÈGLEMENT. — ART. 1. — Le Congrès national de pédiatrie se réunira à Saragosse, du 5 au 10 octobre.

ART. 2. — Les médecins et toutes les personnes qui s'occupent des divers problèmes intéressant l'enfant peuvent participer au Congrès.

Le prix de l'inscription est de 30 pesetas.

ART. 3. — Les membres actifs pourront prendre part à tous les actes, discussions, votes du Congrès et recevront le compte rendu; ils jouiront de tous les avantages accordés aux congressistes.

ART. 4. — Peuvent participer au Congrès comme membres adhérents les parents des congressistes membres actifs et les étudiants dans leurs deux dernières années de scolarité. Ils paieront une cotisation de 15 pesetas. Ils profiteront des divers avantages accordés aux congressistes mais ne pourront prendre part aux votes, ni recevoir le compte rendu du Congrès.

ART. 5. — Les inscriptions et cotisations sont reçues par le docteur Antero Noailles, calle del Caso 1, jusqu'au 31 août.

ART. 6. — Les médecins hispano-américains sont particulièrement invités à assister à ce Congrès et profiteront des mêmes avantages que les nationaux.

ART. 7. — Les communications doivent être adressées au secrétaire général.

Les manuscrits doivent être écrits à la machine.

COMITÉ DU CONGRÈS. — Président : docteur P. Borobio Diaz, doyen de la Faculté de Saragosse, professeur de pédiatrie; — Vice-présidents : docteurs Garcia del Diestro (Madrid) et Aguilar Jordan (Valence); — Trésorier : docteur Antero Noailles; — Secrétaire général : docteur G. Vidal Jordana.

I. SECTION D'HYGIÈNE INFANTILE. — Président : M. Gomez Salvo, directeur de la Maternité de Saragosse; — Vice-présidents : docteurs Martin Gonzalez-Alvarez (Madrid) et Entrecanales (Bilbao); — Secrétaires : docteurs Roque Lopez (Saragosse) et Fed. Garcia Martinez (Madrid); — Rapporteurs : docteurs Bravo Frias et Alonso Munayerro : « La pro-

tection sociale de l'enfant illégitime. » — Gomez Arias : « L'éducation physique de l'enfant. »

II. MÉDECINE INFANTILE. — Président : docteur Alonso Munayerro, de l'Institut municipal de puériculture, inspecteur des écoles ; — Vice-présidents : docteurs S. Cavengt Gutierrez (Madrid) et Victor-Marin Corralé (Saragosse) ; — Secrétaires : docteurs Pedro Galan (Saragosse) et Uriarte (Saint-Sébastien) ; — Rapporteurs : professeur Enrique Suner (Madrid) : « Etat actuel de l'étude des troubles de la nutrition chez le nourrisson. » — docteur Gregorio Maranon : « La vaccinothérapie et la sérothérapie en pathologie infantile. »

III. CHIRURGIE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE. — Président : docteur Ricardo Lezano (Saragosse) ; — Vice-présidents : docteurs Juaristi (Pampelune) et Bastas Ansart (Madrid) ; — Secrétaires : docteurs Val Carreres (Saragosse) et Eugenio Sisto (Madrid) ; — Rapporteurs : docteur Bastos Ansart : « Chirurgie des paralysies infantiles. » — docteur A. Arquellada (Madrid) : « Traitement chirurgical de la sténose pylorique du nourrisson. »

IV. PÉDAGOGIE. — Président : M. Rufino Blanco (Madrid) ; — Vice-présidents : M. Ricardo Mancho, directeur de l'Ecole normale d'instituteurs et Mme Eustaquia Caballero, directrice de l'Ecole normale d'institutrices de Saragosse ; M. Torromé, inspecteur des écoles de Madrid ; — Secrétaires : MM. Tamas Elvira et Abelard Peral (Saragosse) ; Mme Anna Mayayo (Saragosse) ; — Rapporteurs : docteur Gonzalez Rodriguez Lafora (Madrid) : « L'éducation des enfants anormaux. » — M. Orencio Pacareo (Saragosse) : « L'enfance coupable. » — M. Virgile Ilueso : Sujet non désigné.

Adhésions et correspondance : docteur Vidal Jordana, Sagasta 19, pral. Saragosse.

Concurremment avec le Congrès se tiendra une Exposition de l'enfance.

En France, pour tous renseignements, s'adresser au président de la Société de pédiatrie, à l'A. D. R. M., salle Béclard, Faculté de médecine, Paris, ou au docteur Mathé, à l'A. D. R. M.

QUESTION D'INTERNAT

LE PYLORE

DÉFINITION

Au sens littéral du mot on ne doit décrire sous ce nom que l'*orifice pylorique*. Mais physiologiquement on doit entendre *canal pylorique* et étudier la région motrice évacuatrice de l'estomac qui s'oppose au *fundus*. Chirurgicalement, enfin, on doit définir ainsi toute la *région de gastrectomie*, pour ulcus juxtapylorique, qui s'étend vers le cardia, vers le duodénum.

GÉNÉRALITÉS

Limites. — *a*. **Du côté duodénal**, il n'y a pas à vrai dire de limite : les sillons duodéno-pyloriques sont peu nets, la veine prépylorique des Américains est inconstante dans son siège. On ne peut guère parler que d'un *versant duodénal*.

b. **Du côté de l'estomac** les limites sont plus nettes, les sillons pyloriques déterminent des encoches.

Forme. — Le pylore a la forme d'un canal cylindrique.

Dimensions. — De 3 centimètres de long, de 3 centimètres de diamètre, diamètre virtuel à l'orifice duodénal.

Direction. — Sa direction est très discutée : descendant pour les uns, il est ascendant pour d'autres. Sur l'écran radioscopique il apparaît oblique de bas en haut, de gauche à droite, d'avant en arrière.

Configuration externe. — Il présente deux faces : antérieure et postérieure.

Deux bords, supérieur et inférieur.

Deux bandelettes longitudinales, l'une antérieure, l'autre postérieure le parcourent.

Son épaisseur est plus forte que celle du reste de l'estomac.

Configuration interne. — Sur une coupe longitudinale on voit nettement un *bourrelet pylorique* qui sépare le duodénum de l'estomac ; c'est une *saillie musculaire* et non *pas valvulaire*.

Situation. — *a*. **Par rapport à l'estomac**. — Différente suivant le type d'estomac qui peut être *en I* : hypertonique ; *en J* : orthotonique ; *en J plus accentué* : hypotonique ou atonique.

b. **Par rapport aux parois**. — C'est un organe profond qui répond au flanc droit de la Ire lombaire et se projette sur la paroi antérieure à l'union de la verticale passant par le bord droit du sternum et de l'horizontale passant par la neuvième côte.

Fixité. — C'est une partie de l'estomac classiquement fixe. Il est cependant *légèrement mobile* dans la règle, et les cas cliniques de tumeur du pylore mobiles *exagérément* sont bien connus. Pourtant dans les ptoses le pylore reste fixe ; c'est le vestibule qui subit la ptose.

RAPPORTS

Face antérieure. — Après laparotomie la face antérieure du pylore reste cachée par la *face inférieure du foie*, la *vésicule biliaire*.

a. **Le foie**. — C'est la face inférieure du lobe carré du foie qui recouvre le pylore ; les adhérences qui s'établissent entre les deux organes lors du cancer du pylore obligent souvent à réséquer en plein tissu hépatique.

b. **La vésicule** s'étend sur la première portion du duodénum, parfois fixée par un ligament cystico-duodéno-colique décrit par Ancel et Sancerre. La proximité anatomique des deux organes, jointe à leur synchronisme physiologique, explique la fréquence des manifestations gastriques de la lithiase vésiculaire.

Pour voir le pylore, il faut soulever l'auvent hépatique : il apparaît entouré de péritoine du type gastrique qui se continue en haut avec le *petit épiploon*, en bas avec le *ligament gastro-colique*.

Bord supérieur. — **Le petit épiploon**. — C'est la partie moyenne du petit épiploon, la *pars flaccida* qui répond au bord supérieur du pylore. Transparente, fenêtrée, plus épaisse à son attache pylorique qui contient les vaisseaux et les ganglions pyloriques, elle s'étend entre à gauche la *pars condensa*, à droite le *ligament duodéno-hépatique* qui contient le pédicule hépatique.

Bord inférieur. — **Le ligament gastro-colique** répond au bord inférieur du pylore. En réalité, le péritoine pylorique se continue avec le *feuillet descendant* du grand épiploon dont le *feuillet ascendant* est accolé au mésocôlon transverse.

Dans ce ligament, à 1 centimètre du bord gastrique, se trouvent l'*artère gastro-épiploïque* et les *ganglions sous-pyloriques* qu'il faut exciser dans la pylorectomie pour cancer.

Ils sont au voisinage des *vaisseaux coliques moyens* qui courent dans le mésocôlon transverse. C'est là un rapport dangereux qu'il faut supprimer par *décollement colo-épiploïque* car la blessure de ces vaisseaux nécessite la *résection du côlon transverse*, voué à la gangrène. Et les adhérences autour des ulcères et des néoplasmes ne sont pas pour faciliter la tâche du chirurgien dans ces divers temps opératoires.

Face postérieure. — On explore cette face *après décollement colo-épiploïque*, *après effondrement du petit épiploon*.

A. **Elle repose sur le col du pancréas** où une empreinte pylorique est ainsi tracée.

L'*artère gastro-duodénale* chemine à proximité. Née par bifurcation de l'hépatique commune, elle se dirige en bas, en avant et à droite, d'abord sus-pancréatique, puis prépancréatique dans l'angle duodéno-pancréatique. Elle se termine au bord inférieur de la première portion du duodénum (après avoir donné une collatérale, la pancréatico-duodénale supérieure droite) en se bifurquant en *gastro-épiploïque droite* et *pancréatico-duodénale inférieure droite*.

Elle est accompagnée des GANGLIONS RÉTROPYLORIQUES. Il faut donc lier l'artère avant l'adénectomie. (*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17 RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — Après concours, M. le docteur Massé est nommé chef de clinique chirurgicale (professeur Bégouin) et M. le docteur Ichon, chef de clinique adjoint.

M. le docteur Riou est nommé, après concours, chef de clinique chirurgicale infantile.

— Un concours pour une place de chef de clinique des maladies nerveuses et mentales sera ouvert à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux le lundi 19 octobre 1925.

Les candidats pourront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au mercredi 14 octobre, à 16 heures.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Clermont. — Un concours s'ouvrira, le 1er mars 1926, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Clermont.

Le registre des inscriptions sera clos un mois avant l'ouverture du concours. (*J. O.*, 25 août 1925.)

— Rennes. — Le concours pour une place de professeur suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement s'est terminé par la nomination de M. le docteur Le Gall La Salle.

GUERRE. — Service de santé. — La médaille d'honneur des épidémies en or a été décernée à M. Rocca, médecin-major de 2e classe de l'armée française du Rhin.

— Sont promus dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin aide-major de 1re classe de réserve. — MM. les médecins aides-majors de 2e classe de réserve Masse, Vincant, Levère, Morel, Rollin, Branchard, Frenay, Malbrand, Maire, Duclos, Moignet, Blondin, Cottin, Deluz, Adam, Chaussier, Fogt, Lanchier, Bruant, Marchioni, Gamaleia, Janin, Moureau, Planes, Hautière, Fallies, Goy, Cousin, Gruny, Maillard, Meyer, Durand, Deléglise, Pareux, Grandjean, Humbert, Carraze, Soubiran, Lourdel, Gaschet, Cauchois, Allard, Saint-Aubert, Chailley-Bert, Fabre, Bourdais, Roussel, Bonnet, Corticchiato, Favre, Adam, Bounhoure, Simond, Payerne-Baccard, Darene, Bilhaud, Gastinel, Brument, Ferté, Lorfeuvre, Vaslin, Morin, Talheimer, Germain, Canoz, Guillaume, Rochaix, Cazal, Houdry, Castets, Signeux, Courp, Duval-Arnould, Lafon, Bonnecaze, Dujardier, Pelletier, Gauran, Boulin, Fournier, André, Oblin, Derville, Dupire, Bellanger, Dumont, Luigi, Lebeau, Sorel, Sabot, Lebel, Estève, Panas, Garçon, Roy, Nourrissat, Basso, Porry, Bouniol, Oualid, Le Pontois, Hermann, Cocurat, Arsac, Léorat, Tassin, Daveau, Auchier, Loy, Pechilliot, Noël, Imbert, Pesle, Hambert, Didier, Hermet, Georgeot, Burguet, Lemoine, Cannac, Rousseaux, Penard, Arin, Coutaud, Daudon, Bouchard, Champenois, Girard, Mizzoni, Ollivier, Beckerich, Lanos, Alary, Bonnard, Bouzitat, Borel, Chateau, Raphaël, Boisseau, Fainsilber, Lalbie, Archimbaud, Breitman, Estager, Luccioni, Godlewski, Leblanc, Vergoz, Lepennetier, Richard, Vinay, Pedarre, Garet, Chaplain, Bernard, Fournier, Paramelle, Mallet, Labro, Leriget, Turlais, Perrault, Ventron, Chenais, Bellanger, Bovier-Lapierre, du Souich, Casati, Scagliola, Mathey, Beguinot, Dejeux, Dufour, Gouguet de Girac, Gy, Hemery, Jouvin, Latapie, Lutier, Portay, Raynier, Seibel, Auregan, Balard, Barthélemy, Benoît, Bentejac, Berthon, Bezançon-Gillot, Biot, Blanchet, Bourgougnon, Burker, Camboulives, Catonne, Cavallier, Chapiet, Charcellay, Chaton, Chaumet, Cheurlot, Chevalier, Chevron, Convers, Coronat, Cousson, Dabadie, Daudon, Daupeyroux, Daussy, Delfosse, Delmas, Dubarry, Dugast, Dusilol, Dussilol, Escoffier, Favre, Favreul, Fay, Fenolhac, Fournier, Fradin, Gaillardot, Gaudin, Andrieu, Barbier, Bourdette, Boutry, Cammas, Capron, Cousy, Delente, Dorny, Fayolle, Frick, Géraud, Gibert, Gillard, Glatard, Gouret, Gourrin, Grant Smith, Grousset, Guenot, Hallez, Hamard, Hervieux, Hervouet, Heurtaud, Icard, Jeanty, Jourdan, Jugnet, Lapierre, Laurans, Lebeaupin, Le Coq, Le Du, Lefèvre, Lelièvre, Lepage, Leroy, Levesque, Argellies, Arquier, Carrière Montjosieu, Drevet, Ducos, Ducros, Gonard,

Maguin, Marquez, Martin, Marty, Mary, Merlin, Meunier, Milliet, Morat, Morisset, Nicolas (P.-M.), Nicolas (M.-E.), Oualid, Ouvrieu, Patron, Perron, de Pierrepont, Prigent, Pujol, Rallier, Richez, Riquet, Losset-Bressand, Roudaire, Roullier, Saint-Béat, Saint-Genois de Grand Breucq, Salle, Sanson, Seris, Sikorav, Tardif, Tarrene, Tixier, Vesval, Villepelet, de Visme, Bernard, Gaudiot, Larcher, Pouech, Barbary, Bloch, Camare, Chevalier, Corpechot, Delmas, Dumas, Eloy, Falloux, Fremont, Gau, Goy, Hebrard, Lacaille, Lafon, Lando, Legaye, Leriche, Liénard, de Lombard de Château, Masse, Mignon, Orsoni, Pigot, Schulmann, Scoffier, Vailhe, Vernet, Blanc, de Cambiaire, Cance, Duburque, Giboux, Lemanissier, Milhau, Vincent, Dumas, Rabeau, Robin, Hecler, Dorny, Fons, Poitevin, Seillon, Vergnes, Cadeac, Cullie, Blondin, Boichot, Chataignon, Clenet, Coblod, Colliac, Cornilus, Dehlinger, Delille, Guirimand, Julhe, Julien, Laflotte, Macqueron, Michel, Olier, Peyrat, Saignol, Tourneux, Weille, Bertrand, Bontemps, Castera, Chmielewski, Collet, Ferry, Godechoux, Gruson, Roquebert, Santelli, Tudez.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine pour compter du 18 août 1925 :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. le médecin en chef de 2e classe Brunet.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le médecin principal Balcam.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de 1re classe Polack et Guay.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe Cluzel et Farges.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine pour compter du 1er octobre 1923 :

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. les médecins de 2e classe classe auxiliaires Péricaud, Vaucel et Lahillonne.

MM. les médecins de 3e classe auxiliaires Galiacy, Guermeur, Belot, Querangal des Essarts, Delom, Dodel, Menjaud, Reginensi, Espleux et Gilbert.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour compter du 1er octobre 1924 :

Au grade de médecin de 2e classe. — MM. les médecins de 3e classe auxiliaires Marchessaux, Fabre, Kervarec, Barbin, Rosenstiel, Belle, Bonnet, Godal.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour compter du 15 août 1925 :

Au grade de médecin de 2e classe. — M. le médecin de 2e classe auxiliaire Dufilho.

MM. les médecins de 3e classe Pirot, Dupas, Barrat, Touchais, Simon, Baron, Laurent, Bousselet, Bourret, Robert, Négrié.

— CONCOURS ET JURYS D'EXAMEN. — Les concours pour les emplois de professeur ou de prosecteur, annoncés au *Journal officiel* du 12 mars 1925, auront lieu aux dates ci-après indiquées :

A. — A Toulon, le lundi 21 septembre 1925 et jours suivants : 1° Professeur de séméiologie et de petite chirurgie à l'Ecole annexe de médecine navale de Toulon.

Jury d'examen. — MM. l'inspecteur général du Service de santé, président; Dargein et Bellile, médecins en chef de 2e classe, membres.

B. — A Toulon, le lundi 21 septembre 1925 et jours suivants : 1° Professeur de physique biologique aux écoles annexes de médecine navale de Brest et Rochefort.

Jury d'examen. — MM. l'inspecteur général du Service de santé, président; Izambert, pharmacien chimiste en chef de 1re classe, membre; Sourd, pharmacien chimiste principal, membre.

C. — Les concours pour les emplois de prosecteur d'anatomie aux écoles annexes de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon auront lieu, dans chacun de ces ports, le 12 octobre 1925.

Jury d'examen. — M. le directeur du Service de santé du port, président.

Membres. — A Brest : MM. Averous, médecin en chef de 1re classe; Loyer, médecin de 1re classe.

A Rochefort : MM. Faucheraud, médecin en chef de 2e classe; Rondet, médecin de 1re classe.

A Toulon : MM. Oudard, médecin en chef de 2e classe; Dalger, médecin de 1re classe.

— Liste alphabétique et par centre d'examen des candidats admis à subir les épreuves orales du concours d'admission à l'Ecole principale du Service de santé de la marine, en 1925 :

Ligne médicale. — Epreuves orales à Brest, le mercredi 2 septembre 1925, à 8 heures, à l'hôpital maritime : MM. Chevalier, Combry, Cousin, de Tanouarn, Duval, La Folie, Lannuzel, Laurent, Le Bihan, Le Breton, Le Gallou, Le Grand, Le Hir, Lemeillet, Le Merdy, Lorre, Le Scouezec, Le Tac, Magrou, Morvan, Munier, Pape, Roy, Suignard, Taillard.

Epreuves orales à Toulon, le lundi 14 septembre 1925, à 10 heures, à l'hôpital Sainte-Anne : MM. Aillaud, Andréani, Aulezi, Badelon, Baqué, Baré, Bastouil, Beaudiment, Bergougnoux, Berthon, Billaut, Carel, Castelbou, Chaillou, Chretin, Cluzet, Courmès, d'Anella, Debaille, Dot, Fabry, Favarel (Louis), Fave, Gaugier, Gonnet, Grizaud, Guillermin, Heyriès, Jammès, La Balme, Lafferre, Lamy, Maclaud, Minier, Morard, Moreau, Pales, Pasquet, Perrin, Pieraggi, Pouderoux, Prat-Carabin, Rossi.

Epreuves orales à Rochefort, le mardi 22 septembre 1925, à 8 heures, à l'hôpital maritime : MM. Apperçé, Aymès, Baille, Barbin, Boutareau, Cantegrit, Carre, Casteigt, Chabrillat, Charpentier, Coulonjou, David, Demange (Marcel), Drogoz, Duvezin, Favarel (Robert), Garrigue, Guiard, Jonchère, Labat-Labourdette, Lacroix, Maleville, Mallet, Manciet, Mary, Michaud, Ortholan, Ourradour, Parfaite, Proust, Richet, Rozès, Samara, Tereau, Touya, Tregouet.

Ligne pharmaceutique. — Epreuves orales le lundi 31 août 1925, à Brest, hôpital maritime, à 8 heures : MM. Auffret, Barbotin, Berthou, Chaignon, Guénaff, Gloaguen, Kerboriou, Le Breus, Le Faou, Mahoudo, Mazurié, Prigent.

Epreuves orales le mardi 8 septembre 1925, à Brest, Rochefort, hôpital maritime, à 8 heures : MM. Cresp, du port de Toulon; Demange (Roger), Dewannieux, Jean, Monglond.

Les candidats (médecins et pharmaciens) devront être rendus, aux dates et heures sus-indiquées, dans le port où ils doivent subir les épreuves orales et se présenter à l'hôpital maritime quinze minutes avant le commencement desdites épreuves.

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre Sébileau, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours hors série d'opérations chirurgicales (chirurgie de l'appareil oto-rhino-laryngologique), en dix leçons, par MM. les docteurs Paul Truffert, Henri-P. Chatellier, Pierre Winter, Pierre Cornet, commencera le lundi 21 septembre 1925, à 14 heures, et continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Droit d'inscription : 200 fr.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Eyraud (de Belloy) et Louis Lehmann-Pâris (de Paris).

REVUE GÉNÉRALE

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE TUBERCULEUSE [1]

Par Robert LÉVY et Julien MARIE,

Internes des hôpitaux de Paris.

Évolution. — Dans la deuxième enfance, le ganglion offre une barrière sûre contre l'infection tuberculeuse et très souvent cette étape ne sera pas dépassée; toutes réserves étant faites au sujet du réveil possible de la maladie à l'adolescence ou à l'âge adulte, sous un autre aspect : étape pulmonaire de la tuberculose.

L'adénopathie trachéo-bronchique est donc essentiellement curable dans la deuxième enfance, la cure hélio marine, la recalcification de l'organisme, les médications iodées et arsenicales, une hygiène bien conduite favorisent cette évolution :

Les troubles fonctionnels s'amendent,
La fièvre tombe, l'appétit renaît,
Et la courbe de poids s'élève notamment.

Mais cette évolution vers la guérison n'est pas la seule à envisager, des complications sont à redouter qui surviennent souvent à l'occasion d'une affection intercurrente, grippe et surtout rougeole ou coqueluche, maladies anergisantes.

« Lorsque les bacilles ne restent pas localisés aux ganglions bronchiques, ils les quittent surtout par deux voies ou ils pénètrent dans une veinule du ganglion ou bien dans les lymphatiques efférents. « Dans les deux cas, le cœur droit est le point d'arrivée ». De là les bacilles peuvent s'arrêter dans un capillaire pulmonaire et devenir l'origine d'une nouvelle lésion du poumon, ou bien ils passent dans la grande circulation.

Si la décharge bacillaire est discrète, et quand elle s'opère chez des sujets résistants, elle pourra déterminer des lésions limitées : des tuberculoses dites locales ou chirurgicales. »

Si l'organisme est sans résistance, les bacilles peuvent atteindre surtout les organes profonds réalisant parfois une granulie chronique apyrétique qui se manifeste surtout par une cachexie progressive. En fait, cette forme évolutive est presque l'apanage unique de la première enfance.

Si les bacilles, au contraire, pénètrent en grand nombre dans la circulation aortique ils déterminent une granulie confluente aigue, le plus souvent avec une localisation prédominante sur les méninges » (Marfan).

La mort est rarement due à des phénomènes de compression : mort par asphyxie, par spasme de la glotte, ou mort subite. Enfin, lorsque la masse ganglionnaire s'est ramollie, elle peut s'ouvrir dans une bronche, cette ouverture se traduisant par une vomique et l'apparition de signes pseudo-cavitaires et déterminant une inoculation tuberculeuse massive du poumon : pneumonie caséeuse.

L'ulcération d'un gros vaisseau et la mort par hémoptysie foudroyante est une éventualité exceptionnelle.

Formes cliniques. — Elles sont nombreuses.

Les formes latentes sont d'une grande fréquence, elles constituent une découverte de radiologie.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 67, p. 1089.

Les formes frustes et atténuées sont celles que nous avons surtout en vue dans notre description :

Troubles fonctionnels de types divers,
Troubles généraux peu accentués,
Signes physiques sujets à caution.

Toutes ces manisfestations existant isolément ou simultanément, telle est la symptomatologie plus communément rencontrée dans l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

Forme à expression symptomatique nette : Phtisie bronchique. Cette forme étudiée minutieusement dans toutes ses manifestations par les auteurs classiques est rarement observée en clinique.

Les phénomènes médiastinaux dominent, ils donnent lieu à de gros troubles fonctionnels, bruyants, évidents, les signes physiques sont importants et ne prêtent guère à discussion.

En fait, l'adénopathie trachéo-bronchique tumeur volumineuse est rare dans la tuberculose, et cette forme révèle plutôt d'autres conditions étiologiques.

La prédominance symptomatique permet d'isoler quelques formes particulières;

Nous signalerons :

Une forme laryngée simulant le croup et pouvant être terminée par un spasme glottique;

Une forme asystolique et surtout *une forme asthmatique* : ou *pseudo-asthme ganglionnaire* de Joal qui se présente sous l'aspect de paroxysmes dyspnéiques avec cyanose, angoisse et avec des signes stéthacoustiques de bronchite généralisée. Bref le tableau d'une crise d'asthme catarrhal infantile.

Enfin : *Une forme digestive* avec anorexie et alternatives de diarrhée glaireuse et de constipation.

Forme du nourrisson : Elle se présente, elle aussi, sous deux types différents :

α. Dans un premier type il existe un syndrome respiratoire caractérisé surtout par deux signes de grande valeur : la dyspnée paroxystique ou permanente, accompagnée de cornage qui est ici expiratoire;

La toux qui prend le timbre bitonal alors que le cri ne présente généralement pas le même caractère.

Pour Marfan la toux bitonale serait toujours chez l'enfant du premier âge le symptôme d'une tuberculose des ganglions bronchiques.

β. Dans un deuxième type qui n'est d'ailleurs pas incompatible avec le précédent, l'attention est attirée par des troubles de l'état général :

Le nourrisson ne prend pas de poids;
Il y a arrêt de croissance, parfois même on note une chute de poids;
Il existe, en outre, de petites poussées fébriles et des troubles digestifs, peu accusés d'ailleurs.

Il s'agit d'un enfant hypotrepsique, pâle, avec du duvet sur une peau sèche; on constate des signes de rachitisme léger.

Chez tous ces petits malades l'examen permettra rarement de constater le retentissement du cri dans l'aire ganglionnaire postérieure et la transmission basse du bruit trachéal.

Par contre, souvent il révélera une micropolyadénie, et surtout une splénomégalie de grande valeur diagnostique si elle n'est pas en rapport avec une syphilis héréditaire.

On insistera sur l'interrogatoire de l'entourage immédiat du nourrisson, pour dépister le semeur de bacilles et on précisera la durée du contact infectant; sur l'examen radiographique, et surtout sur la cuti-

réaction qui prend à cet âge, une valeur absolue et témoigne d'une tuberculose en activité.

S'il est possible on précisera la période qui s'est écoulée depuis le contact infectant jusqu'à l'apparition de la première cuti-positive. Cette période qui peut être marquée par quelques troubles, constitue une véritable période d'invasion de la tuberculose : période anté-allergique de Debré.

Sa durée varie de deux semaines à quatre mois. Et le pronostic paraîtra d'autant plus grave que la période anté-allergique sera plus courte.

En fait, le pronostic est toujours très grave, le ganglion du nourrisson n'offre qu'une courte résistance à l'infection, le bacille envahit l'organisme d'autant plus vite que l'enfant est plus jeune.

L'extension du processus peut se faire suivant différents modes et déterminera différentes évolutions :

Tantôt ce sera une granulie aiguë généralisée ;

Tantôt une granulie chronique : tuberculose généralisée diffuse et chronique de Marfan et Aviragnet.

Tantôt enfin ce seront :

Soit une broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë ;

Soit une véritable tuberculose ulcéreuse avec cavernes.

Mais à côté de cette évolution, il faut signaler la possibilité de manifestations réactionnelles pulmonaires, comme chez l'enfant plus grand ; ce seront :

Des bronchites ;

Des congestions pulmonaires, parfois à type spléno-pneumonique subaigu ;

Des broncho-pneumonies ;

qui ne sont pas de nature tuberculeuse et qu'on qualifie de para et d'épituberculeuse (Eliasberg, Neuland, Woringer). Leur diagnostic avec les formes précédemment citées est très difficile et ne se jugera guère que sur l'évolution, souvent favorable ici.

Forme de l'adulte. — L'adénopathie-trachéo bronchique tuberculeuse est considérée comme l'apanage presque exclusif de l'enfance. Et de fait, en regard des lésions pulmonaires, les lésions ganglionnaires sont de peu d'importance chez l'adulte où la tuberculose ne provoque pas la caséification des ganglions trachéo-bronchiques.

On peut donc dire avec Rist, Léon Bernard, que la tuberculose respiratoire de l'adulte est strictement pulmonaire et que l'adénopathie-trachéo bronchique tuberculeuse n'existe chez lui que comme reliquat et témoin de la primo-infection ancienne et éteinte. Cette constatation est d'autant plus intéressante à noter, comme le remarque Léon Bernard, que d'après les théories pathogéniques régnantes, il est probable que les bacilles de Koch qui provoquent la surinfection (au cas de surinfection endogène, la plus fréquente) s'évadent des ganglions où ils étaient restés enfermés depuis l'arrêt de la primo-infection, mais ces derniers ne prennent pas part à l'éclosion de symptômes nouveaux. Cependant l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse peut se voir chez l'adulte, il n'y a pas là une question d'âge, mais bien plutôt une question de primo-infection ou de réinfection, ou encore le terrain vierge ou allergique (Sergent).

Cela est si vrai que chez les adultes non encore exposés aux contaminations, une inoculation suffisamment massive peut réaliser, comme chez l'enfant une primo-infection et se manifester par une lésion ganglionnaire prédominante.

Ces faits ont été signalés, notamment chez les soldats des troupes noires, pendant la guerre et chez des sujets ayant passé toute leur enfance et leur adolescence à la campagne et nouveaux venus à la ville où ils sont contaminés.

Dans ces cas l'adulte réagit comme l'enfant.

La symptomatologie peut être d'une manière générale, comparable et déterminer les mêmes aspects cliniques.

On peut distinguer :

Des formes latentes ;

Des formes frustes avec signes généraux, manifestations réactionnelles à distance ;

Des formes réalisant le syndrome médiastinal.

Le pronostic de ces formes est très sombre, en général ; l'évolution est souvent fatale, constatation qui semble s'expliquer par le caractère massif de la contamination causale.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'adénopathie-trachéo-bronchique tuberculeuse nécessite une série d'examens qui se complètent les uns les autres et au premier rang desquels, en raison de l'absence fréquente de signes cliniques ou de la difficulté de leur interprétation, il faut mettre l'examen radiologique et chez le jeune enfant l'enquête étiologique et la cuti-réaction.

Le diagnostic ne se fera que par étapes successives, il faudra établir tout d'abord l'existence d'une adénopathie médiastine, puis démontrer sa nature tuberculeuse, il conviendra enfin de rechercher le degré d'activité de la lésion bacillaire.

Le diagnostic doit être envisagé successivement chez le nourrisson, chez l'enfant, chez l'adulte.

I. Chez le nourrisson. — L'adénopathie trachéo-bronchique à forme hypothrepsique doit être distinguée des différentes maladies cachectisantes observées à cet âge, hypotrophie, rachitisme, anémie hérédosyphilitique, anémies post-infectieuses. C'est l'enquête étiologique, la radiologie et la cuti-réaction qui donneront la certitude.

Lorsque l'adénopathie se traduit par un syndrome respiratoire plus ou moins paroxystique, caractérisé par une dyspnée avec cornage, toux bitonale, il n'est pas toujours si simple de nier l'existence :

D'un croup : mais la voix n'est pas éteinte.

D'un œdème glottique ;

D'un stridor congénital ;

D'un spasme de la glotte : cette convulsion interne, si fréquente chez les nourrissons, est une manifestations bruyante de la spasmophilie dans la majorité des cas ; mais il ne faut pas oublier que le spasme glottique peut être déterminé par une adénopathie médiastine.

L'hypertrophie thymique, est un diagnostic souvent délicat. Le cornage, dans cette affection, est surtout inspiratoire et volontiers plus accusé en position couchée. On recherchera la submatité au devant du mambrium sternal. On palpera dans le creux sus-sternal pour y sentir le bord supérieur du thymus. En général, l'examen clinique fournit très peu de renseignements et c'est la plaque radiographique qui donne le diagnostic, en montrant une ombre thoracique supérieure, élargie, conique, alors que les bords de l'ombre cardiaque restent normaux.

II. **Chez l'enfant.** —Le diagnostic se pose différemment suivants les aspects cliniques de la maladie.

A. Dans les formes latentes. — On méconnaît presque toujours par l'examen physique, l'adénopathie trachéo-bronchique ; il ne faut pas se fier, en réalité, aux signes classiques de la maladie : ils sont trop infidèles ; ils manquent fréquemment alors que la radiologie permet d'affirmer l'adénopathie. On en constate plusieurs alors que l'image radiologique est normale. Dans certains cas cependant, les examens clinique et radiologique sont concordants. Il ne s'agit probablement que d'une coïncidence et comme l'adénopathie est une lésion fréquente, on fait un diagnostic exact avec des renseignements sans signification précise. Il semble donc que ces divers signes (signes de Smith, d'Heubner du Magny, d'Œlsnitz, de d'Espine) n'ont pas de rapport direct avec l'intumescence ganglionnaire et il faut se garder de cette tendance d'esprit, cependant bien naturelle, qui pousse à établir, entre certains signes et une lésion affirmée par la radiologie ou l'autopsie, « une relation qui n'est souvent qu'apparente » (Laubry).

B. Dans les formes avec troubles de l'état général. — Il semble que l'on porte avec trop de facilité le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique. L'intumescence ganglionnaire n'est pas la seule cause de ces fièvres prolongées de l'enfance. Il faut envisager les autres étiologies et ne pas se contenter trop rapidement du diagnostic commode d'adénopathie trachéo-bronchique. Il faut se souvenir des multiples processus qui ont été invoqués, pour expliquer ces fébricules prolongées ou ces poussées thermiques paroxystiques : typhoïdes légères de l'enfance, troubles dyspeptiques, appendicite chronique. Instabilité cardiaque, syndrome thyroïdien fruste, hérédité goutteuse.

C. Dans les formes respiratoires. — Les manifestations paroxystiques de l'adénopathie trachéobronchique peuvent être confondues avec un croup — un œdème glottique — mais surtout avec la *coqueluche*, et l'*asthme infantile*.

La *toux coqueluchoïde* de l'adénopathie diffère de la toux coquelucheuse, par la brièveté des quintes, leur maximum diurne, l'absence de reprise, de vomissements, et surtout d'expectoration filante.

Cependant le diagnostic peut être délicat au début de la convalescence d'une coqueluche ; on peut croire qu'il ne s'agit que d'une coqueluche prolongée ou d'un tic coqueluchoïde, alors, qu'en réalité, c'est une adénopathie trachéo-bronchique qui s'installe à la faveur de cette maladie anergisante.

Le *pseudo-asthme ganglionnaire de Joal* demande à être distingué de l'asthme infantile qui est un asthme humide, catarrhal fébrile.

Lorsque les manifestations réactionnelles à distance dominent la symptomatologie, il faut discuter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique avec :

Les poussées bronchitiques à répétition de la dilatation des bronches, et surtout avec :

Les troubles respiratoires, liés à la rhinobronchite descendante chez les adénoïdiens.

Il est de règle d'observer, chez ces enfants, à plusieurs reprises, des accidents caractérisés par une toux violente, sèche, puis grasse, accompagnée de ronflement et de râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons. Ces troubles respiratoires sont accompagnés d'une élévation thermique. Dans l'intervalle des poussées bronchitiques, l'enfant reste chétif, se développe mal, le thorax est insuffisant, l'appétit minime et la pâleur marquée. L'examen de l'appareil pulmonaire révèle souvent des modifications respiratoires d'un côté.

La palpation montre l'existence d'adénopathies sous-maxillaires, cervicales, axillaires. Si bien que dans l'ensemble, ce tableau clinique et son évolution rappellent singulièrement celui de l'adénopathie trachéo-bronchique. Dans tous ces cas, il faut faire examiner systématiquement le rhinopharynx de ces malades, et ne pas porter le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique avant d'avoir éliminé l'infection rhinopharyngée chronique des adénoïdiens.

Il convient toutefois de remarquer que ces adénoïdiens font plus facilement que d'autres enfants des adénopathies médiastines.

III. **Chez l'adulte.** — Ou bien l'adénopathie trachéo-bronchique est latente et c'est la radiologie qui décèle l'existence d'ombres médiastinales et hilaires dont il faut savoir reconnaître la nature ganglionnaire.

Ou bien il existe un syndrome médiastinal dont il faut rechercher la cause.

On éliminera parfois difficilement, même avec le secours de la radio :

Une ectasie aortique ;
Un cancer de l'œsophage ;
Une médiastinite syphilitique ;
Un abcès pottique ;
Une pleurésie médiastine ;

et plus accessoirement :

Un goître plongeant ;
Un kyste dermoïde, un fibrome du médiastin.

B. Le diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique étant porté, le *diagnostic de nature se pose.*

Chez le nourrisson et chez l'enfant, en dehors des adénopathies transitoires au cours des pneumopathies aiguës, la tuberculose est presque toujours en cause, étiologie que l'on élucidera à l'aide :

D'une enquête serrée ;
D'une cuti-réaction.

Chez l'adulte, on dépistera :

La *leucémie lymphoïde* par la recherche d'autres adénopathies, d'une splénomégalie modérée et par l'étude du syndrome hématologique ;

La *maladie de Hogdkin à forme médiastinale* par les poussées fébriles, le prurit, l'existence d'une éosinophilie sanguine ;

Le *lymphadénome, le lymphosarcome*, qui s'accompagnent de douleurs vives, de signes de compression médiastinale, très accentués et d'une cachexie à marche rapide ;

Le *diagnostic des adénopathies cancéreuses* sera plus facile quand elles succéderont à un cancer de l'œsophage ou du poumon ;

On se rappellera enfin :

L'existence possible d'adénopathie trachéo-bronchique syphilitique.

C. Un dernier problème diagnostic se pose encore, *il faut savoir si la tuberculose est en période évolutive ou non.* Il y a là une question très délicate à résoudre et qui domine le pronostic.

On se basera sur :

L'âge du malade;
Les caractères radiologiques des lésions ganglionnaires et pulmonaires;
Sur la cuti-réaction.

Traitement. — Il comporte : la plupart des indications thérapeutiques de la tuberculose en général.

La prophylaxie consiste surtout à écarter le nourrisson ou l'enfant de toute source de contagion. En milieu hospitalier, on aura recours aux œuvres si utiles de préservation de l'enfance (Œuvre Grancher, Placement des tout petits).

On s'efforcera de prévenir les complications des affections contagieuses, dites phtisiogènes.

Au cas d'adénopathie trachéo-bronchique confirmée :

La cure hélio-marine (sanatorium, hôpitaux marins) lorsqu'il n'existe pas de lésions pulmonaires accentuées;
La cure de montagne;

donneront souvent de très bons résultats.

La radiothérapie, l'héliothérapie générale, les rayons ultra-violets, peuvent provoquer des améliorations notables.

Le traitement général trouvera un précieux adjuvant dans l'emploi :

De la médication iodée (sirop iodotannique);
D'huile de foie de morue;
De la médication arsenicale (liqueur de Fowler, etc...).

BIBLIOGRAPHIE

AMEUILLE. Art. ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE, in *Traité de pathologie médicale* Sergent.

ARMAND-DELILLE, Isaac GEORGE et DUCROHET. La spléno-pneumonie tuberculeuse chronique chez l'enfant, *Presse méd.*, 1923, n° 49.

BERNARD (Léon). Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse, *Gaz. méd. de Nantes*, 1er et 15 nov. 1923; — L'adénopathie trachéo-bronchique de l'adulte, *Paris méd.*, avril 1914.

CALMETTE. *L'Infection bacillaire et la tuberculose*, 2e édition, Masson.

COMBY et GRANCHER. *Traité de médecine des enfants.*

CORDEY. Etude sur l'étiologie de la tuberculose dans la seconde enfance, *Th. de Paris*, 1925.

DEBRÉ. De l'abus du diagnostic d'adénopathie trachéo-bronchique chez l'enfant, *Journ. des prat.*, 1922, n° 39.

DEBRÉ et LAPLANE. Etude clinique du début de la tuberculose humaine, *Presse méd.*, 2 fév 1924.

DELHERM et CHAPERON. Etude radiologique du substratum anatomique des ombres hilaires normales, *Gaz. des hôpit.*, 4 et 6 juillet 1922.

DUCROHET. *Th. de Paris*, 1923.

DUFOURT. Pleurites et cortico-pleurites sous-mammaires au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique, *Gaz. des hôpit.*, 24 juillet 1919.

GUÉNEAU DE MUSSY. *Clinique médicale*, Paris 1874.

GILSON. Examen radiologique du médiastin, *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.

HUTINEL. Les réactions broncho-pulmonaires dans les adénopathies médiastines, Leçon clinique du 7 janv. 1914, in *Gaz. des hôpit.*

JACQUELIN. Adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse des adolescents et des adultes jeunes, *Journ. méd. franç.*, août 1924.

MARFAN. La tuberculose des enfants du premier âge, *Le Nourrisson*, 1924, nos 1, 2, 3, 4, 5; — La cuti-réaction : Sa valeur diagnostique, *Presse méd.*, 8 déc. 1923; Ses enseignements, *Presse méd.*, 22 déc, 1923.

MARSELOT. L'adénopathie trachéo-bronchique, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1919, nos 49 et 50.

MÉRY. Diagnostic précoce de la tuberculose ganglio-pulmonaire chez l'enfant, *Presse méd.*, 1920, n° 89.

RIBADEAU-DUMAS. Art. ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE, in *Nouveau Traité de médecine*, t. XII, Masson; — Sur le diagnostic des adénopathies trachéo-bronchiques, *Paris méd.*, 4 déc. 1920.

RIST et AMEUILLE. Le type adulte de l'adénopathie trachéo-bronchique, discussion : Léon Bernard, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 avril 1914.

SÉGARD. L'adénopathie trachéo-bronchique, *Journ. méd. franç.*, janv. 1924.

SERGENT, DURAND et COTTENOT. Les grosses adénopathies hilaires dans la tuberculose de l'adulte, *Revue de la tuberculose*, oct. 1924.

SERGENT. *Les Syndromes médiastinaux*, Paris 1924, Doin

WORINGER. Infiltration pulmonaire chronique survenant chez des enfants tuberculeux et disparaissant après une durée de plusieurs mois, *Revue de la tuberculose*, oct. 1924.

ACTUALITÉS

LA SÉROTHÉRAPIE ANTIPNEUMOCOCCIQUE

INDICATIONS. — RÉSULTATS.

Les premières tentatives de traitement par un sérum d'affections à pneumocoque, en particulier d'affections pulmonaires n'ont guère donné de résultats constants ni probants; il en faut sans doute chercher le motif dans la conception alors régnante du pneumocoque, espèce microbienne simple.

Des études longtemps poursuivies permirent au contraire à Dochez et à Gillespie, de distinguer dès 1913 quatre variétés de pneumocoques, analogues mais non entièrement semblables; les types I, II, et III constituant 80 p. 100 environ des germes prélevés sur des malades. I et II semblaient des types particulièrement virulents et immunisants. Aussi prépara-t-on à partir des types I et II, des sérums qui retinrent l'attention des médecins américains. Le groupe IV, dont les espèces constituantes avaient été prélevées sur des sujets sains, ne semblait au contraire, doué à tous les points de vue que de propriétés négatives. Nicolle et Debain montrèrent en 1919 qu'il n'était fait que d'espèces issues des trois autres groupes. On pourrait, au contraire en raison de caractères particuliers, constituer en type IV les pneumocoques isolés par Borrel et Kérandel à partir de sujets de race noire.

Depuis qu'on a fait entre les pneumocoques les distinctions utiles, il semble que les résultats de la sérothérapie soient devenus plus constants. Pour les types I et II, au moins, l'action des sérums semble spécifique, bien que lorsqu'ils sont très actifs ceux-ci semblent, au point de vue préventif devenir polyvalents (Truche). En dépit de cette spécificité qui ne permettrait au premier abord de sérothérapie qu'après identification de la variété en cause, du fait de l'égale fréquence à l'origine des bronchopneumonies des trois types microbiens et du fait de la prédominance du type II dans la pneumonie, on peut avec de bons résultats user d'un *sérum polyvalent* tel que celui de l'Institut Pasteur (sérum polyvalent I, II de Truche et Cotoni) à condition d'en injecter des doses suffisantes.

On emploie pour la préparation des sérums des cultures microbiennes atténuées, injectées à l'animal après stérilisation par divers procédés. Lorsque le

germe pathogène a pu être identifié on peut employer le sérum spécifique; mais dans les cas nombreux où la détermination n'a pu être faite les sérums polyvalents présentent un intérêt incontestable. Pour parer à l'insuffisance de la sérothérapie antipneumococcique lorsque le pneumocoque n'est pas seul en cause, certains auteurs ont étendu aux espèces associées au pneumocoque la notion de plurivalence (sérums anti-pneumo-strepto-staphylococcique de d'Œlsnitz, Duplay et Carcopino). Pour prolonger enfin l'action du sérum et parer aux manifestations tardives, d'Œlsnitz et Colle ont combiné sérothérapie et vaccinothérapie et auraient dans des cas même graves obtenu des résultats satisfaisants.

Indications de la sérothérapie. — *Age du malade.* — Il ne paraît pas constituer à lui seul une contre-indication puisque chez le jeune enfant (Blechmann, d'Œlsnitz. Colle et Rocaz) comme chez le vieillard (Girod et Mercereau, Richon) on a pu aussi bien que chez l'adulte obtenir de bons résultats,

Localisations pneumococciques. — C'est naturellement au cours des *affections pulmonaires* que la sérothérapie semble surtout indiquée.

Au cours de la *pneumonie franche*, on n'en a fait jusqu'ici qu'un usage restreint quoique avec parfois de bons résultats (Mac Laughlin). Dans les *pneumonies grippales*, la sérothérapie antipneumococcique associée ou non à une autre paraît pouvoir hâter l'apparition de la crise. Dans les *bronchopneumonies* on en a plus fréquemment usé; d'Œlsnitz a obtenu des résultats satisfaisants dans les bronchites capillaires de l'enfance. Pour Bobay, les succès sont assez fréquents chez l'enfant pour qu'on puisse considérer le sérum comme indiqué dans toutes les pneumopathies aiguës de l'enfance.

Dans les *congestions pulmonaires* les effets seraient parfois très rapides (Courcoux et Deglaire).

Dans les affections pleurales l'indication est moins catégorique; chez l'enfant et même l'adolescent on a pu obtenir des résultats intéressants (Bobay) même au cas de pleuro-pneumonies à épanchement louche ou purulent mais à la condition absolue que le traitement soit précoce et les doses fortes et répétées. (D'Œlsnitz, Duplay, Carcopino). Pour Sacquépée, au contraire, la présence d'un épanchement purulent est une quasi-garantie d'insuccès. Truche considère cependant le sérum comme un utile adjuvant du traitement chirurgical.

Dans les autres localisations de l'infection pneumococcique les effets du sérum sont moins nets. Les méningites résistent habituellement. Cependant Jeandel (du Mans) a publié un succès par sérothérapie intrarachidienne dans une méningite secondaire à une mastoïdite opérée.

Cerf et Pauly ont enfin employé le *sérum* dans un but *préventif*, pour éviter les *complications* pulmonaires de la période *post-opératoire*; ils pratiquent l'injection pendant même l'anesthésie pour parer au choc anaphylactique.

De même Apert, Cambessédès, Vallery-Radot, ont employé le sérum antipneumococcique associé au sérum antistreptococcique pour prévenir les *complications* pulmonaires de la *rougeole*.

Contre-indications. — Quels que soient les succès que la sérothérapie ait à son actif, elle comporte des contre-indications.

Les unes *relatives*, *accidents sériques* (urticaire, arthralgie, poussées thermiques, phénomènes de choc) habituellement bénins mais que leur intensité ou l'*état du terrain* peuvent rendre immédiatement menaçants.

Pour certains auteurs cependant, l'état de cachexie, d'hypotrophie ne seraient pas chez l'enfant une contre-indication absolue, non plus que chez l'adulte l'éthylisme ou le diabète.

Il convient aussi de se méfier de la sérothérapie dans les cas où une température très élevée coïncide avec une tension artérielle abaissée à cause des réactions thermiques secondaires.

D'autres *contre-indications* sont au contraire *absolues* : présence de bacillose, d'infections aiguës non pneumococciques en évolution, néphrites, cardiopathies, grossesse après le cinquième mois, où l'administration de sérum peut être l'origine d'accidents graves.

Mode d'administration. Posologie. — Parmi les voies d'administration proposées certaines sont, en pratique, peu utilisées en raison des risques qu'elles présentent ou des difficultés d'emploi.

La voie intrapulmonaire expose à des dilacérations par l'aiguille, à la formation d'infarctus et amène le sérum en un point d'où il diffuse mal; aussi est-elle abandonnée.

La voie intrapleurale, exempte de ces risques n'a d'application que dans les atteintes de la plèvre.

La voie intratrachéale, enfin, a été encore peu étudiée en raison de la délicatesse de la mise en œuvre mais bénéficiera sans doute des expériences futures; elle semble, en effet, en dépit des petites quantités de sérum qu'elle permet d'administrer, d'une efficacité réelle, surtout lorsqu'il s'agit d'ajouter à l'action générale du sérum une action locale plus intense (Weill-Hallé, Weissmann-Netter, Aris).

La voie intrarachidienne enfin a pu rendre des services au cas de localisations méningées.

Les cliniciens américains préfèrent les *injections intraveineuses* d'action plus rapide et plus énergique aux moindres doses.

Les autres auteurs, plus attentifs aux *inconvénients* inhérents à ce mode d'administration : *accidents sériques*, *choc anaphylactique*, toujours dramatiques et souvent dangereux, le déconseillent chez des sujets gravement atteints ou naturellement fragiles. De grandes précautions sont toujours indispensables : *diluer le sérum* dans 8 à 10 fois son volume d'eau physiologique (Mac Laughlin), *réchauffage* du sérum à 37°, *lenteur de l'injection* (30 minutes), qui ne mettent pas toujours à l'abri des accidents.

Maurice Renaud a joint au sérum pour 40 centimètres-cubes un demi-milligramme d'adrénaline mais avec cette technique également Sabrazès a vu des réactions extrêmement brutales.

Les injections *sous-cutanées* sont moins shockantes mais généralement considérées comme moins actives; elles peuvent cependant rendre des services chez les vieillards, les enfants et les sujets particulièrement fragiles.

Le plus grand nombre des cliniciens semble actuellement préférer les *injections intramusculaires*. Leur action serait plus rapide que celle des injections sous-cutanées et Truche les considère comme plus efficaces. Elles seraient donc la voie de choix au point de vue maniabilité, efficacité et rapidité.

Chez l'enfant enfin, Blechmann a pratiqué des instillations dans les fosses nasales.

Les doses employées diffèrent, selon les auteurs et la voie d'introduction.

Par voie nasale Blechmann instille anx enfants de XX à XL gouttes matin et soir.

Par voie intraveineuse, Mac Laughlin injecte *de 50 à 100 centimètres cubes* les trois premiers jours, dilués dans l'eau physiologique, et espace ensuite les injections; d'autres américains ont injecté davantage encore : à 90 à 100 centimètres cubes toutes les huit heures jusqu'à défervescence.

Par voie sous-cutanée ou par voie intra-musculaire la plupart des auteurs s'en tiennent à des doses moins considérables.

Par voie sous-cutanée, chez l'enfant de 10 centimètres cubes par jour au moins (d'Œlsnitz) à 60 au plus (Nobécourt), dose moyenne : 20 centimètres cubes tous les jours ou tous les deux jours (Weill-Hallé).

Par voie intramusculaire, chez le nourrisson, 10, chez l'enfant 20, chez l'adulte 40 centimètres cubes pendant trois jours au moins (d'Œlsnitz) ; Courcoux et Deglaire atteignent *60 à 100 centimètres cubes* et y ajoutent des injections intratrachéales de 10 à 15 centimètres cubes.

Pour Truche il est avantageux de donner *de grosses doses initiales* (*80 à 100 centimètres cubes* sous-cutanés, 30 à 40 intramusculaires) dans la pneumonie et de continuer ensuite par des doses moyennes de 20 centimètres cubes chaque jour. Dans les pleurésies les doses correspondantes sont de 60 puis de 20 centimètres cubes; dans les méningites de 40 centimètres cubes intrarachidiens avec 20 centimètres cubes intraveineux plusieurs jours de suite.

Dans les endocardites, de 20 centimètres cubes intraveineux plusieurs fois répétés.

Résultats cliniques. — L'action du sérum est surtout évidente sur les signes généraux.

Le plus souvent c'est la *courbe thermique* qui est influencée, et suivant des types divers ; tantôt défervescence brusque, précoce en vingt-quatre à quarante-huit heures, souvent vers le cinquième ou sixième jour parfois plus tôt; tantôt lysis précoce en deux ou trois échelons débutant douze heures environ après l'injection; tantôt défervescence précoce suivie d'un retour à une période d'état écourtée; tantôt enfin, atténuation de la température légère mais s'accompagnant d'une remarquable sédation des phénomènes généraux.

Sur ces *symptômes généraux* l'action du sérum est habituellement perceptible : le malade est plus calme, repose mieux, la cyanose disparaît faisant place à une coloration normale du visage. Le délire s'apaise. On voit se produire la débâcle urinaire quelquefois dans les douze heures, plus souvent avant les quarante-huit heures. Chez le vieillard la maladie s'achemine vers la guérison par le processus habituel mais sans symptômes précritiques.

L'*examen du sang* montre une hyperleucocytose précoce (parfois dix minutes environ après la première injection) suivie d'un retour graduel à la formule normale en même temps qu'on voit croître le taux des lymphocytes de la même façon qu'à la période précritique d'une pneumonie qui va guérir.

Ces changements sont plus ou moins marqués selon la forme clinique traitée; nets en général dans la pneumonie, moins nets dans les congestions pulmonaires, souvent moins nets encore dans les bronchopneumonies.

Quant aux *lésions pulmonaires*, elles semblent anatomiquement *peu modifiées* et les signes stéthoscopiques traduisent cette permanence. Il est cependant fréquent de voir l'évolution s'accélérer et les signes d'auscultation se modifier dès le cinquième ou sixième jour. Mais en dépit de cette permanence des lésions l'asphyxie s'est très précocement atténuée.

Résultats statistiques. — Sans adopter absolument la manière de voir de Bobay qui dans sa thèse fait du sérum antipneumococcique un agent thérapeutique d'une puissance toute particulière (50 p. 100 de guérison chez le nouveau-né, 100 p. 100 chez le grand enfant) il n'en reste pas moins certain que les résultats obtenus sont des plus notables. Les statistiques s'accordent en effet à montrer un abaissement très net du taux de la mortalité par comparaison avec les pneumococcies non soumises à la sérothérapie.

Les auteurs américains ont naturellement publié les premiers résultats et dans les pneumonies dues au type I, à la vérité les plus sensibles au sérum, ont vu la mortalité tomber de 30 p. 100 à 7 ou 10,5 p. 100 par l'usage du sérum.

En France les résultats sans être aussi remarquables sont pourtant appréciables : 6 décès sur 24 cas graves (Ménétrier et Mlle Wolff), 7 p. 100 avec le sérum au lieu de 13 p. 100, (Lassance), 12 p. 100 au lieu de 32 p. 100 chez les noirs (Blazy). Les statistiques de Sacquépée sont assez comparables : *5,40 p. 100 au lieu de 9,26 p. 100* en l'absence de traitement sérique.

Ces résultats varient naturellement avec l'âge du malade et la forme de l'affection soumise au traitement.

Pour d'Œlsnitz et Carcopino il y aurait chez l'enfant atteint de bronchopneumonie 8 décès seulement sur 14 cas lorsqu'on emploie le sérum ; pour Weill-Hallé on peut chez le vieillard, obtenir jusqu'à 6 guérisons sur 18 cas de pneumonie.

Pour Courcoux et Deglaire, si dans les formes de gravité moyenne on peut obtenir la guérison dans presque tous les cas, il y a encore 3 morts sur 8 cas dans les formes graves et 4 morts sur 4 cas dans les formes de haute gravité.

La pneumonic paraît être l'affection, la plus favorablement influencée par le sérum : 16 guérisons sur 21 cas (d'Œlsnitz, Duplay, Carcopino). Dans les bronchopneumonies on relève 9 guérisons sur 11 cas et 5 sur 7 cas de pleuropneumonie.

Chez l'enfant il n'y a que 6 guérisons sur 14 cas de bronchopneumonie grave.

Lorsque le sérum a une action favorable, celle-ci se fait sentir à des moments variables,

Dans la pneumonie franche il y a 7 fois abortisation entre le troisième et le septième jours pour 13 cas observés.

Quels que soient les succès de la sérothérapie, on ne doit jamais perdre de vue la possibilité d'accident sériques qui ont pu être notés, même après des injections sous-cutanées jusqu'à sept et même douze jours après les injections : urticaire, œdème de la lèvre supérieure et de la racine du nez, rash morbilliforme ou rubéoliforme, arthralgies avec élévation de température. De plus, dans certains cas, du fait de l'atteinte de l'état général ou de la gravité de l'infection le sérum reste impuissant.

Il n'en semble pas moins établi que contre toutes les formes d'infection pneumococcique la thérapeutique dispose d'ores et déjà d'une arme nouvelle et efficace et dont il est permis d'espérer que la puissance s'accroîtra encore.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 9 JUIN 1925)

Infection charbonneuse suraiguë, septicémie précoce. Mort. — M. Jean MORNET, interne à l'hôpital Saint-Antoine (présenté par M. Coyon, médecin à l'hôpital Saint-Antoine). Un homme vigoureux, travaillant les peaux de chèvre, atteint de pustule maligne à la joue, présente une hémoculture positive dès le deuxième jour, et meurt en cinq jours malgré cautérisation et sérum anticharbonneux sous la peau. Ce cas montre que, malgré la rareté relative dans les hôpitaux de Paris du charbon humain, il faut y penser. L'usine où était occupé cet homme reçoit des peaux de provenances multiples; les cas de charbon y seraient assez fréquents mais généralement bénins, aux dires du personnel. De semblables faits sembleraient justifier des mesures prophylactiques.

Discussion : M. Georges ROSENTHAL demande s'il existe une réglementation pour l'entrée des peaux exotiques?

M. MARTEL. Non, on tolère l'importation des crins, des peaux de pays qui ont du charbon, mais il existe en France aussi des régions suspectes.

M. BLIER. Les cas de charbon sont beaucoup plus nombreux qu'on ne le pense, à Saint-Denis notamment. L'inoculation à la joue, aux mains, est fréquente. Au Chili, où j'ai séjourné, le charbon est si fréquent que, l'on a pu m'en montrer vingt-deux cas dans une même salle d'hôpital! L'échec du sérum mérite de retenir l'attention.

Pour ce qui est de la désinfection des peaux, dans beaucoup de pays comme le Chili, et surtout le Thibet, les Indes, il est impossible d'espérer l'obtenir. Ici la désinfection mettrait en danger les ouvriers qui l'effectueraient.

Il faudrait donc que les ouvriers s'astreignent à la désinfection immédiate après le travail et se fassent soigner sans retard, en cas d'apparition de lésions. En présence de 250 à 280 cas mortels observés annuellement, il y aurait peut-être à envisager la vaccination obligatoire des ouvriers exposés, mais il faudrait que cette vaccination fût préalablement étudiée.

M. COYON. L'ouvrier était précisément dans une usine de Saint-Denis, où l'on a pris son cas comme tout à fait négligeable. Ces jours derniers, M. Chauffart a eu un cas qui n'a pas donné d'hémoculture positive et qu'il a traité avec succès par vaccin intraveineux.

M. Georges ROSENTHAL. Les travaux récents de Besredka sur la vaccination locale permettent de grands espoirs à ce sujet. Peut-être, à défaut de règlement, pourrait-on obtenir des ouvriers une vaccination volontaire.

M. MARTEL. La bactéridie présente d'énormes différences de virulence, celle-ci quelquefois est formidable et déjoue tout traitement. Le sérum de l'Institut Pasteur paraît très bon, mais je crois qu'il y a intérêt à donner d'emblée la forte dose, Et pour accentuer l'efficacité du sérum, je signale qu'un vétérinaire de Suresnes l'a employé pour trois vaches charbonneuses dont deux ont été sauvées.

Malheureusement, il y aura en France du charbon tant qu'y seront admises les matières riches en spores provenant de certains pays. Quant aux ouvriers et à leurs patrons, ils se préoccupent peu du charbon, ne voient pas le péril et se moquent de l'hygiène.

M. CHRÉTIEN. En attendant la mise au point de la vaccination chez l'homme, on pourrait, dans les usines dangereuses, exiger que les ouvriers aient des vêtements de travail qui y demeureraient et seraient lavés et désinfectés; que des lavabos avec antiseptiques, salles de douches, réfectoires isolés, soient installés; et qu'en aucun cas des aliments ne puissent se trouver en contact avec les produits animaux à manipuler; qu'une visite médicale soit obligatoire pour toute lésion cutanée.

MM. Ch. GROLLET et LEGRAND confirment ce qu'a dit M. Martel de l'insouciance des ouvriers.

M. HAUDUROY signale les travaux de Fortineau sur le traitement par la pyocyanose.

M. BLIER s'associe aux conseils de M. Chrétien mais estime que les ouvriers ne consentiront à changer de vêtements que lorsqu'ils auront des armoires individuelles, fermant à clef.

Au sujet du traitement, on a signalé en Argentine le curieux pouvoir curatif pour l'homme du sérum de veau.

Dans les pays à charbon, on voit quelquefois des bœufs et des chevaux vaccinés mourir de charbon foudroyant. Cette maladie comporte beaucoup d'inconnues. Pourquoi toutes les bactéricidies ne donnent-elles pas des spores? Pourquoi dans le sérum du rat, la B. s'entoure-t-elle d'une gaine seulement quand elle provient d'exploitations où l'on a eu recours à la vaccination? Pourquoi la résistance du veau, signalée par Chauveau dès 1888?

M. BROCQ-ROUSSEU. Le sérum de bœuf n'a pas donné en France les résultats annoncés par Kraus et les Argentins. Les cuirs importés du Thibet et de l'Inde apportent du charbon particulièrement virulent et il n'est pas surprenant que, dans certains cas, le sérum échoue, bien qu'étant très bon. Nous essayons de préparer, depuis longtemps, chez le cheval un sérum plus actif mais beaucoup de faits nous échappent encore.

M. URBAIN. On a beaucoup publié, en Argentine, sur l'emploi du sérum de bovidés, mais, par contre, Lignières, en particulier, le déclare sans action sur le charbon bactéridien. Quant au traitement de Fortineau, il a fait l'objet de la thèse du docteur Saint-Florent, qui rapporte des succès.

Présentation par M. HAUDUROY de son livre sur le bactériophage de d'Hérelle.

La rééducation motrice des enfants arriérés par le rythme. — M. JEUDON montre que le traitement médical, la rééducation motrice, la physiothérapie, l'électrothérapie, sont facilités en inculquant à l'enfant la notion du rythme.

Sur la nature du virus de la mosaïque du tabac. — M. Paul HAUDUROY rappelle quelles discussions ont eu lieu à propos de la nature du virus de la mosaïque du tabac : ultravirus pour les uns, il ne s'agit pour les autres que d'un processus d'autocatalyse. L'auteur rapproche les différentes propriétés connues du virus de la mosaïque de celles des ultravirus. Pour tous on retrouve l'invisibilité, la filtrabilité, le biotropisme, la transmission en série de l'infection. Discutant ces diverses propriétés, il conclut que le virus de la mosaïque est bien un ultravirus semblable à ceux connus à l'heure actuelle : herpès, encéphalite, bactériophage, etc.

La véritable nature de la pyorrhée alvéolaire. — MM. L. GOLDENBERG et L. PANISSET. L'idée que la pyorrhée pourrait être due a un virus filtrant avait été émise par L. Goldenberg. Le succès de la vaccinothérapie pratiquée avec un vaccin préparé contre les germes pyogènes est en faveur du rôle joué par des microbes de cette nature dans le développement de la maladie. L. Goldenberg et L. Panisset imaginent que virus filtrant et microbes de la suppuration sont intimement liés (cataxie); si l'on vient à rompre l'un des maillons de la chaîne (vaccinothérapie antipyorrhéique) la rupture ne permet plus à l'action pathogène de s'exercer, la guérison survient.

Contribution à l'étude de l'immunité locale, réactions adénolymphatiques consécutives à l'inoculation intradermique de vaccin microbien. — MM. L. GOLDENBERG et L. PANISSET. L'inoculation intradermique de vaccin microbien provoque une réaction du ganglion lymphatique voisin. Le fait s'observe en clinique, il est vérifié par la méthode expérimentale. Des constatations de cet ordre tendent à prouver que l'immunité locale est liée à l'action phagocytaire.

L'antagonisme des radiations. — M. FOVEAU DE COURMELLES. Les couleurs dites complémentaires du spectre solaire, peuvent être antagonistes, par suite diminuer ou supprimer les méfaits les unes des autres. Dès 1903, constatant la fréquence du lupus après la rougeole, qui rougit les tissus, ne laisse plus passer que des rayons rouges, arrêtant les ultraviolets microbicides, Foveau avait conclu qu'on devait employer les derniers rayons pour combattre la rougeole et ses suites.

En psychiâtrie, les déments excités étant soignés par les chambres bleues et les déprimés par les chambres rouges, on

oppose à l'antagoniste des symptômes celui des couleurs.

Cet antagonisme des couleurs que ramènent à l'actualité les travaux du professeur Pech, de Montpellier, exige certaines conditions de production, il conduit à des explications des coups de soleil des glaciers ou de la mer par absorption atmosphérique des intra-rouges laissant la prédominance aux ultra-violets.

Les radiodermites, lésions des ultra-violets que sont les rayons X et ceux du radium, doivent donc se traiter par l'infra-rouge et le rouge, actions calorifiques récemment vantées par MM. J. Risler et Ch. Mondain ; d'ailleurs antérieurement préconisées sous la forme ancienne de diathermie (H. Bordier) mais les rayons lumineux peu réfrangibles sont plus maniables et plus faciles à obtenir.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 26 JUIN 1925)

Accès hyperthermique au cours d'une fièvre typhoïde. — MM. VEDEL, PUECH et REVERDY. Chez une femme enceinte apparut, au dixième jour, au cours d'une fièvre typhoïde d'allure bénigne un grand accès fébrile avec température qui était à 36°5. Elle resta à ce chiffre pendant trois jours; après quoi la maladie reprit son cours. Cette chute de la température après l'accès est à comparer avec ce que l'on constate parfois à la suite des chocs provoqués dans le traitement des infections aiguës. Il faut ajouter que cet accès hyperthermique a provoqué l'avortement, en un seul temps, d'un fœtus de six mois et demi.

A propos de la transfusion sanguine. — M. VINON (d'Albi) pense que l'on a trop de tendance à étendre, en chirurgie, les indications de la transfusion sanguine qui expose à certains accidents. Dans les traumatismes shockants, les injections massives de sérum salé et surtout glycosé donnent des résultats tout aussi intéressants. La grande indication de la transfusion reste l'anémie aiguë posthémorragique. Lorsque celle-ci est pure, c'est-à-dire non accompagnée de gros dégâts musculaires ou osseux, on doit obtenir par la transfusion des guérisons constantes.

Importance de la notion de « débit des ions hydrogène ». Parallélisme de l'excrétion des ions NH^4 et des ions H par l'urine chez les sujets sains. — MM. CRISTOL et BONNET. La mesure du débit des ions (exprimés en unités Sörensen) par l'urine permet de mettre en évidence le parallélisme de l'excrétion des ions NH^4 et des ions H chez les sujets sains.

A propos de la préparation de la créatinine par la méthode de S. R. Benedict. — MM. CRISTOL et LANG. La préparation de créatinine pure en partant de l'urine ne donne jamais de bons résultats si l'on emploie de l'acide picrique ordinaire du commerce et des urines conservées au cyanure de mercure. Pour avoir un bon rendement il faut se servir d'acide picrique soigneusement purifié et agir sur des urines fraîches.

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1925)

Le traitement des diarrhées par les injections intraveineuses de chlorure de calcium. — MM. VEDEL et PUECH rapportent les excellents résultats qu'ils ont presque constamment obtenus dans le traitement des diarrhées par les injections intraveineuses de chlorure de calcium selon la méthode de Rist, Ameuille et Ravina (injection de 1 gramme de chlorure de calcium en solution à 50 p. 100). Cette méthode s'applique aussi bien au traitement des diarrhées tuberculeuses qu'à celui des diarrhées aiguës banales, aux diarrhées chroniques de longue durée de cause indéterminée. Les diarrhées de cause spécifique (amibiase, lamblias) en sont elles-mêmes atténuées. Elle semble cependant échouer dans le traitement des recto-colites graves aiguës dysentériques ou dysentériformes.

Fracture ouverte de la jambe. Ostéosynthèse par la méthode de Putti-Param. Très bon résultat éloigné. — MM. VILLA et CHARDONNEAU.

Variations de la formule sanguine au cours du traitement par le thorium X. — M. VEDEL et Mlle M. GIRAUD ont étudié les variations du nombre des globules rouges et des leucocytes et celles de la formule leucocytaire pendant toute la durée (quatre à huit semaines) des traitements par injection hebdomadaire de 300 microgrammes de thorium X. Leurs résultats peuvent se résumer ainsi :

1° Le nombre des globules rouges augmente légèrement pendant toute la durée du traitement.

2° Le nombre des leucocytes, au contraire, baisse pendant le traitement et reste à la fin à un chiffre très inférieur à celui du début. Cette baisse ne se fait pas de façon continue, mais présente des oscillations d'amplitude variable. Le nombre des leucocytes remonte après l'interruption du traitement.

3° Cette leucopénie s'accompagne de polynucléose et de diminution des mononucléaires. Pas de modifications des éosinophiles, sauf une diminution extrêmement marquée de ceux-ci (de 8 à 1 p. 100) chez un malade qui avait de l'éosinophilie sans cause connue avant le traitement.

Ces conclusions se rapprochent de celles formulées par Aubertin.

PRATIQUE MÉDICALE

L'URÉMIE. SON TRAITEMENT

L'insuffisance de la dépuration rénale se traduit sur l'organisme par un syndrome toxique qui n'est autre que l'urémie.

Ses diverses formes connues sont d'origine nerveuse ou cérébrale et d'origine gastro-intestinale.

Dans l'urémie il importe tout d'abord de réduire le plus possible l'apport des matières toxiques. Donc pendant quelques jours, diète hydrique exclusive; eau ou tisane additionnée de lactose, puis régime lacté (autant que possible avec du lait écrémé). Si le cœur est insuffisant la quantité de liquide permise sera 2 ou 3 litres par jour, s'il y a des signes de défaillance cardiaque, 1 litre ou 1 litre et demi seulement. L'alimentation solide ne sera reprise qu'après disparition complète de tous les accidents.

La saignée de 500 grammes est indiquée dès le début de la crise; si les accidents persistent dès le lendemain refaire une saignée de 300 grammes ou alors appliquer sur la région lombaire quelques ventouses scarifiées ou quelques sangsues.

Un purgatif drastique sera ordonné si le malade peut le supporter, sinon prescrire un lavement purgatif. Il est indiqué en plus de donner chaque jour deux ou trois lavements d'eau bouillie.

Des inhalations d'oxygène seront données aussi souvent que possible. Si la dyspnée augmente pratiquer les injections sous-cutanées d'oxygène. En même temps que ce traitement général, les troubles convulsifs nécessiteront une médication sédative : bromure de potassium et chloral par voie stomacale ou rectale. Si les résultats ne sont pas satisfaisants, faire des injections de morphine à petites doses.

Une indication à retenir, c'est qu'il est nécessaire de rétablir la diurèse. Par suite dès que le malade sera à même de l'absorber, lui donner de l'adonis vernalis sous forme d'extrait total ou diurène (3 ou 4 cuillerées à café par jour).

Le traitement causal, c'est-à-dire celui de la néphrite n'est pas à négliger; il faudra donc chercher suivant le cas à combattre l'hypertension artérielle, l'azotémie, la chlorurémie. Lorsqu'il y a de la cachexie urémique il faut employer des cardiotoniques; on se trouvera bien de prescrire encore le diurène, et enfin pour calmer la dernière phase de la dyspnée, associer l'éther à la morphine.

Vagotonies, sympathicotonies, neurotonies. Les états de déséquilibre du système nerveux organo-végétatif, par GUILLAUME. Un volume de 281 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Les grands syndromes respiratoires (1), par le professeur E. Sergent. Fasicule II. « Bibliothèque des grands syndromes » (professeur H. Roger, directeur, et docteurs Gutmann et Porak, secrétaires.

L'an dernier, le professeur Sergent faisait paraître, dans la même collection, le tome II des grands syndromes respiratoires, consacré à l'étude de l'insuffisance nasale, de l'asthme, des rhino-bronchites descendantes du syndrome bronchite chronique et emphysème pulmonaire. Cette année, il nous donne le tome 2, qui comprend quatre chapitres principaux : syndromes diaphragmatiques, syndromes II pleuraux, syndromes pulmonaires.

Fidèle à l'esprit de la collection, le maître de la Charité s'est attaché à isoler les complexes cliniques qui traduisent ces lésions et les perturbations fonctionnelles des diverses parties de l'appareil respiratoire, quelles que soient leur fonction et leur origine. C'est dire qu'il fait, avant tout, œuvre de séméiologie. Il prend soin de nous avertir dans son *Avant-propos* que cette méthode n'est pas exempte de risques, et qu'il n'est pas certain de les avoir tous surmontés. Le lecteur n'est pas obligé de le croire. Il suffit en effet, de se rendre compte du plan général de chaque chapitre, qui commence par un rappel succinct des notions d'anatomie ou de physiologie normale et par quelques notions de classification et se continue par de la bonne et saine clinique, pour comprendre tout l'intérêt d'une telle manière de faire. Aux données fournies par la clinique, l'auteur ne craint pas d'ajouter celle que nous valent les méthodes de laboratoire, dont au premier rang, la radiographie. Et comme il énonce clairement ce qu'il a bien conçu, il arrive à exposer, avec une élégante maîtrise, des sujets qui ont la réputation d'être passablement ardus. Un bon point à M. G. Doin qui a su faire le nécessaire pour que la forme soit digne du fond, et pour que la présentation du tome II des *grands syndromes respiratoires* soit irréprochable.

L. BABONNEIX.

Précis de diagnostic neurologique pratique (2), par le docteur J. Lévy-Valensi, médecin des hôpitaux de Paris.

Voici un ouvrage parfaitement compris qui sera de première utilité pour l'étudiant et le praticien. Il permettra à celui-là de faire connaissance avec la clinique neurologique, à celui-ci de trouver un guide pour les difficultés de la pratique journalière.

Un jeune maître ès-neurologie, M. Lévy-Valensi a essayé de simplifier les problèmes ardus et de dégager à propos de chaque syndrome les caractères essentiels nécessaires au diagnostic. Il a groupé par chapitres distincts les syndromes comparables entre eux, en dissociant le moins possible les maladies qu'ils constituent, et en les réunissant autour du syndrome principal.

Se remémorant ses premiers contacts avec la neurologie, il a tenté d'aplanir pour le lecteur les aspérités de la route qui y conduit.

Les comparaisons simples, les schémas multiples facilitent la compréhension du texte.

Voici les titres des principaux chapitres : Généralités. L'examen neurologique. Diagnostic des comas. Diagnostic des hémiplégies. Diagnostic des paraplégies. Diagnostic des états d'hypertonie généralisée. Diagnostic du syndrome cérébelleux. Diagnostic du syndrome vestibulaire. Diagnostic du tabes. Diagnostic des amyotrophies myélopathiques du type Aran-Duchenne. Diagnostic des myopathies. Diagnostic des poliomyélites antérieures aiguës. Diagnostic des polioencéphalites. Diagnostic des aphasies. Diagnostic des apraxies. Diagnostic des épilepsies. Diagnostic des tremblements. Diagnostic des chorées. Diagnostic des spasmes. Diagnostic des hypertensions intra-craniennes. Diagnostic des troubles radiculaires. Diagnostic des paralysies des nerfs rachidiens. Diagnostic des paralysies des nerfs craniens. Diagnostic des névralgies. Diagnostic des accidents hystériques. Diagnostic de la paralysie générale de l'adulte. Diagnostic de quelques syndromes sympathiques. Diagnostic des troubles des glandes à sécrétion interne.

Chaque chapitre se termine par des tableaux récapitulatifs très utiles.

Nous sommes heureux d'annoncer ce beau livre à nos lecteurs, sûrs qu'ils y trouveront, à le méditer, plaisir et profit.

L. BABONNEIX.

Précis d'organisation et de fonctionnement du Service de santé en temps de guerre. Principes de tactique sanitaire (1), par M. Ch. Spire, médecin principal de 2e classe, et M. P. Lombabdy, médecin major de 2e classe. Préface de M. le médecin inspecteur général Toubert.

M. Spire qui est professeur à l'Ecole supérieure de guerre et M. Lombardy viennent de mettre au point les enseignements de la dernière guerre relativement au fonctionnement du Service de santé. C'est le premier travail d'ensemble sur cette question, à ce titre il mérite un intérêt tout spécial. Il indique de plus les dispositions nouvelles qui vont devenir officielles et à ce titre encore il doit retenir l'attention de tous les officiers du Service de santé tant du cadre actif que du cadre complémentaire. C'est un livre à lire et à garder précieusement.

L. G.

Expertises des professions. Les mutilations. Physiothérapie. Indemnisation. Législation étrangère. Œuvres d'assistance. Prothèse. Placement. Emplois réservés. Travail et salaire. Apprentissage. Répertoire médical des professions et industries. Avec album de 73 figures (2), par le docteur Ch. Daussat, médecin principal de l'armée, président de commissions de réforme.

Ce nouveau livre fait suite à l'*Invalidité maladie*. Il étudie les conséquences professionnelles des infirmités et donne les indications les plus complètes sur les possibilités de placement.

L'auteur a réuni dans ce volume un grand nombre de renseignements épars dans de nombreuses publications. C'est dire combien sa lecture sera utile aux praticiens souvent bien indécis pour donner les conseils qu'on vient leur demander. La question des aptitudes professionnelles, illustrée et expliquée dans un album spécial, fait l'objet de développements d'un intérêt pratique considérable.

L. G.

Répertoire d'hygiène et de médecine sociales, vol. II (3), par le docteur L.-H. Dejust.

Ce volume, continuation du répertoire publié l'an dernier, renferme la bibliographie de l'hygiène et de la médecine sociales du 1er juillet 1923 au 1er juillet 1924. Il contient aussi quelques documents antérieurs, rassemblés seulement dans le cours de l'année.

Grâce à la méthode de classement très ingénieuse adoptée par l'auteur, on peut retrouver sans difficulté dans ce véritable dictionnaire les textes ou les renseignements utiles. C'est dire son grand intérêt.

L. G.

L'Invalidité maladie. Législations. Evaluations. Etiologie générale, Maladies professionnelles (4), par le docteur Ch. Daussat, médecin principal de l'armée, président de commissions de réforme.

Voici un excellent livre très documenté qui sera consulté avec fruit par tous les médecins experts et même par les magistrats.

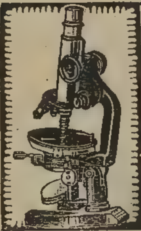
L. G.

(1) In-8 de 493 pages, avec 98 figures dans le texte et hors texte. — Paris, O. Doin.
(2) Un vol. gr. in-8 de 600 pages avec 395 fig. — Prix : 48 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 18 fr. — Paris, Ch. Lavauzelle.
(2) Un vol. in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, Vigot.
(3) Un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Union des syndicats médicaux de France.
(4) Un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.





BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'urologie en clientèle, par M. Le Fur. In-8. — Prix : 30 fr. — Paris, Norbert Maloine.

Guide-formulaire des spécialités pharmaceutiques, par le docteur H. Legrand. Un fort vol. de 960 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Legrand.

Les fruits de France, par Henri Leclerc. Un volume, 262 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1925, par le docteur R. Weitz. Préface de M. le professeur Carnot. (Ancien Formulaire Bocquillon-Limousin.) — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. et fils.

Le bacille de la nécrose et son rôle pathogène, par E. Cesari. Rapport présenté à la Société de pathologie comparée. Une brochure. — Prix : 2 fr. 75. — Paris, aux bureaux de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 55, avenue Kléber.

The technic of Local Anesthesia, par Hertzler. Un volume, 265 pages, 140 figures. — St-Louis, U. S. A., The C. V. Mosby Company.

LABORATOIRES CARTERET

Échantillon et Littérature : 15, rue d'Argenteuil, PARIS

Nº 70. — MARDI 1er & JEUDI 3 SEPT 1925. 98e ANNÉE. MARDI 1er & JEUDI 3 SEPT. 1925. — Nº 70.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — CONCOURS D'AGRÉGATION. — *Section d'ophtalmologie.* — Un concours pour deux places d'agrégé des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section d'ophtalmologie) sera ouvert à Paris en mars 1926.

Pourront seuls y prendre part les candidats admis, suivant l'arrêté du 12 avril 1923, à prendre part au concours qui s'est ouvert à Paris pour la section d'ophtalmologie le 29 mai 1923.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les Académies quatre mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils resteront ouverts pendant deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne la Faculté pour laquelle il se présente.

Les règles déterminant les épreuves, leur notation, l'admissibilité et l'admission, la désignation et le fonctionnement du jury sont celles qui ont été fixées par les arrêtés des 7 novembre et 19 décembre 1922, complétés par l'arrêté du 15 janvier 1923 pour les concours d'agrégation de médecine de 1923. (*J. O.*, 26 août 1925.)

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Naudascher, médecin des asiles, a été nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés de Navarre (Eure), en remplacement de M. le docteur Daday, appelé à d'autres fonctions. (*J. O.*, 27 août 1925.)

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 30 août 1925, sont nommés dans le corps de santé militaire de l'armée active les élèves du Service de santé militaire dont les noms suivent, reçus docteurs en médecine :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. Crebassa, Eldin, Koehren, Lesbats, Tournadre.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe. — M. Larroque.

— Par décret en date du 20 août 1925, le médecin et les pharmaciens auxiliaires ci-après désignés sont nommés dans le cadre des officiers de réserve du Service de santé :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe de réserve. — M. Leplat.

Au grade de pharmacien aide-major de 2e classe de réserve. — MM. Lacruche et Hubert.

MARINE. — SERVICE DE SANTÉ. — M. le médecin principal Quentel, du port de Toulon, est désigné pour remplir les fonctions de médecin-major du 2e dépôt des équipages à Brest.

— Par décret en date du 27 août 1925, ont été nommés dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. Vallot, médecin en chef de 1re classe de la marine en retraite.

Au grade de médecin principal. — M. Goere, médecin principal de la marine en retraite.

Au grade de médecin de 1re classe.— M. Ratel, médecin de 1re classe de la marine, démissionnaire. (*J. O.*, 29 août 1925.)

VIIe CONGRÈS DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS. — Fondée en 1919, l'Association professionnelle des médecins, chirurgiens et spécialistes des hôpitaux civils de France tiendra son VIIe Congrès, lundi et mardi 5 et 6 octobre, à 17 h. 30, à la Faculté de médecine de Paris. Ordre du jour : compte rendu de l'année 1924-1925 ; question des payants et des accidents du travail dans les hôpitaux ; questions diverses ; élection du Conseil pour 1925-1926. Les membres qui auraient des questions à voir figurer à l'ordre du jour sont priés de faire connaître leur désir à M. le professeur H.-L. Rocher, secrétaire général, 91, rue Judaïque, Bordeaux, ou à M. le professeur Reynès, président, à Marseille.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Auguste Lutaud, ancien médecin de Saint-Lazare.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE BAUDELOCQUE (professeur : A. COUVELAIRE. — *Cours élémentaires de pratique obstétricale.* — Cours élémentaires d'une durée de deux semaines, sous la direction de M. Portes, accoucheur des hôpitaux, avec la collaboration de MM. Powilewicz, ancien chef de clinique ; Desnoyers, chef de clinique ; Hidden, chef de clinique adjoint ; Allard et Job, aides de clinique.

Première série : du 1er au 14 septembre.

Deuxième série : du 1er au 14 octobre.

Un jour sera réservé pour la visite détaillée du Musée de la clinique.

Droit d'inscription : 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

COURS DE PRATIQUE CARDIOLOGIQUE, sous la direction de M. le docteur Ch. LAUBRY, avec la collaboration de MM. les docteurs Daniel Routier, Jean Walser et G. Marchal et de M. Thomas, interne du service.

Les cours auront lieu du 12 octobre au 24 octobre 1925 à l'hôpital Broussais, 96, rue Didot, XIVe, de 11 heures à midi pour les leçons théoriques, les après-midis pour les démonstrations pratiques.

En outre, les mardis, jeudis et samedis, consultations de policlinique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, de 9 heures 1/2 à 11 heures et les lundis, mercredis et vendredis aux mêmes heures, visite dans les salles et radioscopie par M. le docteur Ch. Laubry.

Programme des leçons. — Bruit de galop. Rétrécissement mitral. Accidents cardio-vasculaires de l'hérédo-syphilis. Endocardites lentes. Rhumatisme cardiaque évolutif. Insuffisances valvulaires fonctionnelles. Maladie bleue. Symphyse cardiaque. Tachycardies. Artérites périphériques. Phlébites et leur traitement. Notions et acquisitions nouvelles en thérapeutique cardiaque.

Droit d'inscription 200 francs,

Adresser les demandes d'inscription à l'hôpital Broussais (docteur D. Routier) ou s'inscrire le jour de l'ouverture du cours

DÉMONSTRATIONS DES TECHNIQUES RÉCENTES DE SÉMÉIOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE GASTRO-ENTÉROLOGIQUES. — Le docteur René Gaultier, ancien chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris, fera du 28 septembre au 3 octobre, de 10 à 11 heures, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Aran, une nouvelle série de démonstrations pratiques de gastro-entérologie. Il exposera successivement :

Lundi 28 septembre. — La gastrotonométrie clinique (nouvelle méthode d'exploration de l'estomac basée sur l'étude de sa musculature). Instrumentation. Technique. Applications thérapeutiques : insufflations gazeuses d'O et de CO^2, massage pneumatique de l'estomac dans les atonies et dans le spasme.

Mardi 29 septembre. — L'analyse fractionnée du chimisme gastrique à l'aide de la sonde d'Einhorn. Applications pratiques pour l'étude de l'évolution digestive et l'action des médicaments dans les diverses dyspepsies.

Mercredi 30 septembre. — Le tubage duodénal dans ses indications diagnostiques des affections duodénales, biliaires et pancréatiques. Ses applications thérapeutiques : l'alimentation duodénale dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux ; le drainage non chirurgical des voies biliaires, dans le traitement des ictères et des cholécystites.

Jeudi 1er octobre. — Exposé résumé des méthodes de coprologie dans leurs applications à la clinique des maladies des voies digestives (examen macro et microscopique des fèces, présentation de nombreuses préparations microscopiques, de microphotographies, de moulages de garde-robes). Syndrome coprologique des colites. Le traitement des colites chroniques par le lavage de l'intestin de haut en bas à l'aide du tube intestinal introduit par la bouche ; présentation de films.

Vendredi 2 octobre. — Continuation de l'exposé des méthodes de coprologie clinique (examen chimique des fèces, réaction, hémorragies occultes, chimisme des graisses fécales). Les pansements-lavements dans le traitement des rectosigmoïdites sous le contrôle de la rectoscopie.

Samedi 3 octobre. — Continuation de l'exposé des méthodes de coprologie clinique (examen bactériologique et parasitologique des fèces). L'émétine, les arsenicaux, le bismuth, le thymol, la térébenthine, le chloroforme dans le traitement des infestations parasitaires de l'intestin.

Les médecins ou étudiants désireux d'y prendre part sont priés de s'inscrire près de la surveillante de la salle Aran, à l'hôpital Saint-Antoine, ou par lettre chez le docteur René Gaultier, 40, rue de la Bienfaisance, Paris (VIIIe).

CHRONIQUE

LES V. E. M. D'ÉTUDIANTS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Le professeur agrégé M. Perrin a consacré les V. E. M. de ses étudiants à la continuation de la visite des stations climatiques et hydrominérales de l'Est, commencée l'an dernier par Luxeuil, Plombières, Besançon-la-Mouillière, Salins du Jura, Divonne, Contrexéville et Vittel.

Un premier V. E. M., d'une durée de trois jours, entièrement en auto-cars, eut lieu à la Pentecôte. Par la Chapelotte, le Donon, Grendelbruch et Obernai, où une gerbe de fleurs fut déposée sur la tombe de M. le doyen Meyer, il gagna le Mont Sainte-Odile, le Hohwald et la station de Châtenois, puis Sélestat où le capitaine Bucquoy et le docteur Bronner, maire de la ville, avaient organisé une réception parfaite. Le lendemain, après avoir visité le Haut-Kœnigsbourg et la source Carola à Ribeauvillé, la caravane atteignit Soultzmatt, où, après un superbe déjeuner offert par la Société Nessel, M. Georges Thomas, administrateur-délégué de la Société, fit les honneurs des griffons et de l'embouteillage et indiqua en détail les procédés modernes de captage employés ; dans l'après-midi, on traversa Thann et la Vallée de Wesserling, pour aller coucher à Fellesing. Enfin, le lendemain, par la route des Crêtes et la Schlucht, la caravane arriva à Gérardmer, où l'attendaient MM. Charton, maire ; Valentin, adjoint ; Mathieu, président du Syndicat d'initiative, et le docteur Grosjean, qui exposa les indications climatiques de la station ; après un excellent déjeuner et une promenade aux bords du lac, le V. E. M. regagna Nancy dans la soirée.

Un dimanche de juin fut d'autre part consacré à la visite de Martigny et de Bourbonne. A Martigny, après la visite des sources guidée par M. le colonel Féry, maire, et M. Poinat, president du Conseil d'administration, eut lieu un vin d'honneur où M. le docteur Payen précisa la place occupée dans la gamme hydrologique par chacune des trois stations voisines : Vittel, Contrexéville et Martigny. Des auto-cars conduisirent ensuite le V. E. M. à Bourbonne, où M. le colonel Parison, maire, les médecins de la station et le directeur de l'établissement firent les honneurs des installations thermales et des bassins de réfrigération. Après la visite de l'hôpital militaire sous la conduite de M. le médecin principal Dehoey, et un repas plantureux, M. le docteur Molly fit une intéressante causerie sur les vertus curatives des eaux ; l'après-midi se passa dans le parc, et la caravane revint dans la soirée à Nancy.

Enfin la série des V. E. M. se termina, comme tous les ans, par la visite de l'établissement et des superbes piscines de Nancy-Thermal, que M. le docteur Morin, administrateur, conduisit, après avoir indiqué les maladies susceptibles d'être améliorées par ces eaux.

M.

TROUBLES ENDOCRINIENS

ET

KÉRATITE PARENCHYMATEUSE HÉRÉDO-SYPHILITIQUE

Par le docteur A. CANGE,

Professeur de clinique ophtalmologique
à la Faculté de médecine d'Alger.

Le 2 septembre 1924, alors que notre premier travail était à l'impression, entrait à la clinique ophtalmologique de la Faculté une fillette de onze ans dont la double kératite parenchymateuse se trouvait associée à des manifestations endocriniennes, association morbide sur laquelle nous attirions précisément l'attention dans la *Gazette des hôpitaux* des 16 et 18 septembre et 23 et 25 septembre de l'année dernière. Nous faisions ressortir alors tout l'intérêt qu'il y aurait à reprendre, à ce point de vue, les observations anciennes, ajoutant toutefois que c'est surtout aux faits nouveaux, dont l'analyse sera désormais orientée dans ce sens, qu'il appartiendra de nous renseigner sur l'existence, la fréquence et l'importance des troubles endocriniens dans la genèse et l'évolution de la kératite hérédo-syphilitique. La nouvelle observation que nous publions aujourd'hui, pour ainsi dire calquée sur celle qui a fait l'objet de notre premier mémoire, montre bien qu'il ne s'agit pas d'une simple coïncidence; elle va nous permettre d'insister à nouveau sur la corrélation de certaines affections oculaires avec les altérations des glandes à sécrétion interne.

OBSERVATION (1). — O... M..., âgée de onze ans, de 1m37 de taille et 30 kilogs de poids, quoique bien proportionnée, est d'apparence plutôt chétive. Avant même de reconnaître l'affection oculaire dont elle est atteinte, on est frappé, dès la première inspection, par certaines particularités céphaliques que nous allons décrire tout d'abord en détail pour en préciser ensuite, avec les déductions qu'elles comportent, les traits caractéristiques.

La configuration extérieure du crâne est, d'une manière générale, assez difficile à apprécier exactement, en raison de l'abondance de la chevelure qui le dissimule sous un matelas épais et crêpu, et qui, débordant les régions temporales, encadre étroitement deux bosses frontales très proéminentes. Le nez est fortement ensellé, élargi et épaté à sa base; il surplombe une lèvre supérieure épaisse et comme infiltrée. La face, plutôt arrondie dans son ensemble, est d'une pâleur presque blafarde; les joues flasques et pendantes sont comme bouffies. Plissée entre les doigts, la peau de ces régions donne une impression d'empâtement tout à fait spéciale : il semble qu'une infiltration pathologique en a augmenté l'épaisseur et diminué la souplesse, de sorte que, sous l'impulsion d'une chiquenaude, toutes les parties molles de la joue s'agitent, en masse, d'un tremblottement caractéristique. Enfin, contrastant avec l'opulence de la chevelure composée d'éléments très gros et très secs, il faut mentionner la raréfaction des sourcils, dont la queue, à droite comme à gauche, est totalement effacée.

L'examen de la cavité buccale apporte à cet ensemble, déjà complexe, quelques nouveaux détails intéressants. La langue est étalée et légèrement augmentée de volume; la muqueuse des joues présente, elle aussi, un certain degré d'infiltration et d'épaississement. Les altérations dentaires nous paraissent également devoir retenir l'attention. Assez bien conservées dans leur forme, mais d'une coloration plutôt jaunâtre, les deux incisives médianes supérieures sont écartées l'une de l'autre (signe de Gaucher); à côté d'elles, à droite et à gauche, surgissent les deux incisives latérales qui, déviées en avant, présentent des anomalies importantes dans la configuration de leur face palatine : celle-ci au lieu de présenter la surface légèrement concave qui leur est habituelle, montre, au ras du collet, une sorte de mamelon qui élargit leur base et se perd en un plan progressivement incliné vers le bord tranchant de la couronne. Cette disposition se retrouve avec une symétrie parfaite des deux côtés. La canine supérieure gauche, fortement érodée au niveau de sa pointe, présente une encoche en V qui rappelle le type d'incisure donnée comme signe d'hérédo-syphilis; par contre, la canine droite est décapitée au ras de l'alvéole : l'enfant avoue avoir, elle-même, achevé de la briser, une carie pénétrante l'ayant antérieurement déchiquetée de toutes parts. Les trois molaires adjacentes des deux côtés présentent une implantation et une configuration tout à fait normales; il n'y a pas de tubercule de Carabelli; notons toutefois quelques points discrets de carie qui, çà et là au fond des sillons intercuspidiens, témoignent de la fragilité dentaire et d'une calcification insuffisante et défectueuse. Contrastant avec les altérations précédemment décrites à la mâchoire supérieure, il faut noter l'intégrité absolue de la mâchoire inférieure au niveau de laquelle les dents sont parfaitement régulières dans leur forme comme dans leur implantation; toutes les molaires sont saines; les incisives et les canines présentent une teinte blanche, nacrée, de bon aloi. Pour en finir avec l'examen de la bouche, mentionnons enfin la disposition ogivale prononcée de la voûte palatine.

L'examen général ne révèle rien d'important, excepté un léger épaississement des crêtes tibiales. Le fonctionnement de l'appareil respiratoire est normal. Au point de vue digestif, l'enfant accuse une constipation habituelle et remarquablement tenace. Objectivement, on ne découvre aucune lésion viscérale : le foie, comme la rate, ont un volume normal; les urines ne contiennent ni sucre ni albumine. L'exploration du système lymphatique décèle seulement une adénopathie cervicale bilatérale intéressant la chaine du sterno-cléido-mastoïdien et consistant, de chaque côté, en quatre ou cinq ganglions échelonnés l'un au-dessous de l'autre; leur volume varie de celui d'un petit pois à celui d'une grosse noisette; ils sont durs, nettement circonscrits, parfaitement mobiles et libres de toute adhérence aux plans musculaires sous-jacents et à la peau qui les recouvre. Cette adénopathie cervicale est d'ailleurs nettement isolée; les ganglions de la nuque, ceux des aisselles sont indemnes; pas d'adénopathie sus-épitrochléenne; les ganglions inguinaux sont également intacts. A l'occasion de cette exploration, on découvre au niveau de la face antéro-interne de la cuisse gauche une cicatrice très allongée, déprimée, dépigmentée en son centre, à contours brunâtres; elle aurait succédé à une ulcération survenue au cours de la première enfance et sur l'évolution de laquelle nous ne pouvons donner aucun détail; son aspect et ses caractères ne permettent pas d'affirmer une lésion spécifique : peut-être s'agit-il tout simplement de la cicatrice d'un élément de pyodermite banale du jeune âge.

Au point de vue circulatoire, l'auscultation ne révèle aucune lésion organique ou fonctionnelle du cœur, mais l'attention se trouve attirée et retenue par des *troubles évidents de la circulation périphérique* sur lesquels il nous faut maintenant insister.

Les mains présentent en effet une teinte violacée presque cyanotique; elles sont froides et donnent à l'observateur qui les presse l'impression de mains récemment mouillées et mal séchées. Le refroidissement occupe les doigts, la région de la paume, celle du dos de la main, la totalité du poignet; il se termine brusquement au niveau du tiers inférieur de l'avant-bras dont la chaleur, dans ces régions même découvertes, tranche nettement sur la température beaucoup plus basse des extrémités. Il existe une légère infiltration des parties molles qui donne, à la palpation, une impression d'empâtement; par contre, on ne remarque aucune disproportion dans la taille des divers segments qui constituent le squelette de la main, du carpe et de l'avant-bras. Il n'y a pas de troubles trophiques de la peau ou des ongles. Bien que l'enfant déclare qu'elle n'est pas sujette aux engelures, nous avons pu nous convaincre, à l'approche de l'hiver, que ces régions devenaient le siège de lésions érythémateuses des phalanges, avec doigts boudinés. Le refroidissement des extrémités, déjà très appréciable objectivement, est vivement ressenti par la

(1) Rédigée avec l'aide des notes recueillies par le docteur Renée ANTOINE, chef de laboratoire.

malade qui l'accuse elle-même; d'ailleurs, même dès le début de l'hiver, on a remarqué que l'enfant affectionne tout particulièrement les abords du radiateur; elle se promène en abritant constamment ses mains sous les aisselles, pour les réchauffer.

Ces modifications de la circulation périphérique sont nettement localisées aux membres supérieurs. Les téguments du pied et de la jambe présentent une coloration normale; contraste frappant avec ce qui s'observe au membre supérieur, la petite malade déambule pieds nus, et sans se plaindre, sur le carrelage des salles.

Au point de vue génital, en dépit de la précocité habituelle des petites filles indigènes, on ne relève, chez notre sujet, aucun signe qui puisse faire pressentir une puberté prochaine : l'enfant n'a jamais été réglée; les aisselles, comme le pubis sont encore glabres; les glandes mammaires sont à peine développées. L'état mental est celui d'une enfant d'âge plutôt inférieur au sien; insouciante et apathique, la petite malade aime les jeux sans s'y adonner avec exubérance, et témoigne, en toute chose, d'une inaltérable placidité.

Ajoutons enfin que la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang s'est toujours montrée négative; au contraire, la réaction de Hecht, pratiquée à plusieurs reprises, a donné une seule fois une indication faiblement positive. Nous reviendrons d'ailleurs sur ce dernier point ultérieurement.

C'est, avons-nous dit, à l'occasion de lésions cornéennes parenchymateuses que nous avons tenu à pratiquer longuement cet examen général. L'affection oculaire est apparue un mois environ avant l'hospitalisation, et l'œil droit fut atteint le premier. De ce côté, l'infiltration, rapidement progressive, aurait présenté une densité assez considérable pour compromettre sérieusement la vision; mais bientôt serait survenue une phase de résorption spontanée; de fait, quand nous examinons la malade pour la première fois, le trouble du parenchyme est encore notable et l'on assiste aux débuts d'une vascularisation totale bien que plus marquée aux deux extrémités du méridien vertical. La vision de ce côté est diminuée au point de ne permettre encore que la perception du déplacement des objets. L'œil gauche, qui venait d'être atteint à son tour, montrait une infiltration modérée plus accentuée dans l'hémisphère externe; cette infiltration s'accompagnait d'injection périkératique légère, avec larmoiement et photophobie intense. Bien que notablement réduite, l'acuité visuelle de cet œil permettait encore à la malade de se conduire. Par la suite, la vascularisation fut encore moins accusée que du côté opposé, se manifestant seulement par la présence de quelques pinceaux vasculaires grêles, capricieusement disséminés sur le pourtour du limbe, avec, toutefois, légère prédominance dans le quadrant supéro-externe. A aucun moment, l'enfant n'a accusé de phénomènes douloureux. Il n'y a pas, il n'y a jamais eu la moindre réaction du côté de l'iris et du corps ciliaire. L'éclairage oblique ne révèle aucune trace de synéchies postérieures; l'instillation d'un collyre à l'atropine produit une mydriase régulière; l'examen ophtalmoscopique montre des deux côtés, et localisées à l'extrême périphérie, au voisinage immédiat de tout le pourtour de l'ora serrata, *des lésions typiques de chorio-rétinite disséminée antérieure* caractérisées par des taches jaune-chamois, irrégulièrement pigmentées par des amas noirs de petite dimension. Ces lésions étaient la reproduction, sous une forme atténuée, de celles que nous avons précédemment rencontrées et décrites chez une de nos hérédo-spécifiques atteinte de kératite parenchymateuse (1).

Après un traitement de deux mois ayant comporté douze injections intra-musculaires de trépol, à raison de 1 centigramme par injection, l'infiltration cornéenne était à peu près complètement résorbée; et, quand l'enfant quitta le service, les signes objectifs avaient presque complètement disparu; l'acuité visuelle avait remonté dans des proportions considérables : un verre sphérique convexe de 1 dioptrie donnait V = 0,5 à droite et 0,6 à gauche. Seules, quelques nébulosités centrales du côté gauche, une étroite zone d'infiltration du limbe dans sa région supérieure à droite, ainsi que la persistance d'un faible degré de photophobie, accompagnée d'une injection périkératique légère, témoignaient encore des altérations antérieures du parenchyme cornéen.

Pour mieux étayer le diagnostic de syphilis héréditaire, nous avons eu recours, en outre des réactions sérologiques courantes, à une enquête familiale relative aux antécédents personnels et héréditaires de notre malade.

O... M..., est née à terme, robuste et bien conformée, et ne présentant à sa naissance (affirment ses parents), aucune lésion cutanée ou muqueuse. Nourrie au sein jusqu'à l'âge de un an environ, elle a pendant cet intervalle prospéré normalement. Mais, peu de temps après le sevrage, elle a présenté une otorrhée chronique qui a débuté et évolué insidieusement durant quelques mois et qui s'est tarie sans aucune complication sous l'influence d'un traitement banal. L'époque de l'apparition des premières dents ne peut être précisée, pas plus que l'âge auquel l'enfant a fait ses premiers pas. Aucune affection n'est à signaler jusqu'à l'âge de six ans; à ce moment apparut au niveau de la face interne de la cuisse un « bouton » qui suppura quelques semaines puis se referma spontanément laissant à sa place la cicatrice signalée plus haut. Depuis, l'enfant a joui d'une santé parfaite : elle mange et dort bien, n'accusant aucune souffrance; c'est au cours de cet état florissant, au moins en apparence, que sont survenus les accidents oculaires précédemment décrits et qui ont décidé de son admission à la clinique ophtalmologique de la Faculté.

Sa mère est chétive et souffreteuse. Elle a été mariée deux fois : de son premier mariage, elle aurait eu cinq enfants; quatre d'entre eux sont morts, à divers âges, d'affections dont la nature ne peut être précisée; tous quatre étaient malingres et maladifs. Le cinquième, seul survivant, a actuellement dix-sept ans. Il est très robuste, et assure à lui seul la subsistance de toute la famille. Au cours de son second mariage, la mère a présenté deux grossesses : la première, après une évolution normale, a donné naissance à l'enfant qui fait l'objet de notre observation; la seconde et dernière a été interrompue au huitième mois par l'expulsion d'un fœtus mort et macéré.

Le père, âgé de soixante ans, est très maigre et très affaibli; il souffre depuis de longues années de troubles urinaires liés au développement d'un calcul de l'urètre postérieur (?). Une intervention tentée, il y a deux ans environ, a abouti à la création d'un méat hypogastrique permanent; en outre de l'infection vésicale persistante, le malade aurait même présenté des signes de pyélonéphrite ascendante qui expliquent suffisamment l'état de cachexie dans lequel il se trouve actuellement. Par ailleurs, l'interrogatoire révèle un passé vénérien assez chargé : à vingt ans, blennorragie qui dura dix mois environ; à vingt-cinq ans, premier chancre, et vers l'âge de trente ans, deuxième accident semblable, dont on retrouve la cicatrice sur la face latérale gauche du gland au voisinage du sillon balano-préputial; cette cicatrice, des dimensions d'une pièce de cinquante centimes, se montre cernée de contours pigmentés non surélevés. Le fonds brunâtre n'est pas nettement induré. Les caractères de l'adénopathie régionale n'apportent aucune indication au diagnostic différentiel, en raison des lésions suppuratives du méat hypogastrique; on trouve, en effet, au niveau des plis inguinaux, des deux côtés, de gros ganglions, les uns encore mobiles sur les plans profonds, les autres déjà fixés dans une gangue de périadénite, tous sensibles, quelques-uns même très douloureux à la palpation et qui présentent les caractères des adénites inflammatoires banales. L'examen de la bouche, de la langue et du pharynx n'a rien décelé d'anormal.

Point capital, la réaction de Bordet-Wassermann dans le sang s'est montrée *fortement positive*.

En résumé, cette observation est celle d'une adolescente, âgée de onze ans, que ses antécédents héréditaires, que son passé pathologique et que son état actuel montrent entachée de syphilis héréditaire. Une première fois à l'âge de vingt ans, puis à l'âge de trente ans, le père a présenté deux chancres génitaux; il ne peut nous fournir aucune indication précise, ni sur leur nature ni sur leur évolution, mais l'existence du second, infectant celui-ci, est indiscutable puisqu'il a laissé à sa place une cica-

(1) CANGE et DUPUY D'UBY. Kératite parenchymateuse et hérédo-syphilis, *Gaz. des hôpit.*, août 1923.

trice à caractères fortement suspects. Bien qu'au dire de l'intéressé il n'ait été suivi d'aucun accident d'infection constitutionnelle, nous ne pouvons cependant ne pas être impressionnés par le résultat que nous apporte, à trente ans de distance, la réaction de Bordet-Wassermann qui, chez un malade laissé sans traitement, s'est montrée nettement et fortement positive. Chez la mère, et de son second mariage, est né à terme un enfant bien conformé, indemne en apparence seulement, et qui fait l'objet de cette observation. Une seconde grossesse n'a pu être menée à terme et a abouti à l'expulsion, au huitième mois, d'un fœtus mort et macéré. De tels faits autorisent à penser qu'elle, a à son tour, subi l'imprégnation spécifique. L'existence d'une syphilis acquise chez les deux géniteurs nous paraît donc pleinement établie.

Au dire des parents, l'enfant n'a jamais présenté d'accidents cutanés ou muqueux qu'on puisse rattacher à la vérole ; mais, nous avons retrouvé chez elle, en même temps qu'un léger épaississement des crêtes tibiales, l'existence : *a.* de malformations craniennes pathognomiques (bosses frontales proéminentes, front olympien, ensellure nasale) : *b.* de dystrophies dentaires (écartement des incisives médianes, anomalie de formes des incisives latérales, fragilité des molaires). Enfin, *c.* tout récemment, l'éclosion d'une kératite d'Hutchinson accompagnée de lésions typiques de chorio-rétinite disséminée antérieure, est venue, malgré la négativité de son Wassermann, nous apporter la confirmation définitive d'une infection luétique demeurée jusque-là insoupçonnée.

Donc, ce fait vient, après ceux que nous avons antérieurement rapportés, confirmer l'origine spécifique de la kératite interstitielle. C'est une notion aujourd'hui solidement et définitivement établie, et sur laquelle nous nous sommes longuement étendus dans nos précédents articles (1). Ajoutons toutefois que les investigations minutieuses que nous pratiquons maintenant d'une façon systématique dans notre service, en faisant appel à la collaboration de la clinique et du laboratoire, nous conduisent à nous ranger à l'avis des auteurs qui admettent l'influence presque exclusive de la syphilis héréditaire dans la genèse de la kératite parenchymateuse. Mais, à côté du problème étiologique se pose celui de la pathogénie dont nous avons également exposé les diverses théories en discutant un fait personnel et en nous aidant de faits antérieurement publiés. Nous avons particulièrement attiré l'attention sur le rôle que peuvent jouer, dans certains faits, les altérations endocriniennes (2).

Ce qui donne à notre nouveau cas une valeur toute particulière, c'est qu'il se rapproche du précédent, et qu'il nous montre, une fois encore, la kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique associée au syndrome de Maranon. Rappelons que, sous le nom de « mains et chevilles hypogénitales », Maranon a décrit un syndrome caractérisé par les signes fondamentaux suivants : 1° la coloration violacée, plus ou moins prononcée, disparaissant sous la pression du doigt, et réapparaissant dès que celle-ci vient à cesser ; 2° la froideur qui va de la simple fraîcheur jusqu'à la sensation d'un objet presque glacé ; 3° l'humidité, la sueur froide qui tantôt se borne à une légère exsudation de la paume, tantôt, au contraire, se traduit par une abondante sécrétion de toute la région ; 4° enfin, la tuméfaction pâteuse des tissus mous de la main. Ces manifestations, que Maranon considère comme fondamentales, se trouvent au complet chez notre petite malade. De plus, nous avons noté chez elle plusieurs caractères secondaires : la prédisposition aux engelures, l'éclosion à la période prépubérale des troubles constatés et leur exagération sous l'influence du froid. Il nous faut toutefois mentionner l'absence de troubles trophiques des ongles, et l'intégrité absolue des membres inférieurs, dont l'atteinte est d'ailleurs loin d'être constante.

Ces accidents d'acrocyanose ont été diversement interprétés par les auteurs. Les uns, avec Charcot, Thibierge, Hertoghe, et plus tard Léopold Lévy et H. de Rothschild, attribuent les « mains hivernales ». à l'insuffisance thyroïdienne. Hutinel en fait des lésions à prédominance hypophysaire. Maranon prétend, au contraire, que les accidents d'acrocyanose constituent la manifestation d'un trouble uniglandulaire, et qu'alors c'est la glande génitale qui est en cause ; il affirme, en outre, qu'observée au cours des syndromes pluriglandulaires, elle traduit, en dehors de toute intervention des autres glandes, l'insuffisance génitale seule, l'ovarique surtout. « Le fait clinique que notre expérience nous enseigne clairement, écrit-il, est que, dans tous ces troubles pluriglandulaires, l'existence nette d'une insuffisance génitale est nécessaire pour que l'acrocyanose se présente et qu'il y a un grand nombre de cas d'insuffisance génitale pure, sans troubles thyroïdiens ni hypophysaires dans lesquels cependant la main hypogénitale se présente clairement à l'observateur. » Quelle que soit d'ailleurs la théorie pathogénique à laquelle on se rallie, une constatation dominante, reconnue d'ailleurs par Maranon lui-même, est qu'en clinique l'insuffisance génitale juvénile est presque toujours associée à d'autres manifestations endocriniennes. Tandis que, dans notre première observation, « la main hypogénitale » s'accompagnait de petits signes d'insuffisance hypophysaire, dans le cas actuel elle coïncide avec un syndrome d'hypothyroïdisme manifeste que caractérisent les éléments suivants mis en évidence au cours de notre examen : *a.* la pâleur blafarde de la face avec bouffissure légère et empâtement du tissu cellulaire sous-cutané ; *b.* l'hypertrichose lanugineuse de sa chevelure ; *c.* l'effacement de la queue du sourcil, signe dont la constance paraît aujourd'hui solidement établie ; *d.* la constipation habituelle ; *e.* l'apathie et l'insouciance qui constituent les traits dominants de son caractère. En outre, et pour donner plus de précision à nos constatations cliniques, nous avons eu recours à l'épreuve des tests et recherché quelles modifications déclanchaient, au point de vue du pouls, de la tension artérielle, de la respiration, du réflexe oculo-cardiaque et de la température, l'injection intramusculaire d'adrénaline Clin (1 milligramme), de rétropituitine Choay (1 lobe postérieur), d'extrait thyroïdien Choay (2 ampoules). Et, voici les résultats que nous avons obtenus : l'injection d'adrénaline n'a provoqué aucune réaction appréciable ; l'extrait hypophysaire n'a pas donné de résultats concluants ; seul, le test de Parisot à l'extrait thyroïdien nous a permis d'observer, un ralentissement appréciable du pouls avec inversion contemporaine

(1) A. Cange et P. Dupuy D'Uby. Kératite parenchymateuse et hérédo-syphilis (*Gaz. des hôp.*, 14 et 16 août 1923).

(2) A. Cange et R. Antoine. Kératite parenchymateuse hérédo-syphilitique et manifestations endocriniennes (*Gaz. des hôp.*, 16 et 18 sept. ; 23 et 25 sept. 1924).

du réflexe oculo-cardiaque. De telles réactions auraient été observées au cours de syndromes nets d'hypothyroïdisme, et viendraient par conséquent confirmer, dans une certaine mesure, le diagnostic fondé sur les constatations cliniques.

Pour conclure, nous dirons que cette observation, au même titre que la précédente, puise son intérêt dans l'association à la kératite d'Hutchinson de troubles endocriniens multiples, et que, cette fois encore, la syphilis héréditaire domine et commande cet ensemble pathologique dont la complexité n'est qu'apparente. Amorcées dès les premiers temps de la vie, dès la fécondation pourrait-on dire, les lésions hérédo-spécifiques des glandes à sécrétion interne vont en se développant et en se précisant avec l'âge pour présenter leur maximum de fréquence et leur plus grande intensité à la période prépubérale, c'est-à-dire à cette phase de l'existence où, comme l'a dit Hutinel, on « n'assiste pas seulement à l'éveil d'une fonction, mais à une transformation de tout l'organisme, à une suractivité nutritive qui se traduit non seulement par un épanouissement de tout l'être, mais par une adaptation de l'organisme à une fonction nouvelle » ; c'est aussi le moment où, nous l'avons précédemment montré, la kératite interstitielle se montre avec une prédilection toute particulière. Ces syndromes endocriniens de l'adolescence sont le plus souvent pluriglandulaires sans qu'il soit toujours possible de déterminer d'une façon précise la part respective de chacune des glandes appelées à participer au complexus clinique observé. « Il n'est pas bien facile, écrivait récemment le professeur Audry, de décrire, de bien systématiser les endocrinides syphilitiques, parce que nous ne connaissons pas encore bien les réactions physio-pathologiques déterminées par chacune des glandes malades. De plus, tout porte à croire que les syndromes sont comme on l'a dit pluriglandulaires, plusieurs glandes étant frappées simultanément et mélangeant leurs effets (1). » Toujours est-il, qu'une fois encore, nous avons retrouvé, associée à la kératite d'Hutchinson, l'existence de troubles endocriniens où prédomine nettement le syndrome récemment individualisé par Maranon.

(1) Professeur Audry, *Bruxelles-Médical*, 1 déc. 1921.

ACTUALITÉS

NOUVELLE CONCEPTION DES VITAMINES

On peut dire que la question des vitamines est toujours pendante. Depuis les premières recherches de C. Funk (1911-1912), elle a provoqué de très nombreux travaux et, à chaque instant, il en paraît de nouveaux. Nonobstant, nous demeurons dans l'incertitude quant à leur nature et à leur fonction véritable. Des écoles se sont à peu près partout constituées, dont chacune défend son point de vue. Ainsi celle de Funk en reste à sa conception purement chimique, à laquelle se rattachent Abderhalden et Berg; celle des Français et notamment de Weill et Mouriquand envisage surtout les phénomènes de carence, dont l'action pathogène s'étend bien au delà des avitaminoses proprement dites, puisqu'elle englobe encore les déficiences de certains acides aminés, des graisses, des hydrates de carbone, des matières minérales et même des radiations lumineuses et ultra-violettes; enfin celle des Américains, Mac Callum, Dawis, Mendel, Osborne, Mellamby, etc., considère les vitamines surtout comme des agents de protection contre les dystrophies de l'enfance et en particulier le rachitisme. Quant à l'école Italienne, avec Centanni, Ciaccio, Lorenzini, Mancini, Ganassini, elle s'est efforcée d'établir des relations entre les vitamines et les hormones et de montrer que certains accidents d'avitaminose sont dus, non pas à une déficience des vitamines, mais à l'inaptitude de l'organisme malade à les utiliser. Il y a là évidemment une idée originale, que M. J. Lorenzini, directeur de l'Institut biochimique italien, a développée dans deux ouvrages (1), et qu'il me semble intéressant, en partie à cause des applications thérapeutiques, de faire connaître aux médecins français.

***

La tendance actuelle est de multiplier le nombre des vitamines; à côté de la vitamine A liposoluble et de la vitamine B hydrosoluble, on a cru pouvoir distinguer une vitamine C, une vitamine D et ainsi de suite. Mais cette distinction ne paraît pas suffisamment appuyée aux yeux de M. Lorenzini; ni au point de vue chimique, ni au point de vue physique, on ne peut établir une différenciation rigoureuse entre les facteurs A et B; d'autre part, d'après M. Mouriquand, le facteur C reste absolument hypothétique et quant au facteur D son existence n'a pas été non plus démontrée. Il semble donc que les vitamines se présentent comme des complexes hétérogènes et variables, qui, sous le rapport des actions physiologiques et pharmacodynamiques, peuvent constituer deux groupes principaux : le groupe A, qui influence la croissance et le métabolisme général : c'est le facteur antirachitique des Américains; et le groupe B qui empêche et guérit le béribéri; le groupe C, ou antiscorbutique, n'a pas de propriétés physiologiques fixes, car on sait, par expérience, qu'un même régime, privé du facteur B, produit chez les pigeons et le poulet du béribéri, chez les cobayes du scorbut et chez les chiens et les porcs un syndrome mixte scorbuto-béribérique, qu'on observe d'ailleurs aussi chez les enfants.

Puisque les vitamines ne sont pas des corps définis, mais vraisemblablement des complexes physico-chimiques, on doit chercher à quelles fonctions biologiques elles se rattachent. Abderhalden avait assimilé les vitamines à ces acides aminés qui sont indispensables à la constitution des protéines spécifiques du protoplasma. Violle, de son côté, les imaginait formées par un complexe métallo-organique, dans lequel les matières albuminoïdes serait indifférentes, tandis que le métal (manganèse, zinc, cuivre, fer, etc.) jouerait le rôle actif et spécifique; par là, elles se rapprocheraient des oxydases comme la laccase. M. Lorenzini fait remarquer que les vitamines ne paraissent pas être des substances albuminoïdes et que, au surplus, elles ne présentent pas le pouvoir catalytique de certains métaux. Et cependant cet auteur ne peut manquer de noter des analogies entre les diastases et les vitamines, car les unes et les autres possèdent la propriété d'agir à doses très petites pour déterminer des transformations très importantes, d'exercer leur action

(1) J. Lorenzini. *Valeur biologique des vitamines*, 1923; — *Théorie des vitamines et ses applications*, 1925.

optima dans des conditions définies de température et de milieu (acide, neutre ou basique) et de ne pouvoir être mesurée, dans leur puissance ou activité, que par la proportion des produits qui se développent sous leur influence dans l'unité de temps. Toutefois ces analogies ne permettent pas d'identifier ces deux catégortes de corps, car l'action vitaminique est indirecte et, de ce chef, elle se rapproche bien davantage de la *sécrétine* duodénale, par exemple, qui, sécrétée au contact du chyme acide, passe dans le sang et va exciter les sécrétions pancréatique, hépatique et intestinale. Or, cette sécrétion n'est ni de nature minérale, ni de nature diastasique et elle ne coagule pas. Suivant les recherches de BAYLISS et STARLING et celles de HENRIQUEZ et HALLION, cette substance a tous les caractères d'un hormone et se rapproche des principes actifs de la thyroïde, de l'hypophyse et des surrénales. On s'aperçoit ainsi que ces substances, vitamines et hormones, ont des propriétés communes : 1° Simplicité moléculaire; 2° résistance aux agents physico-chimiques et notamment aux sucs digestifs; 3° rapidité des effets; 4° action élective; 5° enfin oligodynamie. C'est en se basant sur ces données que M. LORENZINI conclut que les vitamines sont des corps voisins des hormones, dont l'action s'exerce sur le métabolisme normal et d'une manière élective sur les organes dystrophiques.

*
**

Il faudrait mentionner ici toutes les expériences faites par l'auteur en vue de démontrer sa conception originale du rôle des vitamines. Tandis que les *Kinases* de CENTANNI sont des stimulants endogènes indispensables à l'activité de certains ferments qui interviennent dans la nutrition, les vitamines représentent des stimulants exogènes, que nous devons obligatoirement emprunter tout faits à nos aliments ; leur fonction spéciale n'est point de fournir un principe chimique utile par lui-même aux élaborations cellulaires, mais de déterminer dans les tissus l'aptitude à mettre en œuvre les facteurs trophiques et à élaborer la substance dont ils ont besoin. C'est pourquoi elles interviennent constamment dans le métabolisme des protéines, des graisses, des hydrates de carbone et des matières minérales. Ainsi M. LORENZINI a démontré de la manière la plus claire que dans le rachitisme, l'administration à haute dose du chlorure de calcium et du phosphate de chaux n'empêche par les os de se ramollir et de se déformer et la croissance de s'arrêter, du moment que le régime est dépourvu de vitamines ; mais dès qu'on prescrit les vitamines de croissance, le phosphore et le calcium se fixent sur les cellules osseuses et l'enfant progressivement se rétablit. Mêmes observations peuvent être faites en ce qui concerne la maladie de Barlow, caractérisée surtout par une désalbumination de l'organisme à laquelle vient parer l'administration de vitamines qui règlent le métabolisme des protéines. Dans le rachitisme comme dans le scorbut, ce n'est ni le phosphore, ni le calcium, ni les albumines homogènes qui manquent, c'est la vitamine qui permet à ces matériaux, grâce à la stimulation qu'elle exerce sur les cellules, d'être assimilés et fixés dans les tissus qui les réclament. Nous voilà loin de l'idée qu'on se faisait jusqu'ici de l'action des vitamines.

Ainsi qu'il a été indiqué ci-dessus, M. LORENZINI ne reconnaît guère que deux groupes de vitamines A et B, l'existence et les propriétés du groupe C ne lui paraissant pas encore suffisamment précisées. Tous agissent sur la nutrition et la coordination, mais le groupe B présente une électivité remarquable pour le système nerveux ; la carence des vitamines antibéribériques entraîne, dès le début, des accidents nerveux parce que la vitamine B a précisément la propriété de stimuler le pouvoir assimilateur du neurone. Remarquons en effet que le béribéri et le scorbut guérissent, quelque nourriture qu'on donne au sujet, si on lui fait seulement prendre, d'une manière quelconque, les vitamines qu'exige son état.

De cette conception originale des vitamines, on déduit sans peine toutes les applications thérapeutiques qu'elles peuvent pratiquement recevoir. Elles intéressent trois groupes d'affections : 1° celui où les vitamines déficientes empêchent le jeu des fonctions assimilatrices, béribéri, scorbut ; 2° celui où les vitamines sont mal utilisées et conduisent ainsi à des dystrophies, maladie de Barlow, rachitisme surtout ; 3° celui où l'action vitaminique défaillante n'assure pas convenablement le métabolisme des principes alimentaires ou hormoniques, uricémie, glycémie, obésité, troubles endocriniens ; enfin, à ces trois groupes, il faut en ajouter un dernier, qui englobe les états physiologiques, nubilité, grossesse, puerpéralité, lactation, ménopause, dans lesquels les vitamines exercent un pouvoir de stimulation *eubiotique* qui permet de surmonter ces conditions d'infériorité physiologique relative, sans répercussions pathologiques. Mais, dans le traitement vitaminique de ces affections et dans l'action eubiotique, un facteur nouveau entre en jeu, sur lequel M. LORENZINI insiste justement. Les vitamines administrées sous la forme d'aliments frais, n'agissent, d'après les expériences de GANASSINI, que dans la première phase du béribéri ou du scorbut des animaux de laboratoire, et, par ailleurs, n'interviennent que d'une manière peu manifeste sur la pression vasculaire et le cœur, sur la composition du sang, sur les oxydations intraorganiques ou les sécrétions externes et internes. Pour obtenir une action efficace, tant sur les avitaminoses véritables que sur les troubles accentués du métabolisme, l'aliment riche en vitamines n'a pas un effet assez énergique et il faut, en conséquence, recourir à des vitamines concentrées, c'est-à-dire extraites des levures, des végétaux, des graisses, et amenées, par précipitations répétées à une teneur de plus en plus élevée, car elles acquièrent ainsi, comme les kinases, des propriétés de plus en plus énergiques. Voilà pourquoi M. LORENZINI affirme que « les propriétés pharmacologiques des vitamines sont en fonction directe de leur concentration ».

On ne peut méconnaître l'intérêt que présente la théorie du savant italien. Elle tend à éclaircir le mystère qui jusqu'ici entourait la fonction biologique des vitamines et à les faire entrer dans le cadre des substances thérapeutiques que nous commençons à manier avec sécurité. Certes, abstraction faite de la partie chimique qui reste encore presque complètement à écrire, bien des lacunes s'aperçoivent dans la partie physiologique en ce qui concerne surtout le métabolisme des protéines, des graisses et même des hydrates de carbone. La conception de M. LORENZINI n'en constitue pas moins une bonne hypothèse de travail capable d'orienter nos recherches dans une fructueuse direction.

J. LAUMONIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS

(SÉANCE DU 3 JUILLET 1925)

Un cas de talalgie double. — M. THÉVENARD. Au point de vue pathogénique, l'auteur croit à la suite de Tavernier (de Lyon) qu'on peut incriminer une périostite chronique déterminée par les tiraillements d'un puissant tendon à son attache et que, dans certains cas, on peut trouver une analogie entre la talalgie et l'épicondylite. Au point de vue thérapeutique, outre l'exérèse des parties molles enflammées, une large abrasion des tissus osseux sous-jacents est le plus sûr garant d'un bon résultat.

La méthode de Bothelo pour le diagnostic sérologique du cancer de l'estomac. — M. PÉRAIRE a opéré un malade dont les troubles digestifs étaient dus à une torsion de la vésicule biliaire par adhérences de celle-ci au bulbe duodénal. Ces troubles étaient consécutifs à une cholécystite calculeuse. La radiographie faite avec la réaction de Bothelo avait bien montré l'exactitude de ces dispositions anatomiques. Guérison très rapide sans drainage.

Ostéosarcome de l'omoplate. — M. André TRÈVES présente un garçon de cinq ans chez lequel la tumeur s'est développée en quelques semaines et a déjà envahi la totalité de l'os. Il se propose d'instituer un traitement par le radium. Examen sérologique négatif pour la syphilis.

M. PÉRAIRE montre des **radiographies d'un appendice iléo-cæcal tordu sur lui-même** et dont les points de rétrécissement sont tellement bien dessinés qu'ils correspondent exactement aux crises ressenties par le malade. Ces crises avaient une durée et une intensité si peu importantes que le malade continuait au bout de trois à quatre jours à vaquer à ses occupations. On pensait à de la simple cholécystite calculeuse. L'opération pratiquée à la suite de phénomènes symptomatiques d'une grande bénignité fit voir un appendice très gros, de teinte verdâtre, sphacélé, prêt à se rompre, qui aurait certainement déterminé une péritonite mortelle. Guérison rapide.

Cancer du côlon descendant. — M. Jean LANOS rapporte une observation de cancer du côlon descendant traité par la résection en un temps, avec « extériorisation intraabdominale », par des compresses isolant la zone suturée. Ces compresses furent enlevées le quatorzième jour et leur ablation s'accompagna d'une fistulisation. La fistule stercorale durait depuis près de deux ans malgré une tentative de fermeture extrapéritonéale. L'auteur intervint à nouveau, fit une nouvelle résection de l'intestin, très aminci au niveau de la fistule, douze jours après cette intervention une nouvelle fistule, très petite d'ailleurs, s'établit, mais au bout d'un mois elle était complètement fermée.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 7 JUILLET 1925)

A propos de la kératite du chien dans la maladie du jeune âge. Présentation de pièces. — M. FAYET. La maladie du jeune âge chez le chien est essentiellement protéiforme dans ses manifestations. On l'attribue à un virus filtrant qui déclancherait le processus, les microbes de sortie produisant les complications. L'auteur traitant seulement des kératites, fréquentes au cours et à la fin de la maladie, est porté à les diviser : 1° Kératites sèches, avirulentes, guérissables, évoluant sans s'ulcérer : 2° Kératites ulcératives, avec présence de germes secondaires (diplocoques), perforation de la cornée entraînant diminution de l'acuité visuelle ou cécité. Fayet fait de l'ophtalmie intense du début, vrai prodrome, une manifestation exclusive de la « maladie du jeune âge du chien » et de la « kératite sèche » ou, également une forme de l'affection ou une avitaminose, invoquant en cela l'opinion de quelques auteurs qui ont tendance à l'attribuer à une déficience alimentaire. Fayet l'a observée sur des chiens rachitiques et non rachitiques et il attire l'attention sur ses récidives.

Le glaucome en pathologie générale et comparée. — M. A. TERSON. On sait combien la nature du glaucome a été discutée. Les théories physiques, physiologiques, histologiques, sont innombrables et ne contiennent qu'une part de vérité. Si l'on veut comprendre le glaucome, il faut s'adresser à la pathologie générale. Le glaucome primitif, même aigu, n'est pas une inflammation : c'est un état congestif, vasomoteur et exsudatif, mais non infectieux, survenant souvent à la suite d'un choc nerveux, chez les intoxiqués, les grands nerveux, les artérioscléreux. Les animaux en sont aussi quelquefois atteints.

M. Terson, se basant sur une série de recherches qui se corroborent, identifie le glaucome aigu avec le syndrome de l'*œdème aigu*, observé dans d'autres régions (poumon, peau, muqueuses, etc.) dont il a tous les caractères et rappelle, à ce sujet, ses travaux antérieurs et son système d'identification des maladies oculaires énigmatiques avec leurs analogues en pathologie générale.

Etudes sur les mouvements des zoospores du Mildiew de la pomme de terre. — M. LEMAY, au nom de M. et Mme VILLEDIEU.

Expériences de transmission de la tuberculose humaine au chien. — MM. les professeurs G. PETIT, L. PANISSET, et le docteur P. KFOURI. On sait l'origine humaine de la tuberculose du chien et du chat et la contamination familiale, évidemment réduite en regard de la contagion inter-humaine susceptible d'en résulter. L'unicité des deux tuberculoses est aujourd'hui indiscutable.

MM. G. Petit, L. Panisset et Kfouri ont les premiers réussi, alors que tous autres modes d'inoculation provoquent de la *granulie*, sans compter le danger redoutable que représente pour l'expérimentateur la méthode des pulvérisations, à créer par les voies endobronchique et transthoracique, à la sonde dans le premier cas, et en partant d'expectorations tuberculeuses riches en bacilles de Koch et microbes variés, des lésions de *pneumonie caséeuse, avec cavernes*, se rapprochant des conditions évolutives de la tuberculose pulmonaire de l'homme.

Ces résultats très précis offrent pour les recherches à venir, notamment celles que se proposent les auteurs, un triple intérêt pathogénique, anatomo-pathologique et thérapeutique.

Une nouvelle et très sûre méhode d'anesthésie générale du chien. — M. le professeur G. PETIT (d'Alfort) et le docteur Régine PIERLIS. Les biologistes, en général, et les vétérinaires en particulier, liront avec le plus vif intérêt la communication du professeur G. Petit et de Mlle R. Pierlis, dont on sait les beaux travaux sur l'accouchement sans douleur, avec le docteur Cleiz, et l'anesthésie chirurgicale, avec le docteur Frédet.

Au cours d'expériences multiples sur certains hypnotiques dérivés de la malonylurée (barbituriques) les auteurs, qui ont expérimenté sur les grands et petits animaux, ont précisé comme suit la technique de l'anesthésie générale du chien : 1° injection sous-cutanée de deux milligrammes de morphine par kilo d'animal, soit 2 centigrammes pour un chien de 10 kilogs (on sait le chien fort peu sensible à la morphine); 2° injection intra-veineuse (saphène) également par kilo, de 1/3 de centimètre cube d'*allyl* (acide isopropylallyl barbiturate de diéthylamine) préconisé par Frédet de préférence au somnifène total.

L'anesthésie, avec résolution musculaire complète propice à toutes interventions, se produit sans agitation, dès la fin de l'injection, *poussée avec lenteur*. Il importe d'éviter que les sujets se refroidissent au cours de la narcose, qui est de longue durée. Détail important.

L'osmose et le processus fébrile. — M. CORTIAL.

De l'existence des valvules dans les lymphatiques glandulaires. — M. APOSTOLEANO.

Essais sur les propriétés pharmaodynamique de l'hexamétylène tétramine. — M. SUZEAU.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS

(SÉANCE DU 20 JUILLET 1925)

Deux cas d'hémorragie tenace après avulsions dentaires. Traitement et étiologie. — M. Félix Ginestet. Après deux cas d'hémorragies ayant succédé à des avulsions dentaires, l'auteur signale l'importance du traitement préventif à l'aide du chlorure de calcium et du sérum de cheval. Il déconseille dans le traitement curatif l'application de substances hémostatiques susceptibles de produire une escarre. Il insiste sur la nécessité de compléter le traitement local par un traitement général (sérum de cheval, sang humain, chlorure de calcium).

Un cas d'épulis épithélio-conjonctive. — MM. Troude et Pacaud présentent une observation d'épulis répondant histologiquement à ce que Delater et Bercher ont décrit sous le nom d'épithélio-granulome dentaire.

Causes profondes de la carie dentaire, hérédité, constitution. La carie dentaire et la prédisposition morbide. — D'après M. J. Ferrier, la carie dentaire ne serait qu'un épiphénomène de la malformation des éléments constitutifs de la dent.

La carie constitutionnelle indiquerait un état d'infériorité générale dont le sujet aurait hérité de ses parents. Elle serait d'un moins bon pronostic que la carie congénitale due à un accident au cours de l'évolution de l'œuf; carie congénitale d'autant moins grave que les troubles occasionnels sont plus tardifs.

Double épithélioma de la lèvre inférieure chez un homme jeune. Traitement chirurgical et médical. Guérison maintenue. — M. Thésée pense que dans ces cas il ne faut recourir au traitement par le radium que lorsque les ganglions sont intacts et que dans les cas contraires il faut opérer. De toutes façons il faut appliquer un traitement général, soit par la backernie et le chlorate de potasse, soit par l'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire.

Il apporte à l'appui de sa thèse l'observation d'un homme de trente-neuf ans opéré tardivement et dont la guérison se maintient depuis trois ans.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 10 JUILLET 1925)

Tremblement essentiel familial avec dégénérescence mentale. — MM. Rimbaud, Boulet et Janbon. Présentation de deux malades, frères jumeaux, âgés de cinquante ans et chez lesquels on note : dégénérescence mentale avec grosse déficience intellectuelle, langage rudimentaire, troubles du caractère et de l'émotivité, et un tremblement des membres supérieurs prédominant aux mains, apparaissant dans la position du serment, non intentionnel. Aucun autre signe organique n'a été constaté.

Lipiodol ascendant intraventriculaire. — MM. Rimbaud, Lamarque et Janbon présentent un cliché du crâne après injection intrarachidienne ascendante de lipiodol mélangé à du liquide céphalo-rachidien selon la méthode de Sicard. Les ventricules latéraux sont nettement visibles.

Fibrome de la paroi abdominale. — MM. Grynfeltt et Deveze rapportent un cas intéressant de fibrome de la paroi abdominale, gros comme un œuf de pigeon, développé en quelques mois dans l'épaisseur de la paroi abdominale au niveau de la région ilio-inguinale gauche, chez une femme de vingt-cinq ans. La tumeur facilement énucléée adhérait seulement au bord externe du grand droit.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un fibrome pur, constitué exclusivement par du tissu conjonctif. Les fibroblastes, très nombreux, sont répartis au sein d'une gangue massive formée de substance précollagène amorphe, parcourue par des fibrilles collagènes isolées, non groupées en faisceaux conjonctifs et formant un feutrage très dense. L'architecture de cette formation conjonctive est donc toute spéciale, bien différente de celle du tissu fibreux et du tissu conjonctif lâche.

A propos d'un cas de galactosurie. — MM. Cristol et Lang ont observé chez une malade atteinte de tumeur du cerveau la présence dans l'urine d'un sucre réducteur présentant tous les caractères chimiques du galactose. Ce galactose était inactif sur la lumière polarisée. Les auteurs montrent les relations qu'il peut y avoir entre la présence de galactose dans l'urine et la tumeur du cerveau (la myéline étant une galactoside), ils rapprochent ce cas des cas d'arabinosurie inactive et des cas d'isolement de galactose inactif dans les produits d'hydrolyse d'extraits de certaines plantes.

Fièvre typhoïde et délire aigu. — MM. Vedel, Puech et Reverdy. Observation d'une fièvre typhoïde caractérisée par un délire aigu avec hyperthermie durant toute son évolution sans autre manifestation symptomatique. Le diagnostic a été fait par l'hémoculture et le séro-diagnostic. Evolution vers la guérison de la fièvre et des troubles psychiques en une vingtaine de jours.

PRATIQUE MÉDICALE

L'ANALGÉSIE SENSITIVO-SENSORIELLE AVANT, PENDANT ET APRÈS LES INTERVENTIONS

Nous n'envisageons pas ici l'analgésie concomitante à l'anesthésie générale; cette dernière implique en même temps que la perte de la conscience d'insensibililé totale, alors que le premier terme signifie l'abolition de la perception douloureuse, la sensibilité thermique ou au contact pouvant être conservée dans une certaine mesure, de même que la conscience. L'insensibilité analgésique obtenue par les méthodes modernes qui tendent de plus en plus à se généraliser n'est donc point totale; elle laisse leur activité au cerveau et aux centres nerveux supérieurs, et ceux-ci peuvent être impressionnés fortement par l'appareil et la mise en scène opératoire. Cette impression forte du système nerveux central est loin d'être négligeable au cours des interventions sous anesthésie par infiltration ou sous rachi, et si bien souvent leur résultat n'est pas aussi parfait qu'on était en droit de l'espérer, la cause ne doit pas en être recherchée ailleurs (toute question de technique mise à part bien entendu) que dans une sorte d'hypersensibilisation du système nerveux par impression visuelle ou auditive.

Diminuer, émousser cette impressionnabilité du malade, est donc loin d'être sans importance. Si, par la même occasion, on peut aussi diminuer sa sensibilité vraie à la douleur, le but sera mieux atteint encore puisqu'on aura réalisé une double analgésie : celle de la sensibilité proprement dite, et celle de la perception sensorielle.

C'est surtout dans la pratique gynécologique et urologique où les interventions pouvant être pratiquées sous anesthésie locale sont aussi nombreuses que fréquentes, que ce problème de l'analgésie sensitivo-mentale est intéressant à résoudre. Il ne l'est pas moins après certaines grosses interventions sous-narcose ou rachi, lorsqu'il s'agit de procéder à des pansements douloureux, tels que le retrait des mèches par exemple, qui, lorsqu'ils sont faits sans analgésie préalable, laissent souvent le malade très déprimé par déperdition excessive de potentiel nerveux.

L'emploi de l'hémypnal résout au mieux ce problème. L'hémypnal est formé, comme l'on sait, par association de deux composants hypnotiques et analgésiques : le diallylmalonylurate d'éthylmorphine et l'alcool trichlorbutylique tertiaire. Il a été utilisé par un assez grand nombre d'accoucheurs pour procurer aux parturientes un accouchement presque indolore (1). Son utilisation, sous forme de cachets

(1) Professeur G. Rossier. Diminution de la douleur dans l'accouchement par un nouvel analgésique. *Rev. hebd. de méd. Suisse*, 1921, n° 11. — Pellissier. A propos d'un nouvel analgésique obstétrical, l'hémypnal. *Loire méd.*, juin 1922. — Professeur Hamm. Des procédés d'anesthésie au cours de l'accouchement,

ou de suppositoires, en dehors de l'accouchement, comme analgésique général, et plus particulièrement comme analgésique lombo-pelvien, n'est pas moins intéressante à connaître et à mettre en pratique.

On donnera la préférence aux suppositoires pour les interventions sur la prostate et la vessie; aux cachets pour les interventions sur le rein. La dose moyenne est de un à deux suppositoires, deux à trois cachets. Si l'intervention doit être courte et de peu d'importance, on emploiera un suppositoire une heure avant; dans les autres cas on donnera un suppositoire au réveil, un autre une demi-heure avant de commencer l'opération.

On utilisera les suppositoires d'hémypnal après les prostatectomies pour éviter les contractures et épreintes douloureuses consécutives au tamponnement de Marion. On emploiera alors un ou deux suppositoires par vingt-quatre heures; on en mettra un autre une demi-heure avant de retirer les mèches. On procédera de même après les hystérectomies, périnéorraphies, colpotomies. Les résultats sont infiniment meilleurs que ceux obtenus dans ces mêmes conditions avec les suppositoires de belladone habituellement employés (1). Il est très remarquable que les doses suffisantes pour procurer au malade l'état analgésique n'ont aucun effet nuisible sur le rein; la quantité des urines émises n'est pas diminuée, comme on le note trop fréquemment après usage de la morphine, et ce point revêt une particulière importance chez les urinaires, dont le fonctionnement rénal est toujours peu ou prou compromis.

Grâce à ce mode d'analgésie, les malades arrivant à la table d'opération dans un état de subobnubilation, acceptent avec beaucoup plus d'indifférence les anesthésies locales ou rachidiennes; ils n'en éprouvent pas la répercussion émotive, bienfait appréciable qu'ils retrouveront lors des pansements consécutifs (2).

LIVRES NOUVEAUX

Les nerfs en schémas. Anatomie et physio-pathologie. (3), par A. PITRES et L. TESTUT.

Il s'agit d'un livre né de la guerre. Les auteurs y ont condensé l'enseignement qu'au Centre de Neurologie de la XIIIe région, ils ont dû faire aux médecins mobilisés. Dans leur esprit, ils devaient se borner à initier leurs auditeurs aux principes fondamentaux de la neurologie clinique. Mais comment aborder cette étude sans des connaissances au moins sommaires sur l'anatomie et sur la physiologie du système nerveux? C'est ainsi qu'ils ont été amenés à écrire un livre élémentaire consacré à l'étude anatomique et physiolo-pathologique des différentes parties de l'appareil nerveux. Ce livre comprend sept chapitres, qui sont consacrés respectivement, le premier, à quelques considérations générales sur les nerfs; le second, aux nerfs crâniens; le troisième, aux nerfs rachidiens; le quatrième, au grand sympathique; le cinquième, aux centres nerveux, le sixième, aux voies de conduction cortico-spinales, le septième, aux réflexes et à la réflectivité.

Tel est le plan de ce magnifique ouvrage, qui fait honneur aux auteurs, dont l'éloge n'est plus à faire, et qui, l'un et l'autre jouissent d'une célébrité mondiale, l'un comme anatomiste, l'autre, comme neurologiste. Le soin avec lequel il a été imprimé, l'abondance et l'élégance de l'iconographie en facilitent la lecture. En l'éditant avec son habituelle munificience, M. G. Doin a rendu, une fois de plus, service à la science française. L. BABONNEIX.

La leucopédèse gastrique (1), par G. MARCHAL, ancien interne, médaille d'or des hôpitaux de Paris.

L'auteur étudie dans ce travail un chapitre nouveau de la leucocytologie.

Il montre l'existence d'afflux leucocytaires dans l'estomac et il analyse les causes de ces diapédèses physiologiques. Puis il décrit les deux fonctions essentielles exercées dans l'estomac par les globules blancs; rôles digestif et antitoxique.

L'ouvrage se termine par des déductions pathologiques et thérapeutiques se rapportant surtout aux intoxications digestives et à l'anaphylaxie alimentaire.

Cet ouvrage se recommande à tous ceux qu'intéressent la biologie et la pathologie gastrique. L. G.

Opothérapie clinique. Organothérapie formulaire (2), par M. Marcel LAEMMER.

Bien que l'emploi de l'opothérapie tende à se généraliser en thérapeutique, l'opothérapie vraie est relativement peu employée. Le médecin se contente de spécialités à dosages forcément fixes, il accorde à une glande des qualités que tel autre lui refuse. L'opothérapie conseillée au hasard, sans raison bien nette, est trop souvent mal formulée ou ordonnée mal à propos.

Ce formulaire d'organothérapie clinique permet au médecin de choisir l'agent médicamenteux d'après les cas variés qu'il rencontre, de le doser, d'utiliser tel produit frais parce que plus actif, tel autre desséché, tel autre seulement par injection.

On trouvera dans ce petit volume des conseils et des formules, qui ne correspondent pas forcément à des recherches de laboratoire, mais toujours à l'expérience clinique.

L'auteur fait bénéficier le praticien de ses longues et patientes recherches éprouvées par la thérapeutique journalière. L. G.

Les Principes de la vie (3), par E. GILLARD (du Yen Thé).

Au moment où dans le monde entier la vie sociale est soumise à tous les tiraillements des instincts et où l'intelligence est déroutée par tant d'incohérences et de contradictions, ce livre arrive à son heure.

L'auteur, en fondant les *Principes de la vie* sur les constantes de la Biologie élémentaire, montre l'ordre qui existe et persiste au fond de tous les désordres qu'engendre dans l'humanité ce que les rationalistes grecs appellent la liberté de pensée.

De la connaissance de la cellule vivante et de la cellule nerveuse, il tire une formule de vie qu'il applique aussi bien à la vie individuelle qu'à la vie sociale, à la vie organique qu'à la vie intellectuelle. L. G.

La régénération de l'organisme humain par les injections de sang. Rajeunissement. Stabilisation (4), par le docteur Hélan JAWORSKI.

Dans ce livre M. Jaworski expose sa théorie sur le rajeunissement, et son nouveau procédé d'homohémothérapie.

On lira avec intérêt cet exposé de ses recherches qui permettent les plus grandes espérances. L. G.

Le traitement des complications de la blennorragie par le sulfarsenol (5), par le docteur Fernand HADI.

L'auteur démontre l'activité du sulfarsenol dans les différentes complications de la blennorragie. Son peu de toxicité, la façon dont il est toléré sont très remarquables. Au contact

IIIe Congr. des gynécol. et obstétric. de langue franç., 11 août 1923. — E. WÉBER. La rigidité du col de la matrice et son traitement médical. *Le médecin d'Alsace et de Lorraine*, n° 20, 16 oct. 1923. — H. RAILLON. Essai sur une nouvelle méthode d'analgésie obstétricale au moyen d'une association médicamenteuse hypno-analgésique : trichlorobutylalcool-diallylmalonylurate d'éthylmorphine (hémypnal(. *Th. de Lyon*, 1923. — BÉNIT. Les anesthésiques en obstétrique. *Journ. de méd. de Paris*, 16 fév. 1924.

(1) L'hémypnal est utilisé suivant cette technique à la clinique d'urologie de l'hôpital Necker (professeur Legueu, docteurs Marsan et de Berne-Lagarde, chefs de clinique).

(2) Pour documentation plus complète, s'adresser aux laboratoires Ciba, 1, place Morand (Lyon).

(3) In-4 de 706 pages, avec 41 planches en couleurs, et 164 figures en noir. — Paris, G. DOIN.

(1) Un vol. de 204 pages avec figures dans le texte et de 6 pl. hors texte. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin.

(2) Un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

(3) Un vol. in-8. — Paris 1924, Maloine.

(4) Un vol. in-8. — Paris, Norbert Maloine.

(5) Une broch. — Corbeil, Imprimerie Houtain.

du gonocoque il agit peut-être comme microbicide, mais l'auteur pense qu'il a plutôt une action hémopoiétique vu l'amélioration de l'état général des sujets traités. L. G.

Formulaire pratique des régimes (1), par M. H. Dausset, chef du laboratoire central de physiothérapie de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Ce formulaire est un aide mémoire dont les documents sont placés par ordre alphabétique et présentés de la façon la plus claire.

Les indications de diététique sont le résumé des travaux de MM. Gilbert, Marcel Labbé, Carnot, Rathery, Armand Gautier. C'est dire leur valeur. Il faut savoir gré à M. Dausset de les présenter au public médical en y ajoutant le fruit de sa longue expérience. L. G.

QUESTION D'INTERNAT

LE PYLORE (2)

B. **Le pylore est séparé du pancréas par deux feuillets péritonéaux.** — C'est le cul-de-sac droit de la bourse rétro-stomacale qui se prolonge devant la tête du pancréas pour Fredet, jusqu'à l'angle de D_1, D_2, pour Wiart jusqu'à la *ligne de la gastro-duodénale* qui sépare la portion mobile et la portion adhérente du duodénum.

C'est là qu'on lie la gastro-duodénale après avoir rabattu à droite le moignon pylorique.

C. **Si l'on tire en avant le pylore** l'on voit se tendre entre lui et le péritoine pariétal postérieur *deux ligaments.*

1° L'un supérieur est la faux de la coronaire stomachique. Triangle à sommet supérieur qui présente un bord antérieur gastrique, un bord postérieur pariétal, un bord inférieur libre concave, et qui est orienté dans un plan oblique en haut et à gauche, il contient la *coronaire stomachique.*

Cette artère collatérale du tronc cœliaque, née de lui à 1 centimètre de son origine, présente un segment ascendant, pariétal fixe, un segment intraligamentaire dans la faux, un segment viscéral le long de la petite courbure de l'estomac. Elle se termine en se bifurquant et s'anastomosant par des branches semblables avec la pylorique.

Dans ce ligament se trouvent aussi les *ganglions de la faux*, le long de la petite courbure, le groupe de la petite courbure pris dans 91 p. 100 des cas de cancer du pylore.

Il faut donc lier la coronaire stomachique avant l'adénectomie.

2° Le ligament inférieur est la faux de l'hépatique commune. Triangle à bords postérieur et inférieur adhérents, à bord supérieur libre, concave, orienté d'arrière en avant et de gauche à droite il contient l'artère hépatique commune.

Branche de bifurcation droite du tronc cœliaque, après un trajet pariétal très court, un trajet intraligamentaire, elle se termine en *gastro-duodénale* que nous avons vue et en *hépatique propre* qui monte dans le petit épiploon contournant en pas de vis la veine porte.

3° Ces deux ligaments circonscrivent le septum ou foramen bursae omentalis qui fait communiquer la petite loge sous-hépatique de l'arrière-cavité des épiploons (le vestibule) et la grande loge rétro-stomacale.

D. Signalons, enfin, que par la paroi postérieure du vestibule, on aperçoit la **région cœliaque** dont le canal pylorique forme la limite inférieure.

Le versant duodénal du pylore confine au *ligament duodéno-hépatique*, bord libre du petit épiploon quand il n'est pas prolongé par l'entonnoir prévestibulaire d'Ancel et Sancerre. Il contient le **pédicule hépatique** : *veine porte* oblique en haut et à droite qui se trouve *en arrière* des autres organes ; *cholédoque* en avant et à gauche ; *hépatique propre* (sur le flanc droit de la veine, puis en avant d'elle), qui se termine au hile entre la bifurcation veineuse et la bifurcation biliaire.

C'est d'elle que vient l'*artère pylorique.*

ARTÈRES

Le pylore apparaît entre deux cercles artériels à lier dans la pylorectomie.

1° **Un cercle supérieur** qui chemine à ras du bord supérieur formé par la *pylorique* et la *coronaire stomachique.* La pylorique, née de l'hépatique propre plus ou moins haut dans le petit épiploon, se dirige de droite à gauche, longe le bord supérieur du duodénum puis du pylore et se termine en se bifurquant en deux branches qui s'anastomosent avec des branches identiques de la coronaire stomachique.

2° **Un cercle inférieur** qui chemine loin du bord inférieur formé par les *gastro-épiploïques.* La *gastro-épiploïque droite*, branche terminale de la gastro-duodénale se dirige de droite à gauche derrière D_1, puis au bord inférieur du pylore. Elle se termine en s'anastomosant le long de la grande courbure avec l'artère homonyme branche de la splénique.

3° **Leurs rameaux**, sur les deux faces du pylore, rampent sous la séreuse avant de perforer la musculeuse.

VEINES

La *veine gastro-épiploïque droite* se jette dans la grande mésentérique, la *pylorique* dans la veine porte haut dans le petit épiploon, au-dessus de la coronaire stomachique.

Entre la *veine gastro-épiploïque* et la *pylorique* est tendue une anastomose : la *pyloric vein* des Américains.

LYMPHATIQUES

Trois groupes de ganglions résument les lymphatiques du pylore.

Le groupe sous-pylorique, au nombre de trois à six, sous-jacent aux vaisseaux gastro-épiploïques droits. Nous avons vu le rapport dangereux que leur constitue l'artère colique moyenne.

Le groupe rétropylorique se trouve le long de la gastro-duodénale.

Le groupe de la petite courbure est l'aboutissant de presque tous les lymphatiques du pylore. Pris dans 91 p. 100 des cas de cancer ils se trouvent loin du pylore. Ils se continuent avec le *groupe de la faux.* Il faut faire une gastrectomie très étendue vers le cardia, au delà de la coronaire stomachique, pour les extirper en totalité.

NERFS

Le **pneumogastrique gauche**, qui suit le hile de l'estomac, s'anastomose au *sympathique* qui est en plexus péri-artériel autour de la coronaire stomachique et de l'artère pylorique.

PHYSIOLOGIE

Rôle sécrétoire, rôle moteur.

Sécrétoire. — Sous l'influence d'un réflexe, sa sécrétion produit la digestion des albumines, les transformant en albumoses et peptones. Elle agit sur les albumines normales et non sur les nucléo-albumines. Elle forme le chyme dont l'acidité joue un grand rôle dans le déclanchement du pylore.

Moteur. — Dès que le chyme est acide, deux heures après les repas, des mouvements péristaltiques apparaissent le long des courbures. L'ouverture du pylore se fait par éclipses. C'est un réflexe à point de départ duodénal qui règle cette ouverture. Depuis les expériences de Pawlow on sait que l'excès d'acidité du chyme gastrique fait ouvrir le pylore, le chyme passe alors dans le duodénum. Mais l'effet est contraire et le pylore se ferme, et ainsi de suite.

(1) Un vol. in-8. — Paris, Maloine.
(2) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 68, p. 1114.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.
PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



Les rayons ultra-violets et associés en thérapeutique. Un volume, 580 pages avec 114 figures dans le texte et 80 spectres hors texte. — Prix : 65 fr. — Paris, G. Doin.

N° 71 — SAMEDI 5 SEPT. 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 5 SEPT. 1925. — N° 71.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lyon. — Le lundi 19 octobre 1925, le Conseil général d'administration des hospices civils de Lyon ouvrira un concours public pour la nomination d'externes des hôpitaux.

La date de la clôture du registre d'inscription a été irrévocablement fixée au samedi 3 octobre 1925, à 11 heures.

Pour toutes les autres conditions d'admission au concours, s'adresser à l'Administration centrale des hospices, passage de l'Hôtel-Dieu, 44, bureau du Personnel.

— Centenaire de l'internat des hospices civils de Lyon. — L'Association générale de l'internat des hospices civils de Lyon doit fêter, le 7 et le 8 novembre prochain, le centenaire de sa véritable fondation en 1825.

La Ville et l'Administration des hospices civils doivent contribuer à la célébration de cet anniversaire.

Une Commission de douze internes en exercice a bien voulu se charger d'une partie de l'organisation du programme qui sera donné prochainement. Ce sont : MM. Duclos, Mallet-Guy, Charleux, Gardère (membres du bureau de l'Association) auxquels se sont joints MM. Pigeaud, Mayoud, Rollet, de Girardier, Mounier, Heitz, Puig, Paufique.

Les ressources de l'Association étant restreintes, une souscription est ouverte parmi les anciens internes pour permettre de fêter convenablement le futur centenaire.

Une somme intéressante a déjà été recueillie, mais qu'il est nécessaire de voir augmenter.

Le trésorier de l'Association, le docteur Bocca, 227 *bis*, avenue de Saxe, recevra toutes les sommes qu'on voudra bien lui envoyer (*Compte chèque postal Lyon 131-32*), et les noms des souscripteurs seront publiés dans le *Crocodile*.

Une nouvelle édition de l'Annuaire de l'internat, très soigneusement revue et mise à jour, est en cours d'impression et sera prête pour novembre prochain.

ASSOCIATION HOSPITALIÈRE DU PRADO. — Hôpital Saint-Joseph de Marseille. — Un concours pour quatre places d'élèves internes, en médecine et en chirurgie, pour le service de l'hôpital Saint-Joseph, s'ouvrira 30 novembre 1925, à l'hôpital Saint-Joseph, avenue du Prado, 183, devant le Conseil d'administration assisté d'un jury médical.

Seront seuls admis à concourir : les étudiants en médecine, ayant au moins huit inscriptions.

Le registre des inscriptions sera clos huit jours avant la date du concours. En conséquence les candidats devront avoir déposé au secrétariat du Conseil d'administration de l'hôpital Saint-Joseph, au plus tard huit jours avant l'ouverture du concours, les pièces suivantes : 1° Leur acte de naissance; 2° Le certificat d'inscriptions délivré par le secrétaire de l'Ecole de Médecine ou de la Faculté; 3° L'indication de leurs services dans les hôpitaux.

Epreuve du concours. — 1° Epreuve écrite de pathologie médicale et chirurgicale;

2° Epreuve écrite d'anatomie et de physiologie (pour ces deux épreuves le temps de rédaction sera fixé par le jury);

3° Epreuve clinique. Rédaction de deux observations, l'une de médecine, l'autre de chirurgie (dix minutes au maximum sont accordées pour l'examen de chaque malade et une heure pour la rédaction écrite);

4° Trois questions dites de garde : chirurgie, médecine, pathologie spéciale, accouchements et syphilis. (Cinq minutes sont accordées pour traiter oralement les trois questions, après un temps égal de réflexion à huis clos et sans livres.)

Il est accordé un maximum de 30 points pour la première épreuve, 20 pour la deuxième, 30 pour la troisième, 30 pour la quatrième.

Sur le rapport du jury médical et si le résultat des épreuves a été jugé satisfaisant, le conseil d'Administration nommera les élèves qui entreront en exercice le 1er janvier 1926.

La durée de leurs fonctions sera de quatre ans. Les élèves reçus docteurs en médecine au cours de leur service, seront considérés comme démissionnaires. Néanmoins, ils pourront être autorisés, sur leur demande, à terminer l'année en cours jusqu'au 31 décembre, sous la condition expresse de ne pas exercer la médecine hors de l'hôpital.

Les internes sont logés et nourris à l'hôpital, où ils assurent le service de garde et de réception des malades à tour de rôle. Ils reçoivent un traitement mensuel de 150 francs.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (professeur : M. A. Gil-

BERT. Agrégé : M. Maurice Villaret). — Cours de perfectionnement (septembre 1925). — *Les notions récentes médico-chirurgicales sur les maladies du tube digestif.* — Cet enseignement de vacances, d'ordre essentiellement pratique, commencera le lundi 14 septembre 1925, à 9 heures, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux, et avec la collaboration de MM. Lardennois, agrégé, chirurgien des hôpitaux; Herscher et Etienne Chabrol, médecins des hôpitaux; Lippmann; Dufourmentel et Saint-Girons, anciens chefs de clinique; François Moutier, chef de laboratoire à la Faculté; Leven; ancien interne des hôpitaux; Paul Descomps, Henri Bénard, Dumont et Deval, ancien chef et chefs des laboratoires d'anatomie pathologique, de bactériologie et de chimie; Lagarenne et Durey, chefs des laboratoires de radiologie et des agents physiques de la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.

Il aura lieu régulièrement, le matin, à 9 heures, l'après-midi à 14 h. 30.

Le cours comprendra 36 leçons et sera complet en deux semaines; il sera illustré de planches et projections, et accompagné de présentations de malades, d'instruments, de pièces et de préparations microscopiques. Il portera plus spécialement sur l'examen clinique au lit du malade et sur les procédés récents de thérapeutique médicale, chirurgicale, physiothérapique et hydrominérale.

Des démonstrations cliniques au lit du malade, complément de l'enseignement à l'amphithéâtre, seront faites après la leçon au cours de la visite dans les salles, tous les matins, à partir de 10 h. 30.

Des sommaires détaillés résumant chaque leçon seront distribués à chaque élève.

Un voyage d'étude sera organisé les 26 et 27 septembre, à Vichy.

Les élèves du cours désireux d'y participer sont priés de s'inscrire à l'avance, à la clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, auprès de M. Deval qui leur fera connaître le programme détaillé et les conditions du voyage. Les inscriptions sont limitées.

Un certificat sera délivré aux élèves à l'issue du cours.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Seront admis les docteurs français et étrangers, ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. — Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Nota. — Pendant les vacances de l'année scolaire 1924-1925, à la Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu, dans les mêmes conditions, et sous la direction de M. Maurice Villaret, agrégé, médecin des hôpitaux;

1° Deux cours de perfectionnement :

a. L'un sur les maladies du foie et du pancréas et sur le diabète (grandes vacances : juillet);

b. L'autre sur les maladies du tube digestif (grandes vacances : septembre);

2° Un cours de revision :

Sur les notions récentes de clinique pratique et d'application des méthodes de laboratoire du diagnostic (vacances de Pâques).

— CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN (professeur M. Fernand WIDAL). — Cours de perfectionnement, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique; rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon).

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 12 octobre et seront terminés le 3 novembre.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — DE GRENOBLE A VICHY EN AUTOCAR. — Depuis cette année, les services automobiles de la route des Alpes sont reliés aux services de l'Auvergne. Des autocars circulent, en effet, entre Grenoble et Vichy avec un coucher au Puy dans chaque sens.

L'itinéraire, des plus intéressants, traverse Villard-de-Lans, les Gorges de la Bourne, Pont-en-Royans, Valence, franchit le Col des Fans, passe à Saint-Agrève, Le Puy, La Chaise-Dieu, Olliergues, Pont-de-Dore et Thiers.

Le prix du billet est de 150 francs.

Les voitures, qui réalisent les meilleures conditions de confort et comportent un siège Pullmann pour chaque voyageur, partent, chaque jour, de Grenoble (place Grenette) et de Vichy (Parc).

Depuis le 1er septembre, les départs n'ont lieu que les lundi, mercredi et vendredi.

REVUE GÉNÉRALE

LA MENSTRUATION

Par le docteur JEAN-ROBERT HENRY,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à l'École de médecine.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MARSEILLE
(Professeur : M. GUÉRIN-VALMALE).

Définition. — Ensemble des modifications des muqueuses utérine et tubaire aboutissant à un écoulement sanguin plus ou moins abondant hors des voies génitales selon un rythme périodique se reproduisant généralement tous les vingt-huit jours.

L'étude des phénomènes menstruels révèle dans l'appareil génital, dans l'ensemble des organes et dans le sang, de nombreuses modifications. Leur étude est de date assez récente. Les auteurs jusqu'au siècle dernier ne considéraient que l'écoulement sanguin produit de la menstruation.

Nous envisagerons donc dans cette étude les modifications au niveau des organes génitaux et les modifications générales. Enfin, nous étudierons le sang menstruel et les causes de la menstruation.

Modifications au niveau de l'appareil génital. — I. **Utérus.** — Le volume de l'utérus s'accroît surtout dans le sens transversal et dans le sens antéropostérieur; sa hauteur varie peu. L'utérus est plus globuleux. La capacité de la cavité utérine augmente et doublerait pour certains auteurs.

L'histologie de la muqueuse utérine prélevée dans la période intermenstruelle était connue depuis longtemps par les histologistes. Toutes les modifications histologiques observées dans la muqueuse utérine étaient considérées comme pathologiques.

En 1893, Doléris par les travaux sur les métrites, montra que seules étaient pathologiques les modifications de la muqueuses utérine avec réaction leucocytaire; tous les autres aspects n'étant que des modifications correspondant au stade prémenstruel.

Pendant la vie génitale, l'utérus est le siège de processus cycliques d'évolution et d'involution. Le cycle complet est en moyenne de vingt-huit jours.

Hensen, Lowenthal divisaient ce cycle en trois périodes : *période d'évolution*, *période d'involution*, *période de repos*. Hitschmann et Adler en 1908 l'ont divisé en 4 périodes, *stade intermenstruel*, *stade prémenstruel*, *stade menstruel*, *stade postmenstruel*. Nous donnerons les principales caractéristiques de ces diverses périodes.

A. STADE INTERMENSTRUEL. — Dure dix à dix-huit jours, c'est la période de repos telle que la décrivent les classiques.

L'utérus est formé de trois tuniques :

1° *Tunique externe* conjonctive recouverte en majeure partie par le péritoine (d'où le nom de tunique péritonéale).

2° *Tunique moyenne*. Musculeuse formée de trois couches : l'externe à fibres superficielles longitudinales, à fibres profondes circulaires c'est le *stratum subserosum*. La moyenne, plexiforme, riche en vaisseaux : *stratum vasculosum*. L'interne à fibres superficielles circulaires et à fibres profondes longitudinales : *stratum submucosum*. Au niveau du col seules les fibres longitudinales subsisteraient.

3° *Tunique muqueuse* ou *muqueuse utérine* ou *endomètre* méconnue jusqu'à Raspail, Coste, Robin.

D'aspect lisse, velouté, elle est criblée de trous, orifices punctiformes des glandes utérines laissant écouler un liquide muqueux gris rosé. Son épaisseur est de 1 à 2 millimètres (Sappey) allant en diminuant du col vers le fond, elle se continue directement avec celles du col et des trompes. Il n'y a pas de sous-muqueuse.

Histologiquement elle comprend :

a. *Un chorion* formé de cellules étoilées ou fusiformes avec des leucocytes, des faisceaux conjonctifs rares et grêles, jamais de fibres élastiques. Il n'y a pas de musculature propre. On peut cependant trouver quelques fibres musculaires qui seraient des prolongemements erratiques du muscle utérin. Il n'y a pas de villosités. Ce chorion possède ses vaisseaux et ses nerfs propres.

Certains auteurs ont fait de ce chorion muqueux un organe lymphoïde, mais cette opinion n'est pas admise par tous (Ries).

b. *Un épithélium de revêtement* à cellules prismatiques régulières, disposées sur un rang ayant 25 à 30 μ de haut. Leur noyau est sphérique ou ovalaire, leur cytoplasme est finement et uniformément granuleux se colorant très bien. Pendant la vie génitale ces cellules sont inconstamment munies de cils vibratils dont les mouvements se font des trompes vers le col (Cornil et Ranvier).

c. *Des glandes* cylindriques ou moniliformes, peu serrées ayant 1mm,5 et 100 à 160 μ de large. Les tubes, peu ramifiés, sont perpendiculaires à la surface de la muqueuse. Le fond de la glande est légèrement dilaté et est parfois replié sur lui-même. Le col est droit et débouche dans la cavité utérine par un petit orifice.

L'épithélium de ces glandes est à type polyédrique, finement granuleux ; le pôle apical de ces cellules est encadré par des bandelettes de fermeture. Le noyau est à la base du cytoplasme.

De loin en loin on rencontre dans l'épithélium glandulaire une cellule ciliée. Son volume est plus grand, le noyau est situé à la partie moyenne de la cellule, son cytoplasme est plus transparent, les cils sont implantés sur des corpuscules basilaires batonoïdes. La présence de ces cellules ciliées a fait croire que les glandes utérines n'étaient pas des appareils sécrétoires mais n'auraient qu'un rôle de régénération post-menstruelle ou post-gravidique (Launois).

La *muqueuse du col utérin* est plus blanche, plus ferme. Elle présente des replis longitudinaux principaux ou *axes* et des replis secondaires ou *plis palmés* qui forment *l'arbre de vie*. L'épithélium est cylindrique dans son tiers supérieur, il devient pavimenteux simple puis stratifié vers l'orifice externe. Les glandes qui sont des glandes en grappe se tassent vers l'orifice interne et leur nombre diminue en allant vers l'orifice externe au niveau duquel on rencontre quelques cellules caliciformes.

La vascularisation de la muqueuse utérine est assurée par des branches de l'artère utérine : du réseau artériel développé dans la musculeuse se détachent de nombreux capillaires destinés à la musculeuse interne et à la muqueuse. Le réseau capillaire muqueux se dispose en deux couches, l'une profonde pour les tubes glandulaires et l'autre superficielle sous-épithéliale recevant les anastomoses du premier et entourant les orifices glandulaires. Cette particularisation est bien moins intense au niveau du col.

Les lymphatiques qui existent sur toute l'étendue de la muqueuse sont formés soit par des capillicules (Sappey, Poirier) soit par les espaces péri-vasculaires et péri-glandulaires (Léopold, de Sinety). Les lymphatiques vont se réunir à ceux très abondants du col et à ceux musculaires et séreux.

Les nerfs forment un riche réseau dans le chorion avec des cellules nerveuses aux points nodaux, et les fibres nerveuses qui en partent s'épanouissent à la face profonde de la muqueuse.

B. STADE PRÉMENSTRUEL. — A lieu pendant les six à huit jours qui précèdent l'écoulement sanguin.

La muqueuse utérine triple ou quadruple d'épaisseur (5 à 7 millimètres) (Rieffel); sa surface est inégale, veloutée, sa couleur qui était claire devient rougeâtre; sa consistance est molle et friable. Les vaisseaux sont dilatés ainsi que les fentes lymphatiques (Hensen). Le chorion s'infiltre d'œdème, de leucocytes et de cellules rondes, les cellules conjonctives du chorion tendent à prendre l'aspect de *cellules déciduales* (Pouchet, Bischoff). Cet aspect est caractéristique de la *caduque cataméniale.*

Les glandes sont droites et notablement élargies. Elles semblent de ce fait se rapprocher les unes des autres. Elles sont entourées de leucocytes et elles portent de grosses bosselures dans leur segment profond. Leur épithélium est moins régulier que dans le stade précédent; leur lumière est distendue par un coagulum qui provient soit de la transsudation du liquide infiltrant le chorion, soit d'une sécrétion propre de l'épithélium glandulaire.

Le col utérin participe aussi à ces divers phénomènes.

C. STADE MENSTRUEL, il dure en général de trois à cinq jours. Il est caractérisé par deux phénomènes : l'hémorragie et la transformation de la muqueuse.

a. *Hémorragie.* — Le sang fait issue hors des vaisseaux soit par *diapédèse* (Moricke et Christ) soit par *rupture des capillaires sanguins* (Coste, Ch. Robin, Wallich).

Le sang infiltre d'abord la couche superficielle du stroma créant ainsi de petits foyers hémorragiques qui, isolés d'abord, confluent ensuite peu à peu les uns vers les autres et qui par suite décollent la muqueuse. Celle-ci se rompt par places et le sang fait irruption dans la cavité utérine entraînant avec lui des lambeaux de muqueuse.

b. *Transformation de la muqueuse.* — Suivant les auteurs il y a : — destruction et chute presque complète de la muqueuse (Kalden et Williams); — soulèvement puis déchirure de la muqueuse par les hématomes, après évacuation de ceux-ci la muqueuse se réapplique sur le chorion (Ruge, de Sinéty); — simple passage du sang à travers la muqueuse qui resterait intacte. La partie liquide passerait par filtration, les éléments figurés, par diapédèse. La muqueuse utérine se comporterait comme une véritable glande dont la menstruation serait l'acte sécrétoire (Keiffer); — élimination de la partie superficielle de la muqueuse (épithélium de revêtement et partie superficielle du chorion avec ses capillaires) par petits lambeaux par suite de la pression mécanique et de la fonte graisseuse des éléments de cette muqueuse (Kundrat et Engelmann, Léopold Wyder, Manal, Westphalen, Hitschmann et Adler).

La majorité des auteurs admet actuellement que ce n'est que pathologiquement (dysménorrhée membraneuse ou métrite exfoliatrice) que la partie superficielle de l'endomètre se détache et s'élimine en une surface plus ou moins grande (on y reconnaît de la caduque menstruelle contenant des cellules déciduales) : Abel admet l'élimination totale de la caduque comme normale.

D. STADE POST-MENSTRUEL. — Sa durée est de quatre à six jours.

La muqueuse pâlit, les éléments qui se sont mortifiés mais qui n'ont pas été éliminés sont résorbés par phagocytose. Les vaisseaux diminuent de calibre. Les glandes se raccourcissent, elles sont rectilignes et normales à la surface de la muqueuse, leur épithélium est en voie de karyokinèse. Le stroma se régénère aux dépens des cellules rondes qui deviennent fusiformes. L'épithélium se régénère par glissement et par karyokinèse (Westphaley) aux dépens des éléments épithéliaux du fond des glandes utérines que le processus de menstruation a respecté (Lannois).

Schroder en 1913, après une étude portant sur 273 utérus, a divisé le cycle menstruel en sept périodes.

1° *Début de la période intercalaire* : La tuméfaction de la muqueuse commence et on y rencontre de nombreuses mitoses.

2° *Milieu de la période intercalaire* : Il y a prolifération cellulaire avec quelques phénomènes secrétoires.

3° *Fin de la période intercalaire* : Il n'y a plus de mitoses, les cellules sont hautes et claires, le noyau est refoulé vers la cavité, le stroma est hypertrophié.

4° *Commencement du prémenstrum.* Il y a multiplication et disposition hélicoïdale des glandes, les cellules sont hypertrophiées, dilatées, tuméfiées, irrégulières, il y a du mucus dans le canal glandulaire; les cellules du stroma hypertrophiées ressemblent à des cellules déciduales.

5° *Fin du prémenstrum*, on note de la dégénérescence nucléaire.

6° *Début des règles* : La couche utérine moyenne se ramollit, les vaisseaux se dilatent, les leucocytes envahissent la muqueuse qui plus ou moins est, soit expulsée, soit résorbée par cytolyse et phagocytose.

7° *Fin des règles* : Il ne reste que la basale qui régénère l'épithélium et lui donne bientôt son aspect classique.

II. **Trompes.** — La muqueuse de la trompe subit les mêmes modifications que la muqueuse utérine aux divers temps du cycle menstruel (Jaegerross et Delporte). Moreux étudiant les modifications tubaires par rapport à l'ovulation indique :

— *à la période de maturité des follicules* : élaboration d'un produit muqueux par toutes les cellules épithéliales.

A la période de rupture des follicules : le produit muqueux est excrété et cela pendant tout le temps que le corps jaune met à s'élaborer.

A la période d'involution du corps jaune : tout rentre en repos.

III. **Ligaments larges.** — Lors de la période menstruelle, ils sont congestionnés. Les plexus veineux utérins et ovariques sont hyperhémiés et leurs fibres musculaires contractées forment obstacle à la circu-

lation de retour. La circulation artérielle n'est pas gênée.

IV. **Ovaires.** — Lors des règles, l'ovaire prend une teinte plus foncée; il est plus souple, plus humide, plus richement vascularisé.

Puech a étudié la variation des dimensions de l'ovaire lors des règles. Ces variations portent surtout sur la hauteur et l'épaisseur de l'organe. Normalement l'ovaire mesure 36 millimètres × 18 millimètres × 13 millimètres. Lors des règles il mesurerait 43 millimètres × 32 millimètres × 24 millimètres.

V. **Vulve et vagin.** — La muqueuse se tuméfie et se fonce au moment des règles. Sa circulation est plus active, sa température locale augmente. La muqueuse sécrète plus abondamment, ce mucus a une odeur spéciale plus pénétrante. La femme ressent une sensation de chaleur et de tension spéciale dans le vagin avec du prurit vulvaire et de fréquentes envies d'uriner.

Stapfer a étudié par le toucher l'état de l'utérus et de ses annexes pendant le cycle menstruel, il note :

— *Au cours de la première semaine qui suit les règles*, l'utérus diminue de volume, les annexes sont introuvables, le paramètre est souple.

— *Au cours de la deuxième semaine*, pendant laquelle à la vague artérielle succède un molimen veineux, l'utérus est augmenté de volume, les déviations utérines sont aggravées, les ovaires sont augmentés de volume ; quelquefois à la fin de cette deuxième semaine, il se produit une légère dysménorrhée : *règles de quinzaine*.

Au cours de la troisième semaine ces symptômes s'amendent puis il y a une nouvelle vague artérielle.

Au cours de la quatrième semaine il se produit un second molimen veineux avec empâtement pelvien qui se termine par la congestion active cataméniale.

Modifications au niveau des autres appareils et de l'état général. — I. **Congestions à distance.** — Tous les auteurs anciens et modernes sont d'accord pour décrire une *hypertrophie thyroïdienne* prémenstruelle. Chvosteck nota vingt-sept fois sur trente observations une *hypertrophie du foie* assez considérable; Dibaïlov fit les mêmes constatations sur 100 cas. Il se produit très souvent des hémorragies en divers points de l'organisme surtout si les règles sont peu abondantes : *hémoptysies*, *hématémèses*, *melæna*, *épistaxis*, *hémorragies hémorroïdaires* bien décrites par Puech en 1863. Pendant la période cataméniale la paroi abdominale saigne très facilement rendant difficile son hémostase lors des interventions (Villemin).

II. **Appareil circulatoire.** — Outre les congestions dont nous venons de parler, d'importantes modifications se produisent dans la *pression sanguine* :

Siredey et Francillon ont noté des variations de tension non en rapport avec l'hémorragie mais suivant le moment par rapport à celle-ci, il y a augmentation de tension de 1 à 2 millimètres avant les règles, puis abaissement de 1 à 3 millimètres, enfin retour à la normale deux ou trois jours plus tard. Giles a trouvé des résultats identiques, Guillaume et Godel ont noté avant les règles de l'abaissement de la tension minima avec accentuation des raies vasomotrices et vaso-dilatation périphérique; après les règles, les phénomènes inverses se produisent.

III. **Sang.** — Carnot et Deflandre notent au début des règles une baisse rapide du *nombre d'érythrocytes* pouvant aller jusqu'à un million ; tout rentrerait dans l'ordre en une dizaine de jours. Pour Marbé le nombre des hématies diminue dans la période prémenstruelle avec minima le jour veille des règles, puis pendant la menstruation la quantité d'hématies augmente avec maxima le jour fin des règles. Etienne et Spillmann notent un fait identique avec l'opothérapie ovarienne et Marbé rapprochant ces deux constatations en déduit qu'il y aurait hypoovarie avant les règles et hyperovarie pendant celles-ci.

Pour Nesmelor pendant la période prémenstruelle, (six jours) le nombre des globules rouges augmente de 188 000 ; pendant la période menstruelle (quatre jours) il diminue ; dans le post-menstrum (quatre jours) il augmente, passe par un maximum puis diminuant redevient normal pendant les quatorze jours de la période intermenstruelle.

Hoppe, Seyler a constaté un abaissement de 1 à 2 p. 100 du *taux de l'hémoglobine* pendant la menstruation. Hénocque a vu une légère augmentation de l'hémoglobine la veille des règles. Anna Pelz note bien une augmentation du nombre des hématies avant les règles, une diminution pendant celles-ci mais n'a pas observé de différence dans le taux de l'hémoglobine. Teobaldo Soli a trouvé l'hémoglobine diminuée avant la menstruation, augmentée pendant celle-ci, diminuée après.

Le poids spécifique du sang augmente avant la menstruation puis redescend après (Cappone). Il y aurait une augmentation légère et passagère des albuminoïdes du sérum sanguin au moment de la phase maxima de l'hémorragie (Cantoni).

Chauffard, Grigault et Guy-Laroche ont étudié les variations du taux de la *cholestérinémie* durant le cycle menstruel : il y aurait une période d'hypercholestérinémie prémenstruelle (cinq à sept jours avant les règles) suivie d'une baisse et une autre période hypercholestérinémique menstruelle, moins accusée que la précédente, durant autant que l'écoulement et redevenant normale deux ou trois jours après.

On rencontre quelquefois un autre cycle de la cholestérinémie caractérisé par l'accroissement progressif de la cholestérine du sang dans les cinq à six jours qui précèdent les règles avec acmé dans la période menstruelle.

IV. **Appareil urinaire.** — Lors des règles la *dysurie* est fréquente.

La *quantité d'urine* émise diminue dans les jours qui précèdent les règles ; lors de la menstruation il se produit une diurèse abondante.

Le taux de l'urée augmente avant les règles puis diminue pendant celles-ci (Francillon). Après la menstruation Krause a observé une augmentation du *taux de la créatinine* et une diminution de l'urée.

Lors de la menstruation il y aurait une légère *albuminurie* transitoire.

L'urine pendant les règles aurait une *odeur* spéciale « sui generis. »

V. **Appareil digestif.** — Les femmes allant être réglées sont *constipées*, *anorexiques* ; la veille des règles ou le jour de celles-ci, il se produit une débâcle. Le *métabolisme basal* s'abaisse avant les règles puis redevient normal dès l'apparition de l'hémorragie (Guillaume et Godel).

VI. **Système nerveux.** — L'*excitabilité du système*

nerveux est considérablement accrue à la veille des règles ; le caractère change, la sensibilité s'exalte, ou se transforme, l'irritabilité devient excessive, la volonté fléchit, la mémoire se trouble. *L'excitation générale* s'accroît considérablement à la veille des règles quelquefois aussi au lendemain de celles-ci. Il y a une *phase de vagotonie* pendant la période intermenstruelle avec *phase de sympathicotonie* premenstruelle puis retour à la normale (Guillaume et Godel).

VII. **Seins.** — A la veille des règles les seins sont gonflés, tendus, parfois douloureux avec sensation de picotements.

VIII. **Facies.** —La face est souvent rouge, congestionnée avant les règles puis la mine s'altère.

Les yeux vifs et brillants avant les règles sont ternes et affaissés à la fin de celles-ci.

IX. **Téguments.** — La peau du visage, de la poitrine, de la région vulvaire se couvre souvent d'éléments éruptifs plus ou moins discrets et d'aspects variés : *herpès*, *vésicules*, *papules* etc., disparaissant à la fin des règles.

X. **Algies.** — Stapfer note deux *vagues menstruelles douloureuses*, l'une survenant dix à douze jours après les règles et durant trois jours et qui correspond au premier molimen, l'autre qui se produit vers le vingt ou vingt et unième jour post-menstruel et qui correspond au deuxième molimen.

Lors des règles la femme éprouve un malaise général avec sensation de pesanteur dans les lombes, les aines et les cuisses et sensation de douleurs articulaires vagues.

XI. **Fièvre.** — La *fièvre prémenstruelle* admise par Bordeu, Wunderlich, Trousseau, Riebold, Vignes a été considérée par Mlle Francillon et par Sabourin comme une manifestation d'une affection chronique (tuberculose) existante.

Pour Vignes, la température périphérique varie plus que la température centrale (Lucatello admet ce fait pour tous les syndromes glandulaires).

Riebold a montré que la température s'élève dans les dernières vingt-quatre heures de la menstruation ; l'origine en serait une toxi-infection utérine due à la résorption du sang qui reste dans la cavité utérine et à une légère infection due à la pullulation des germes infectieux dans le vagin l'acidité normale de ce milieu ayant été neutralisée (théorie de l'auto-protection de Menge), Riebold assimile l'utérus post-menstruel à un utérus post-abortum.

L'écoulement menstruel. — L'écoulement menstruel est un mélange de sang provenant des muqueuses utérine et tubaire et des sécrétions des trompes, de l'utérus et du vagin.

Le nom donné à cet écoulement varie beaucoup suivant les régions. Les dénominations les plus fréquemment employées sont : *menstrues*, *menstruations*, *règles*, *époques*, *régularités*, *flux menstruel*, *flux cataménial*, *mois ordinaires*, *affaires*, *pertes rouges*, *ménorrhée*, *indisposition*, *voir*, *etc.*

Cet écoulement caractérise la vie génitale de la femme, il apparaît et cesse avec celle-ci.

Date d'apparition. — Les règles apparaissent à la *puberté*. Le premier écoulement menstruel peut se faire soit brusquement sans symptômes précurseurs, soit être précédé d'un certain nombre de symptômes : sensation de pesanteur dans les hanches, les aines et les cuisses, ballonnement du ventre, sensation douloureuse des seins, coliques dans le bas-ventre, troubles psychiques, névralgies diverses, etc.

La date de la disparition des règles varie grandement suivant les individus. Raciborski à la suite d'une étude portant sur 25 592 observations a montré que plusieurs facteurs pouvaient influer sur l'apparition de la puberté. Ce sont : l'influence de l'énergie du sens génital, la race, l'éducation et le régime alimentaire enfin et surtout la latitude.

Influence du sens génital. — De même que les divers sens sont plus ou moins développés suivant les individus, le sens génital peut avoir une activité plus ou moins grande. Plus ce sens génital est développé, plus la menstruation est précoce.

Influence de la race. — Les individus d'une même race sont réglés à un âge moyen déterminé et cela quel que soit le pays dans lequel ils sont transportés.

Influence de l'éducation et du régime alimentaire. — Le séjour dans les villes, les excitations sensuelles, la promiscuité des sexes, l'alimentation abondante et surtout carnée, avanceraient l'âge de la puberté.

C'est ainsi que dans les villes l'âge d'apparition des règles est plus précoce qu'à la campagne et qu'elle l'est aussi dans les classes aisées par rapport aux classes pauvres moins bien nourries.

Influence de la latitude et de la température moyenne. — La température moyenne des divers pays et encore plus la latitude de ceux-ci influent sur la puberté. Elle paraît d'autant plus précoce que le pays est situé plus près de l'équateur et par cela même est plus chaud.

Tout en tenant compte des variations individuelles et des variations par rapport aux races habitant un même pays, on peut considérer trois groupes principaux de pays :

Les régions chaudes où la puberté apparaît entre onze et quinze ans, les régions tempérées où elle apparaît entre douze et quinze ans, enfin les régions froides où elle apparaît entre treize et vingt et un ans.

Mais ces âges d'apparition ne sont que des moyennes et on peut trouver des exceptions remarquables soit par leur tardivité (vingt, vingt-quatre, vingt-huit ans, même jamais), soit dès la naissance par leur précocité [un an (Susewuid), neuf mois (d'Outrepont), quatre mois (Commarond), deux ans (Corus), trois ans (Le Beau)].

Date de disparition. — La femme n'est plus réglée à la *ménopause* (de μήν = mois et παῦσις = arrêt). Cette période qui marque la fin de la vie génitale de la femme est aussi appelée *retour d'âge*, *âge de retour*, *âge critique*, *âge climatérique*.

L'âge d'apparition de la ménopause subit les mêmes influences que l'âge d'apparition de la puberté. La femme cesse d'être réglée entre trente-cinq et cinquante-cinq ans ; quarante-huit ans, en moyenne dans nos climats.

La vie génitale de la femme a donc une durée de vingt à trente-huit années.

Périodicité. — Généralement les règles apparaissent tous les vingt-huit jours ; mais cet intervalle varie avec les individus et le flux cataménial peut apparaître tous les vingt-cinq, vingt-deux, vingt et même quinze jours, — la femme dit que ses règles *avancent* ; — ou bien tous les trente-deux, trente-cinq, quarante jours et même plus — la femme dit que ses

règles *retardent*. Ce qu'il importe de considérer ce n'est pas l'intervalle qui sépare la venue des règles, mais le caractère régulier de la périodicité.

Durée. — Pas plus que la périodicité, on ne peut établir un nombre de jours pour la durée des règles. La durée la plus communément observée est de trois à quatre jours, par ordre de fréquence les chiffres que l'on trouve le plus souvent sont trois à quatre jours, deux jours, cinq jours, un jour, six jours, dix jours, sept jours. Passé dix jours la durée des règles peut être considérée comme anormale.

Quantité. — Les chiffres donnés par les auteurs sont extrêmement variables : on comprend qu'il soit difficile de préciser exactement la quantité de sang perdu si on songe aux difficultés matérielles et morales auxquelles on se heurte pour recueillir exactement le sang menstruel.

Pour Hippocrate, Galien, Hunter, la quantité de sang perdu serait de 500 à 600 grammes ; pour Mauriceau, Haller, Baudelocque, de 100 à 200 grammes ; pour Littré et Gilbert, de 110 à 240 grammes; pour Viault et Jolyet, de 100 à 200 grammes ; pour Gley de 200 grammes; pour Pénard et Abelin, 100 à 500 gr. (200 à 300 en moyenne). Hoppe-Seyler, Brodersen, Rudolph estiment que tous ces chiffres sont exagérés, en tenant compte que l'écoulement menstruel ne contient que 57 p. 100 environ de sang, la quantité de sang perdu serait de 26 à 52 centimètres cubes soit en moyenne 37 centimètres cubes. En 1916 Lahille, à la suite de dosages colorimétriques du fer contenu dans le sang menstruel, est arrivé aux conclusions suivantes :

Les chiffres donnés par les auteurs sont exagérés.

25 p. 100 des femmes ne perdent pas 25 grammes de sang.

50 p. 100 des femmes perdent environ 50 grammes de sang.

25 p. 100 des femmes perdent de 50 à 65 grammes de sang.

Une perte de sang de plus de 80 grammes est anormale.

Pendant les jours de maximum d'écoulement, la perte est de 15 à 20 grammes par jour.

La quantité de sang perdu serait plus abondante dans les pays chauds, moins abondante dans les pays froids.

Caractères de l'écoulement. — On peut considérer dans l'écoulement une *phase initiale d'augment*, une *phase moyenne d'état*, une *phase terminale de déclin*.

Les phases initiale et terminale peuvent être très brèves.

A. *Aspect*. — Le sang menstruel est visqueux surtout au début et à la fin de l'écoulement; dans la période d'état l'écoulement rappelle l'aspect du sang veineux.

B. *Couleur*. — Au début de la période d'écoulement, le liquide est muqueux, à peine teinté en rose par un peu de sang; puis il fonce peu à peu, prend la couleur foncée du sang veineux; enfin dans la période de déclin il devient de plus en plus pâle.

C. *Odeur*. — L'odeur du liquide cataménial est caractéristique *sui generis*; on l'a comparée à l'odeur du souci des jardins. *colendula officinalis* (Tarnier et Chantreuil). Cette odeur, très variable avec les sujets, serait due à la présence d'acides gras contenus dans les sécrétions des muqueuses tubaire utérine et vaginale (Virchow).

D. *Composition*. — L'écoulement cataménial, qui au début et à la fin des règles est muqueux, contient à sa période d'état des éléments sanguins, des débris épithéliaux de la vulve et du vagin, des cellules épithéliales cylindriques, mais normalement pas de bien grands lambeaux de muqueuse utérine.

La proportion de sang n'y est que de 57 p. 100 en moyenne (35 à 80 p. 100 d'après Hoppe-Seyler), de 40 à 50 p. 100 d'après Jansen. Les éléments sanguins sont des globules rouges, des globules blancs en assez grande abondance et des cellules embryonnaires. L'hémoglobine y est à l'état d'oxyhémoglobine (Lahille).

La composition du sang menstruel serait :

D'après Denis :

Eau	82,50
Fibrine	5,00
Hématosine	63,40
Mucus	45,30
Albumine	48,30
Oxyde de fer	0,50
Graisse phosphorique	3,90
Osmozone, Cruorme *àà*	1,10
Sous-carbonate de Na, Hydrochlorate de Na, Hydrochlorate de K *àà*	9,50
Carbonate de Ca, Phosphate de Ca *àà*	2,50
Phosphate de Mg	traces

D'après Bouchardat :

Fibrine, albumine, matières absorbantes	75,27
Matières extractives	0,42
Matières grasses	2,21
Sels	5,31
Mucus	16,79

E. *Pouvoir coagulant*. — Le sang menstruel ne coagule pas alors que du sang provenant d'une lésion de la muqueuse utérine coagule. Cristea et Deck, recueillant du sang menstruel dans l'utérus ne le virent pas coagulé vingt-quatre heures après.

Ce manque de coagulation serait dû à l'absence de fibrin-ferment car la coagulation se produit si on ajoute du sang normal. Blair Bell, dans le sang de douze hématocolpos, n'a trouvé ni fibrinogène ni fibrin-ferment. Il ne croit pas à la destruction possible du fibrin-ferment par les sécrétions vaginales; il démontre qu'il n'y a pas d'antithrombine dans ces sécrétions en provoquant la coagulation du sang normal en lui ajoutant un peu du mélange de sang d'hématocolpos et de sang défibriné de mouton.

Keiffer a émis l'hypothèse que l'épithélium utérin retient électivement la fibrine et le fibrinogène du sang menstruel.

Kintsu a montré que les extraits aqueux de corps jaunes frais coagulent le sang humain et croit que l'arrêt de l'hémorragie menstruelle est dû à cette action du corps jaune.

Schikelé a trouvé dans l'ovaire, le corps jaune et l'utérus une antithrombine. Birnbaum et Ostern pensent que la non-coagulabilité du sang menstruel est de cause sanguine : lors de la menstruation il y aurait une diminution de moitié du pouvoir coagulant du sang de la circulation générale ; de plus, ils ont montré que le mucus cervical non seulement n'est pas anticoagulant, mais possède un actif pouvoir de coagulation.

Weill, d'autre part, a montré que tout retard de la coagulabilité du sang de la circulation générale et que toute augmentation du temps de saignement s'accompagne de métrorragies.

Jansen a montré que normalement l'écoulement se fait à raison de 1 à 2 centimètres cubes par heure. Si l'écoulement est plus important la cause anticoagulante n'agit plus et il y a formation de caillots. Normalement il y a presque toujours de petits caillots. Le sang menstruel, d'après cet auteur, ne contient pas d'anticoagulants mais des substances coagulantes qui accélèrent la coagulation du sang pur, des plasmas sales, du plasma oxalaté recalcifié; on n'arrive pas à produire la coagulation du sang menstruel par les moyens les plus divers, sauf l'addition de fibrinogène. Ce sang qui contient du sérum et des globules paraît non coagulable parce que sa fibrine est transformée en micro-caillots.

F. *Toxicité.* — Les superstitions de tous les temps et de tous les pays ont attribué des propriétés toxiques aux règles. Aran croit à cette toxicité, Gley la nie.

Le sang menstruel paraît entraîner un certain nombre de substances toxiques dont l'organisme se débarrasse au moment des règles.

Les anesthésiques généraux comme l'éther, le chloroforme sont éliminés par les règles : après une anesthésie pendant la période cataméniale, on les reconnaît facilement à leur odeur. L'arsenic (Gautier), le calcium (Blair Bell) seraient éliminés en forte proportion par le sang menstruel.

Keiffer, Marbé pensent que l'utérus élimine une substance toxique qui provoque les troubles prémenstruels et ceux de l'aménorrhée, troubles que Keiffer dénomme *ménorrhémie* et qu'il compare en bien moins grave à l'urémie. L'utérus éliminerait ce poison sans l'élaborer comme le poumon élimine l'acide carbonique (Mowikoff).

Enfin, Charrin a montré que le sérum sanguin est beaucoup moins toxique après les règles qu'avant celles-ci.

Tuffier (1924) croit à la présence de toxines dans l'organisme qui, par action sur l'ovaire, déclancheraient la menstruation et seraient éliminées avec elle.

E. *Bactériologie.* — Il n'y a pas de microbes spéciaux dans le sang menstruel; mais comme celui-ci constitue un excellent milieu de culture, les microbes banaux de la flore vaginale acquièrent une plus grande virulence.

Diday a décrit une urétrite chronique — déjà signalée par Raciborski — dont la cause serait le coït pendant les règles; outre la flore vaginale, il faut signaler l'action irritante et même toxique des éléments muqueux. *(A suivre.)*

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La blennorragie chez l'homme et chez la femme, par le docteur CATTIER. 3e édition revue et augmentée. Un volume in-8 de 580 pages avec 60 figures dans le texte et 3 planches hors texte. — Prix : 24 fr. — Paris, Norbert Maloine.

Les actualités thérapeutiques infantiles en 1924. Recueil d'analyses de thérapeutique de l'enfance publié par les docteurs ROUÈCHE et R. AUSSET, avec une préface de M. le professeur NOBÉCOURT, professeur de clinique médicale des enfants à la Faculté de Paris, membre de l'Académie de médecine. — Prix : 6 fr. — Lille, Plateau, édit.

LES JOURNÉES MÉDICALES TOULOUSAINES

Quand le docteur Beckers, notre distingué confrère rédacteur en chef du *Bruxelles médical*, créa, il a quelques années déjà, les JOURNÉES MÉDICALES BELGES, cela fut d'abord de l'étonnement : on faisait autre chose que ce qui avait été, jusqu'alors, réalisé. La très ancienne formule des Congrès se trouvait rajeunie. Professeurs, praticiens, syndicalistes ou indépendants, de toute nation, se trouvaient en présence. On ne s'était jamais vu et cependant l'on fraternisait déjà! Des inconnus de la veille se trouvaient, le jour même, les amis les meilleurs. Un souffle de travail, de concorde, de charme semblait s'épandre sur l'assemblée. Le succès fut bientôt un triomphe qui ne s'est jamais démenti.

Il ne se pouvait que la France, amie de la Belgique si intimement unie aux heures tragiques n'adoptât les Journées médicales. Il était donné à Toulouse, la sainte et la savante; à Toulouse, dont les chartes universitaires sont signées de 1229; à Toulouse qui connut les Lupus, les Saporta, les Augier Ferrier et les Sanchez; à Toulouse, la clé des Jeux floraux et des Cours d'amours et de la Belle Paule et de Clémence Isaure; à Toulouse, enfin, trait d'union régionaliste entre Bordeaux et Montpellier, de voir s'épanouir, en deux années, les JOURNÉES MÉDICALES FRANÇAISES.

Encouragé par un doyen aussi éminent que progressiste, par tout un corps professoral dont de jeunes agrégés intensifient encore le labeur, par un recteur de l'Université qui comprend et suscite toutes les initiatives, M. le docteur Bardier, professeur de pathologie générale et de médecine expérimentale à la Faculté, a conçu, exécuté et mené à bonne fin ce qui, pour d'autres, eût été irréalisable.

Les Journées médicales françaises, nées à Toulouse, auront d'autres villes pour théâtre : diverses seront leurs manifestations; changeants seront leurs aspects. Mais Toulouse leur a imprimé un caractère qui survivra à leur évolution : je veux dire la grâce qui se dégage de la Ville Rose.

Délégué des journalistes médicaux français, notre tâche a été singulièrement facilitée par une excellente organisation à laquelle a présidé le docteur Stilmunkès, chef de laboratoire de M. le professeur Bardier. Nous lui devons, au nom de tous, nos meilleurs remerciements.

Une pléiade d'internes et d'étudiants assuraient la liaison entre les divers services : il est, pour nous, un agréable devoir de féliciter nos jeunes camarades.

Que l'on veuille bien ne pas attendre de nous un compte rendu fidèle de la deuxième session des Journées médicales Toulousaines. Le Comité se réserve de publier, *in extenso*, et les conférences et les adresses et les notes remises par les diverses sociétés de médecine, de chirurgie, etc., qui ont tenu, à cette occasion, leurs annuelles assises et les nobles délégués des nations conviées. Ici peut-être trouvera-t-on comme une silhouette du dessin plus accusé et fini qui aura, au bas de la page, la signature du professeur Bardier.

LE MONUMENT DU PROFESSEUR TOURNEUX.

A Toulouse, les grands morts donnent à notre Faculté médiévale le sens de la tradition. Charpy et Jeannel, les années précédentes, Tourneux cette année-ci, furent à l'honneur comme ils avaient été à la peine, M. le professeur ABELOUS, doyen de la Faculté de médecine, consacra à la mémoire de l'illustre savant des pages qui resteront, tout comme celles du professeur Argaud. Nos confrères Jean, Paul et Georges Tourneux, dans le médaillon que l'on a ainsi inauguré à l'entrée du laboratoire où, avec Hermann, leur père entra si souvent, seront les gardiens du souvenir.

« Frédéric Tourneux, dit en substance le Doyen, consacra quarante ans de sa vie à des recherches et à l'enseignement. C'est pour honorer sa mémoire que M. le professeur Argaud et moi prîmes l'initiative d'un appel dans le but de réunir les fonds nécessaires à l'édification de la plaque qui doit perpétuer le souvenir du maître que tant de générations d'élèves ont aimé et vénéré. M. Jean Pavie a fait revivre dans une œuvre de

Association de la Presse médicale française.

grand talent la figure si vivante du regretté professeur Tourneux. Placé à l'entrée de son laboratoire, ce bronze rappellera les nombreux travaux du maître et les longues heures du travail dans ce lieu d'études.

« Le professeur Tourneux fut un pionnier de l'histologie. Il fit partie d'un groupe de travailleurs qui, sous la direction de Robin et Pouchet poussèrent très avant l'étude de l'histologie.

« La vie de Frédéric Tourneux a été désintéressée et consacrée à l'idéal de la découverte scientifique. C'est pourquoi nous lui rendons un public hommage au nom de la Faculté. »

Une magnifique gerbe de fleurs fut déposée par une délégation au pied de la belle plaque commémorative des « Morts au champ d'honneur » et la grande séance d'ouverture déroula ses rites dans l'amphitéâtre de la Faculté.

Tour à tour, les délégués des diverses nationalités prirent la parole au nom de leur gouvernement. L'Espagne, l'Italie, la Belgique fraternisèrent avec la France. Que l'on nous permette de croire que la portée de telles cérémonies dépasse certainement le cadre purement scientifique.

Faculté de médecine de Montpellier, Association générale des médecins de France, Union des Syndicats, Union médicals franco-libéro-américaine (*Umfia*), Association des journalistes médicaux français vinrent apporter aux Journées médicales Toulousaines leur collaboration la plus étroite.

M. le professeur Bardier, secrétaire général, conclut en ces termes :

« A vingt-quatre heures près, nous sommes à l'anniversaire des premières Journées médicales. C'est à Toulouse que nous avons continué l'œuvre commencée à Bruxelles.

« Le Maroc, après nous, a déjà eu ses Journées médicales, et il y en aura bien d'autres en France.

« En effet, les Journées médicales sont une œuvre utile. C'est une nouvelle formule d'enseignement. Il va s'établir un rythme des Journées médicales. Bordeaux et Montpellier ont répondu à l'appel des Toulousains. L'Université de Montpellier s'est fait représenter par M. le Doyen de la Faculté de médecine et par M. le professeur Delmas.

« M. le Doyen de la Faculté de Bordeaux s'est fait excuser.

« Les Journées médicales françaises sont nées sur les bords de la Garonne. Elles reviendront dans quelques années refleurir à Toulouse, après avoir eu lieu à Montpellier et à Bordeaux. Nous remercions tous nos hôtes qui après de fatigants voyages sont venus nous mettre au courant de leurs savantes et personnelles recherches. Je remercie en particulier MM. les délégués officiels de Belgique, d'Espagne et d'Italie ainsi que MM. les délégués des Syndicats et Associations des médecins de France. »

Avec une urbanité à laquelle chacun rendit hommage, le docteur Bandelac de Pariente, médecin du consulat d'Espagne à Paris, invita à déjeuner toutes les notabilités du Congrès : on y but à notre amphitryon et à l'*Umfia*. Avec l'après-midi de la première journée commencèrent les grandes conférences et nous entendîmes, successivement, le professeur Recassens, doyen de la Faculté de médecine de Madrid, le professeur Sanarelli, sénateur romain, le professeur Jacob, médecin inspecteur général à l'armée du Rhin.

Le professeur Recassens s'étendit sur l'action biologique des rayons X au point de vue de la gynécologie. Le professeur Recassens n'aime pas les idées toutes faites. Très habile observateur, une longue carrière lui a permis de voir et de comparer. Sa conférence qui sera prochainement publiée *in extenso*, nous réserve certaines révélations.

M. le professeur Sanarelli traita de large manière un sujet que le professeur d'hygiène de la Faculté de Rome a depuis longtemps étudié : **le mécanisme pathogénique des infections intestinales.**

Disons tout de suite que le professeur espagnol, le professeur italien nous rendaient un peu confus par leur admirable connaissance de notre langue. Combien, dans le grand amphithéâtre, étions-nous qui pouvions ainsi nous exprimer dans la langue de nos amis?...

LA CONFÉRENCE DU PROFESSEUR SANARELLI (DE ROME)

Sur la pathogénie des infections intestinales. — M. Sanarelli de l'Université de Rome, a développé sa nouvelle théorie sur le mécanisme pathogénique des infections typhoïde, paratyphoïde et cholérique, telle qu'elle ressort des études expérimentales qu'il a effectuées sur ces maladies.

Dans le passé, on avait toujours admis que les microbes spécifiques de ces processus morbides, arrivés, avec les aliments, dans le contenu intestinal, s'y multipliaient et produisaient de violents poisons. On supposait que ces poisons, absorbés par les muqueuses de l'appareil digestif, se déversaient dans la circulation générale, produisant la symptomatologie caractéristique de ces maladies. En substance, suivant les conceptions les plus en vogue jusqu'à ces derniers temps, les maladies qui ont trait à l'appareil digestif seraient d'origine entérogène.

M. Sanarelli, an contraire, a démontré expérimentalement qu'elles ont une origine hématogène, savoir, les microbes spécifiques de la fièvre typhoïde, de la dysenterie, du choléra, etc., n'atteignent pas le canal digestif à travers l'estomac. Ils sont tués par le contenu gastrique avant qu'ils puissent atteindre l'intestin, où, en tout cas, ils ne seraient pas capables de se développer par suite de l'action nettement bactéricide de la sécrétion entérique normale.

La pénétration de ces microbes dans l'organisme a lieu par une autre voie, c'est-à-dire à travers les formations lymphatiques de la gorge, où il y a une absorption continue de microbes provenants de la cavité buccale.

Mais les microbes de la fièvre typhoïde, de la dysenterie et du choléra présentent une propriété particulière que Sanarelli a nommée *entérotropisme*. En d'autres mots, quelle qu'ait été leur voie de pénétration dans l'organisme animal, ils s'acheminent directement vers les parois intestinales, qu'ils frappent à revers, c'est-à-dire à travers la circulation générale.

Une fois pénétrés dans les tuniques intestinales et nichés dans la sous-muqueuse, ils s'y multiplient et produisent leur respectif poison spécifique et toutes les altérations anatomiques et les symptômes morbides caractéristiques de ces maladies.

Ces nouvelles conceptions pathogéniques ne manqueront de déterminer, à leur tour, une nouvelle orientation dans la thérapeutique et la prophylaxie de ces infections, considérées jusqu'à présent d'origine et à siège entériques.

LE SERVICE DE SANTÉ DE L'ARMÉE DU RHIN

Montrer les merveilleux résultats obtenus sur le Rhin par le service médical de l'armée française est à la fois œuvre très utile et très patriotique car à qui ferait-on croire que ceux qui ont réalisé en Rhénanie et sur le Rhin les merveilles que nous allons brièvement résumer, seraient insuffisants à leur tâche sur le nouveau théâtre qui réclame encore leur zèle, leur ingéniosité et, par-dessus tout, leur dévouement?

Nous devons donc à M. le médecin inspecteur général Jacob (dont les attaches sont si profondes dans le milieu toulousain), de s'être donné cette mission au cours de ces inoubliables Journées médicales.

Or, cette organisation eut ceci de spécial que cette armée de 100.000 hommes avait avec elle femmes et enfants. Treize hôpitaux purement militaires, cinq hôpitaux-mixtes, quinze infirmeries-hôpitaux, soit au total 6.000 lits ont permis de pourvoir à tous les besoins avec sept maternités dotées d'un confort irréprochable. La natalité en population française de Rhénanie est passée de 163 en 1920 à 799 en 1924!

La diphtérie, la dysenterie bacillaire, la petite vérole, furent combattues avec le plus entier succès.

Grâce au train sanitaire acheté, après l'armistice, aux Américains, l'armée du Rhin a pu évacuer, sans heurt, 1.750 malades atteints de tuberculose. Vous pensez bien que la lutte contre les maladies vénériennes a retenu l'attention du service de santé et que, profitant des récentes leçons de la guerre, on a pu obtenir mieux et à beaucoup moins de frais.

M. le médecin inspecteur général Jacob n'a pas, un seul instant, parlé de son action personnelle : raison de plus pour qu'en toute indépendance de journaliste, nous la proclamions bien haut.

La soirée (car vous ne voudriez pas qu'il n'y en ait pas eu) se passa « emmi les Capitouls » qui firent les honneurs de la salle des Illustres. Les journaux régionaux ont dit la magnificence de cette réception et les paroles toutes de courtoise qui

y furent échangées. Tous les délégués français et étrangers chantèrent les louanges de la Cité Palladienne.

Le dimanche matin, les hôpitaux présentaient une agitation inaccoutumée. Qui en tram, qui pédestrement, on avait, le plus nombreux possible, gagné de l'autre côté de l'eau et le vieil hospice de la Grave où nous fîmes si longtemps salle de garde (vous souvenez-vous, Roché, Cazeneuve, de Vézian?) et l'Hôtel-Dieu Saint-Jacques.

Dans le service de M. le professeur Dambrin, Jean-Louis Faure opéra deux malades : un cancer du col d'un utérus fibromateux avec envahissement ganglionnaire et une annexite double. Audace précise, calme virtuosité, élégance opératoire. Le maître de la gynécologie française nous a habitués à ce spectacle... Et cependant le cas présenté fut loin d'être simple!

DANS LES HÔPITAUX DE TOULOUSE

A neuf heures du matin, les congressistes des Journées médicales se sont rendus à l'Hôtel-Dieu. Tout d'abord, M. le professeur Frenkel fit une conférence dans son service de clinique ophtalmologique sur le diagnostic et les traitements des blessures perforantes de l'œil par corps étrangers magnétiques. Il montra qu'à l'aide de son puissant électro-aimant les particules métalliques sont extraites soit spontanément, soit à l'aide d'une iridectomie préalable. Il démontre l'intérêt que présente cette technique tant au point de vue de la clientèle courante qu'à celui de la thérapeutique des accidents du travail (industrie et agriculture). Les résultats fonctionnels paraissent excellents; on évite, presque à coup sûr, les accidents de sidérose, et la plupart des malades opérés dans de bonnes conditions récupèrent une vision normale.

Comme en 1924, dans le service de M. le docteur Daunic, médecin des hôpitaux, M. le professeur Baylac, avec la collaboration de M. le docteur Robert Baylac, médecin du dispensaire départemental d'hygiène sociale, a appelé l'attention sur les **heureux résultats du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire**.

Dans une conférence clinique, faite dans la salle des concours de l'Hôtel-Dieu, M. le professeur Baylac a retracé à grands traits l'historique du pneumothorax artificiel et rappelé son mode d'action, sa technique, ses accidents, ses complications; il a insisté tout particulièrement sur ses indications, ses contre-indications, sur la nécessité du contrôle radioscopique et radiographique, et il a signalé la fréquence de cavernes « muettes » que la radiographie seule permet de déceler.

Il a ensuite présenté successivement quinze malades atteints de tuberculose pulmonaire traitée par le pneumothorax artificiel — certains depuis plus de trois ans — avec, à l'appui, des radiographies faites avant et après l'établissement du pneumothorax. Quelques-uns de ces malades peuvent être considérés comme guéris ou en voie de guérison; plusieurs ont pu reprendre leurs occupations malgré le traitement, et subvenir à leurs besoins par le produit de leur travail; tous ont été grandement améliorés par le pneumothorax thérapeutique. Chez une jeune femme en état de grossesse, le pneumothorax a permis d'enrayer une tuberculose pulmonaire évolutive grave, l'accouchement s'est fait normalement et l'enfant est en bonne santé.

En terminant, M. le professeur Baylac a résumé les résultats statistiques du pneumothorax thérapeutique dans le traitement de la tuberculose pulmonaire et il n'a pas hésité à ajouter qu'associé à la cure diététo-hygiénique, il constitue la seule arme véritablement efficace que nous possédions à l'heure actuelle contre cette maladie.

Mais ceci nous remet en mémoire les résultats que nous avons constatés à la station des Escaldes, où Hervé montra aux Lyonnais réunis aux Toulousains les résultats — en série — du pneumothorax.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE TOULOUSE

La Société de chirurgie de Toulouse s'est réunie dimanche 12 juillet à quatorze heures, sous la présidence de M. le professeur Mériel, président.

M. le professeur Jean-Louis Faure a bien voulu faire l'honneur d'assister à cette conférence.

M. le professeur Miginiac fait une communication sur une **tumeur maligne de l'arrière-cavité des épiploons.**

Cette tumeur avait été diagnostiquée kyste abdominal. A l'opération, la tumeur s'est énucléée facilement, et la pièce en bas paraissait être une tumeur kystique de l'arrière-cavité des épiploons. La coupe histologique n'a pas permis de la classer au point de vue de sa provenance. La pièce ouverte alors devant la société a montré une grande cavité kystique contenant des masses fibrineuses et entourées d'une paroi d'aspect franchement malin.

M. le professeur Escat fait une communication sur un **angiofibrome ptérygo-nasal traité par les rayons X.** Cette tumeur s'est développée anormale, c'est-à-dire en sens inverse de l'évolution habituelle. Dans un premier temps opératoire exécuté par M. Mériel, la tumeur se présentait sous l'arcade zygomatique, et à la suite de cette opération des hémorragies secondaires très graves se produisirent parce que le sujet était alors hémophilique; il fut décidé que le traitement du reste de la tumeur ne serait plus confié au bistouri mais aux rayons X. La guérison ne s'est pas fait attendre, la grosse tumeur a totalement disparu, et s'il s'est reproduit depuis trois mois environ une petite masse dans la région du cavum, celle-ci, très mobile, sera facilement enlevée à la pince. Ce cas est une preuve indiscutable des bons effets de la radiothérapie dans ces fibromes naso-pharyngiens.

M. Dambrin et M. Bernarbeig font une communication sur les **résultats du drainage à la Mikulicz dans la chirurgie abdominale.** M. le professeur Dambrin apporte à l'appui de cette technique les résultats très favorables obtenus dans un grand nombre de laparotomies pour lésions abdominales infectées. Les suites opératoires furent particulièrement bonnes et il est de plus en plus acquis à cette technique si magistralement défendue par M. le professeur Jean-L. Faure.

Ce dernier veut bien faire à la Société le grand honneur d'appuyer les conclusions précédentes et montrer les raisons de l'amélioration considérable obtenue dans les suites opératoires de toutes les infections septiques de l'abdomen. Qu'il s'agisse de cancers utérins, de salpingite, voire même d'appendicite à chaud, il emploie systématiquement ce mode de drainage, et il a eu la satisfaction de voir se propager sa technique aussi bien en province qu'à Paris.

M. le président remercie M. le professeur Jean-Louis Faure des explications qu'il a bien voulu faire à l'occasion de la communication de MM. Dambrin et Bernarbeig.

M. le professeur Clermont apporte une superbe **radiographie de thoracoplastie pour tuberculose pulmonaire.** Il montre par cette radio les effets immédiats de l'opération et donne les explications cliniques qui en font ressortir le grand intérêt au point de vue du traitement chirurgical de la tuberculose pulmonaire dans les cas où le pneumothorax ne peut pas être employé.

L'observation de la malade montre qne les suites opératoires furent bonnes, sans fièvre, et amélioration d'état général.

(*A suivre.*)

Dr RAYMOND MOLINÉRY,
Délégué de l'A. P. des Journalistes médicaux.

PRATIQUE MÉDICALE

L'INSUFFISANCE CARDIAQUE CHEZ LES VIEILLARDS (1)

L'insuffisance cardiaque des vieillards, qu'ils soient atteints de myocardite sénile avec ou sans lésions valvulaires, n'est pas d'un pronostic aussi sérieux qu'on pourrait croire. L'échéance fatale est reculée pendant de longues années.

La première condition pour qu'un cardiaque en état d'hyposystolie chronique avec crises d'insuffisance aiguë du ventricule droit, puisse vivre plusieurs années, c'est le repos et la réduction de l'effort physique. Pendant les crises, repos au lit, régime de réduction lacto-hydrique (1 litre de liquide dans les vingt-quatre heures), théobromine (deux cachets de 0g50

(1) Cf. *Gaz. méd, de Nantes*, nº 17, 1924; — *Bull. gén. de thérapeut.*, sept. 1924; — *Journ. des prat.*, nº 13, 1925.

par jour), pilules de Lancereaux (trois par jour pendant cinq jours), ou bien digitaline (solution cristalisée au 1/1000) à petites doses : VIII gouttes par jour pendant dix jours ou X gouttes (V gouttes matin et soir pendant cinq jours). La solution d'ouabaïne Arnaud à 1/1000 alterne avec la digitaline : XV à XX gouttes par jour pendant cinq à dix jours.

Après la cure digitalique, le malade est laissé sans tonicardiaque, pendant trois, quatre, cinq jours ; vient ensuite la cure d'ouabaïne, puis nouveau repos de quelques jours.

Les auteurs préfèrent l'administration séparée de la digitaline et de l'ouabaïne. L'ouabaïne et le strophantus sont d'excellents toni-cardiaques, surtout chez les vieillards. Mais un de leurs effets les plus remarquables est encore la réactivation de la digitaline. C'est pourquoi nous les prescrivons l'un après l'autre, sans intervalle. Soit cinq à dix jours de digitaline à faibles doses, deux à trois jours de strophantus ou d'ouabaïne, puis retour immédiat de la digitaline. Surtout quand la tension artérielle est élevée, l'intervalle digitalique ne peut être élargi au delà de deux à trois jours.

LIVRES NOUVEAUX

Vagotonies. Sympathicotonies, neurotonies. Les états de déséquilibre du système nerveux organo-végétatif (1), par M. A. C. GUILLAUME.

La pathologie du sympathique, si négligée voici quelques années est maintenant à l'ordre du jour des problèmes pathologiques. Son étude peut seule donner la clef de nombreuses maladies viscérales, c'est dire tout l'intérêt avec lequel on lira le nouveau livre de M. Guillaume, belle étude de physiologie clinique que l'auteur place sous le grand patronage de son père M. Ch. Ed. Guillaume, prix Nobel de physique.

En écrivant ce travail, l'auteur s'est proposé de résumer dans leurs grandes lignes les nombreuses observations de malades qu'il a étudiés au cours des dernières années. Il a voulu aussi « montrer l'intérêt clinique des syndromes vago-sympathiques et leur importance comme éléments révélateurs d'états latents dont ils contribueront, bien interprétés, à fixer le diagnostic et aussi le traitement ».

Pour ne pas entrer dans de trop longs développements, M. Guillaume aborde seulement la partie clinique de l'étude des états de déséquilibre du système nerveux organo-végétatif réservant pour une autre publication la partie consacrée à l'analyse fonctionnelle des appareils et des tissus.

Tous ceux qui ont déjà lu les travaux si consciencieux et originaux de M. Guillaume, voudront parcourir le nouvel ouvrage que la maison Masson a édité avec un véritable luxe d'impression et de figures. L. G.

Opothérapie clinique, organothérapie, formulaire (2), par le docteur M. LAEMMER.

L'opothérapie ou, dans un sens plus large, l'organothérapie, a des hauts et des bas, parce que, dit justement l'auteur, elle est trop souvent encore mal comprise et mal appliquée. Il faut d'ailleurs reconnaître que, en dehors des sécrétions internes des surrénales et de la thyroïde, nous sommes mal renseignés sur le rôle physiologique des extraits d'organes et que les applications thérapeutiques qui s'ensuivent demeurent surtout empiriques. Quoi qu'il en soit, M. Laemmer, qui est un jeune savant très versé dans les questions d'opothérapie, a voulu fournir aux médecins un guide, un formulaire, qui leur permette d'employer les préparations de glandes et d'organes d'une manière précise, en évitant toute erreur ou confusion. Et on peut affirmer qu'il y a parfaitement réussi.

Dans la première partie, l'auteur traite de généralités : série des glandes et des organes utilisés et leurs formes pharmaceutiques usuelles ; règle pour l'exploration des tissus et épreuves qui mettent en évidence les altérations de leur fonctionnement, incompatibilités et synergies, formes médicamenteuses et voie d'introduction qu'il convient de choisir suivant les cas ; enfin, règle de la durée d'application et de la marche du traitement. Cette partie est de première importance ; elle fournit au praticien des renseignements indispensables, qu'il méconnaît ou qu'il ignore. La seconde partie est consacrée au formulaire. Tous les appareils sont passés en revue, ainsi que les maladies de la nutrition et les grands syndromes endocriniens ; pour chacun d'eux, le traitement organothérapique est indiqué avec les précisions nécessaires et les modifications qu'exigent les modalités envisagées. On devine ainsi combien sera précieux ce petit livre, à peu près seul jusqu'ici de son espèce. Très clair, très complet, il ne peut manquer de recevoir, du corps médical, l'accueil empressé qu'il mérite à tous égards. J. L.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 14 fr. — Paris, Masson, et Cie.
(2) In-8. — Paris, Masson et Cie.

Technique clinique d'examen complet du système nerveux (1), par G. H. MONRAD-KROHN, professeur de médecine à l'Université Royale de Christiania, Norvège. Préface de M. le docteur SOUQUES, membre de l'Académie de médecine. Édition française, d'après la deuxième édition anglaise revue et augmentée par l'auteur, par le docteur R. MOURGUE médecin des Asiles, Lauréat de l'Institut.

Ce qui caractérise, cet ouvrage, c'est qu'il contient outre les données élémentaires, les techniques les plus récentes, y compris les examens cliniques de laboratoire (ponction sous-occipitale, examen du liquide céphalo-rachidien, dont un procédé entièrement nouveau d'examen de la pression intraméningée, etc.) Les examens des organes des sens (œil et oreille) y sont l'objet de longs développements. Enfin, il faut citer comme particulièrement élégante la présentation de l'examen complet d'un sujet dit aphasique.

Il n'est pas jusqu'aux schémas anatomiques, qui terminent l'ouvrage, dont il ne faille souligner l'intérêt pratique. Le neurologiste de profession lui-même aura intérêt à retrouver, dans beaucoup de passages, le résumé des beaux travaux de l'auteur publiés en langue scandinave ou anglaise (dissociation de l'innervation volontaire et émotionnelle dans la paralysie faciale centrale, réflexes abdominaux, travaux sur les lésions nerveuses de la lèpre, sur les fonctions psychosomatiques, etc.).

Aussi M. Souques peut-il écrire dans la préface : *Je ne crains pas de déclarer qu'un tel livre devrait se trouver dans la poche de tout étudiant et sur le bureau de tout chef de service hospitalier.* L. G.

Manuel élémentaire de puériculture (2), par Mme le docteur Clotilde MULON. Préface du professeur MARFAN.

Peu de temps après la mort de notre très regretté confrère, Mme Clotilde Mulon, vient de paraître la deuxième édition de son excellent manuel de puériculture qui était épuisé depuis plusieurs années.

Cet ouvrage passe en revue un certain nombre de questions dont l'intérêt est de plus en plus vif. Citons :

Puériculture et mortalité infantile. Puériculture prénatale. Conduite à tenir auprès d'une jeune femme au moment de l'accouchement. Physiologie du nourrisson. Hygiène générale de l'enfant. L'enfant débile ou prématuré. L'allaitement maternel. Allaitement mixte et allaitement artificiel. Le sevrage. Les maladies du nourrison. Le rôle et le devoir du personnel des chambres d'allaitement, crèches, garderies, etc. Assistance à la maternité.

Cette simple énumération montre combien ce manuel peut rendre de services non seulement aux médecins, mais aux mères de familles et aux infirmières. L. G.

Pour être en règle avec la loi (3), par A. BOULAND.

Voici un ouvrage qui sera consulté utilement par les chirurgiens dentistes. Il contient, réunis sous une forme pratique tous les textes législatifs concernant la profession médicale et l'art dentaire. Sa lecture évitera bien des recherches à tous ceux qui désirent « être en règle avec la loi ». L. G.

(1) Un vol. in-16 de 216 pages, avec figures hors texte et index détaillé. — Prix : 12 fr. — Paris, Le François.
(2) In-8, 2e édition. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.
(3) Un vol. in-8, éditions de la *Semaine dentaire*, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal parait trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Rouvière et Hovelaque, anatomie; Israels de Jong, anatomie pathologique; Blanchetière, chimie; Champy, embryologie; Duvoir, médecine légale; Escalle et Metzger, obstétrique; Joyeux, parasitologie; Garnier, pathologie expérimentale et comparée; Fiessinger, Chiray et Abrami, pathologie médicale; Basset, Moure et Cadenat, pathologie chirurgicale; Binet, physiologie; Harvier, thérapeutique; Verne, histologie; Vandescal, enseignement théorique aux élèves sages-femmes.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-2926, des cours ci-après désignés : MM. les docteurs Frey, stomatologie; Mauclaire, agrégé libre, chirurgie orthopédique.

— Alger. — Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, des enseignements ci-après désignés, les agrégés dont les noms suivent : MM. Lombart et Aubry pathologie externe; Porot, pathologie interne et pathologie générale; Laffont, accouchements; Portes, chimie minérale.

M. Ferrari, docteur en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1925-1926, des fonctions d'agrégé et d'un cours d'anatomie descriptive.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, des cours ci-après désignés : MM. Hérail, professeur, thérapeutique; Musso, professeur, législation et déontologie pharmaceutiques; Maillard, chimie pathologique; les docteurs Fouret, stomatologie; Wünschendorff, chef de travaux, toxicologie; Mélis, chef de travaux, pharmacie galénique.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, des conférences ci-dessous désignées : MM. Laffont, agrégé, obstétrique (élèves sages-femmes, 2e année); le docteur Fuster, anatomie physiologique et pathologie élémentaires (élèves sages-femmes, 1re année) ; M. le docteur Montpellier, en médecine, est chargé, pour l'année scolaire 1925-1926, des fonctions de chef de travaux d'anatomie pathologique.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1915-1926, des enseignements suivants, les agrégés près les Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-dessous désignées :

Bordeaux. — MM. Princeteau, anatomie (2e année); Carles, thérapeutique et pharmacologie ; Péry, enseignement des élèves sages-femmes (1re année); Faugère, enseignement des élèves sages-femmes (2e année); Delaunay, physiologie; Dupérié, pathologie générale; Leuret, pathologie interne (3e année); Micheleau, sémioliogie médicale (1re année); Creyx, pathologie interne (4e année); Lacoste, histologie (1re année); Teulières, sémiologie oculaire (4e et 5e année).

Lille. — MM. Gérard (Georges), anatomie; Ingelrans, pathologie générale ; Leclerc, médecine sociale et accidents du travail; Duhot, pathologie interne; Combemale, physiologie; Paquet, accouchements; Dellanoy, pathologie externe.

Lyon. — MM. Garin, zoologie ; Chalier (André), pathologie chirurgicale; Roubier, pathologie médicale; Trillat, accouchements; Nogrier, physique pharmaceutique ; Thévenot (Lucien), bactériologie clinique; Piéry, hydrologie thérapeutique.

Montpellier. — MM. Galavielle, pharmacologie ; Boudet, clinique des maladies des vieillards; Giraud, hydrologie et climatologie ; Riche, clinique propédeutique chirurgicale ; Etienne, pathologie externe, Margaret, clinique des maladies syphilitiques et cutanées ; Lapeyre, pathologie expérimentale.

Strasbourg. — M. Simon, pathologie externe.

Toulouse. — MM. Ducuing, pathologie externe ; Gorse médecine opératoire; Garipuy, obstétrique; Dieulafé, anatomie topographique ; Nanta, dermatologie; Romieu, histologie, Laporte, pathologie interne ; Mlle Condat, pathologie générale et expérimentale.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, des fonctions de chef de travaux, les agrégés près les Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-dessous désignées :

Bordeaux. — MM. Labat, chimie et pharmacie ; Muratet, anatomie pathologie; Mauriac, bactériologie ; Sigalas (R.), parasitologie et conférence de zoologie; Villemin, anatomie et conférence d'anatomie.

Lille. — Bédart, physiologie; Debeyre, histologie ; Gérard

(Maurice), médecine opératoire; Pellisier, anatomie pathologique; Morvillez, pharmacie; Olivier, anatomie.

Lyon. — MM. Barral, chimie minérale; Leulier, matière médicale; Florence, chimie organique; Noël, histologie; Savy, anatomie pathologique; Mazel, médecine légale; Bonnet (Paul), chirurgie opératoire.

Montpellier. — MM. Turchini, histologie; Lemarque physique; Delmas (Paul), obstétrique; Cabannes, histoire naturelle; Delmas (Jean), anatomie.

Nancy. — MM. Robert, chimie; Thiry, parasitologie et histoire naturelle; Mathieu, physiologie; Lamy, physique; Mutel, anatomie; Watrin, histologie; Cornil, anatomie pathologique.

Toulouse. — MM. Moog, chimie; Maurin, pharmacie; Escande, physique pharmaceutique; Valdiguié, chimie biologique; Tapie (Jean), hygiène; Miginiac, médecine opératoire; Clermont, anatomie.

— Sont nommés, pour l'année scolaire 1925-1926, chefs de travaux aux Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-dessous désignées :

Bordeaux. — MM. Beylot, histologie; Soulé, physiologie; De Coquet, chimie biologique; Fourment, botanique et matière médicale.

Lille. — MM. Demeure, physique; Louis, chimie minérale.

Lyon. — MM. Chanoz, physique biologique; Fouillouze, pharmacologie; Imbert, thérapeutique; Mlle Bellion, physiologie; MM. Massia, parasitologie; Dufourt, médecine expérimentale.

Montpellier. — MM. les docteurs Bosc, anatomie pathologique et Cristol, chimie biologique.

Nancy. — M. Simonin (Pierre), pathologie expérimentale.

Strasbourg. — MM. Oberling, anatomie pathologique; Vintemberger, embryologie et tératologie; Lévy (A.), Clinique dentaire; Hecker, anatomie; Simonin (Camille), médecine légale; Holtzmann, bactériologie.

Toulouse. — MM. Constantin, physiologie; Pujol, anatomie pathologique; Roques, zoologie médicale et parasitologie; Riser, médecine légale.

— Sont délégués dans les fonctions de chef de travaux pour l'année scolaire 1925-1926 dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées :

Lille. — MM. Cordonnier, médecine légale; Bartier, chimie organique.

Lyon. — M. Gallois, anatomie.

Strasbourg. — Mlle Le Breton, physiologie.

Toulouse. — M. Brustier, chimie.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Castel (de Roubaix) et Lemeland (de Paris).

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Joubert des Ouches (de Paris), et Voyer (de Saint-Philibert-de-Grandlieu).

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Liste, par ordre de mérite, des médecins aides-majors sortant de l'Ecole d'application du service de santé des troupes coloniales, à Marseille :

MM. Farinaud, Dorolle, Montagne, Gulliny, Huard, Marneffe, Dumas, Le Rouzic, Coleno, Germain, Sanner, Montestruc, Chambon, Hérivaux, Malval, Przyiemski, Husson, Varneau, Quéré, Pons, Duffaut, Etienne, Leroy, Queinnec, Broband, Alain, Picot, De Gouyou de Pontouraude, Marion, De Nas de Tourris, De Palmas, Mazurier, Ott, Basile, Muraine, Delassiat, Buisson, Digne, Sanson, Robert.

MARINE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle du 4 septembre 1925, ont été désignés :

Pour remplir les fonctions de directeur du service de santé du 1er arrondissement maritime à Cherbourg : M. le médecin en chef de 1re classe Hervé, du port de Toulon, en remplacement de M. Vallot, atteint par la limite d'âge.

Pour le poste de médecin-chef de l'hôpital maritime de Cherbourg : M. le médecin en chef de 1re classe Meslet, du port de Cherbourg, en remplacement de M. Mourron, admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à la retraite.

Pour occuper les fonctions d'adjoint au directeur du service de santé du 5e arrondissement maritime à Toulon : M. le médecin en chef de 2e classe Chauvin, du port de Toulon, en remplacement de M. le docteur Hervé, appelé à d'autres fonctions.

Comme membre de la commission consultative médicale au ministère des pensions (section marine) : M. le médecin principal Brochet, chef du service de santé à Indret, en remplacement numérique de M. le docteur Gombaud, admis à la retraite.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Théophrède Bonhomme, ancien interne des hôpitaux de Lyon, ancien médecin en chef des Asiles du Puy, décédé à Paris, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans. Nous prions son fils le docteur Joseph Bonhomme, de recevoir l'expression de notre vive sympathie; et de Paul Michel, ancien interne des hôpitaux de Lyon, chef de laboratoire à la Charité, décédé à Saint-Genis-Laval.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE TARNIER (professeur : M. BRINDEAU). — *Cours de pratique obstétricale*, par MM. les docteurs Cathala, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis; Metzger, agrégé, accoucheur de l'hôpital Tenon; Vaudescal, agrégé, Bénit, Couinaud, Lantuéjoul et Mlle Labeaume, chefs de clinique et anciens chefs de clinique; De Manet, chef de clinique adjoint; Chomé, assistés de MM. Vidal, La Burthe, Nicolleau et Mme Poulain, moniteurs.

Le cours est réservé aux étudiants et aux docteurs français et étrangers. Il commencera le mercredi 16 septembre 1925, il comprendra une série de leçons cliniques, théoriques et pratiques, qui auront lieu tous les jours, à partir de 9 h. 1/2 et de 16 heures. Les auditeurs seront personnellement exercés à l'examen des femmes enceintes et en couches, à la pratique des accouchements et aux manœuvres obstétricales. Un diplôme sera donné à l'issue de ce cours.

Pour renseignements, s'adresser à M. le chef de clinique, à la clinique Tarnier.

Les bulletins de versement, relatifs au cours, seront délivrés au secrétariat de la Faculté, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Le droit à verser est de 150 francs.

NOTES DE PRATIQUE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

A titre préventif, prescrire deux cachets par jour de *Théosalvose digitalique*, deux à trois jours par semaine. Veiller au régime : n'autoriser les viandes qu'à midi, cuites sur le gril et très peu salées.

A titre curatif, deux cachets par jour, cinq à dix jours de suite, de *Théosalvose digitalique*. Arrêt de quatre à cinq jours, puis reprendre cinq à dix jours. Entre temps, deux cachets par jour de *Théosalvose spartéinée*. Régime lacté ou lacto-végétarien.





ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OBSTÉTRIQUE — GYNÉCOLOGIE

Sous la direction de M. le Dr ECALLE,

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, ACCOUCHEUR DES HÔPITAUX

OBSTÉTRIQUE

La tuberculose chez la femme enceinte. (MONEKEBERG et VERGARAK. *Gyn. et obst.*, 1925, t. XI, p. 242.) — Les conclusions de ce travail sont tirées de l'observation de plus de 300 femmes enceintes atteintes de tuberculose et soignées à la clinique obstétricale du Chili. La grossesse aggrave la tuberculose évolutive dans plus de la moitié des cas et cette aggravation consiste dans une tendance marquée à la généralisation. Les expériences rapportées par ces auteurs confirment celles qui ont été publiées par Chomé en France et contribuent à démontrer l'existence d'une anergie gravidique manifeste.

L'avortement provoqué a été pratiqué dans des cas très rares (7 fois) et se trouve indiqué lorsque la grossesse n'a pas dépassé le troisième mois, si la tuberculose est aggravée mais reste curable, chez les multipares pour qui la tuberculose serait plus fréquente et plus grave.

Enfin, les auteurs attachent une certaine importance à la négativité de la réaction de Besredka et des intradermoréactions. G. ÉCALLE.

Les hydronéphroses de la grossesse. (GUÉRIN-VALMALE. *Sud méd. et chir.*, 15 avril 1925, p. 3240.) — L'auteur décrit sous ce nom la dilatation de l'uretère et du bassinet, apparaissant vers la fin de la première moitié de la grossesse sous l'influence de la compression qu'entraîne le développement de l'utérus gravide. Cette distension se manifeste par des douleurs dans la région lombaire et surtout se révèle par le palper bimanuel qui montre un rein gros, abaissé, douloureux à la pression et au ballottement. A ce moment les urines ne contiennent encore ni albumine, ni pus, ni bacilles. Il n'y a aucun signe d'infection locale ni générale. Mais il suffit de quelques troubles digestifs qui lancent dans la circulation un flot de colibacilles pour que ceux-ci, éliminés surtout par le rein, infectent l'urine stagnante et déterminent une pyélonéphrite.

De ces considérations découlent quelques conclusions pratiques. On doit éviter l'infection de la poche pyélique par le traitement des troubles digestifs (constipation) et par l'administration d'antiseptiques urinaires (uroformine). Quant à l'évacuation du bassinet, on l'obtiendra souvent par le décubitus latéral prolongé sur le côté opposé à la lésion; en cas d'échec, on aura recours à la distension vésicale de Pasteau, ou mieux au cathétérisme de l'uretère et du bassinet qui a donné d'excellents résultats. G. BARBARO.

Anémie pernicieuse gravidique. (AUBERTIN. *Bull. méd.*, 4 et 7 mars 1925, n° 10, p. 261.) — L'anémie pernicieuse gravidique est une entité morbide spéciale bien définie qui apparaît vers le cinquième mois, mais n'attire souvent l'attention que vers le septième mois. Elle se traduit par une asthénie qui force la malade à garder le lit; de la dyspnée, de la pâleur et surtout de l'œdème très marqué accompagné parfois d'ascite. Cet œdème, symptôme essentiel, associé dans quelques cas avec une albuminurie légère et des souffles cardiaques anémiques, a pu faire prendre ces malades pour des cardiaques ou des malades atteintes de néphrite gravidique.

Le foie est normal; la rate est souvent augmentée de volume; il existe fréquemment une fièvre vespérale dépassant 38 degrés.

L'examen hématologique montre une anémie globulaire intense (un million ou même moins).

Le pronostic de cette affection est extrêmement grave pour la mère (mortalité de 90 p. 100) et pour l'enfant qui meurt souvent. Lorsque la guérison survient c'est toujours après l'expulsion du fœtus. Aussi lorsque le diagnostic est bien établi, il semble que l'on soit en droit de provoquer l'accouchement qui, s'il est fait à temps, donne des guérisons. On peut lutter, d'autre part, contre l'anémie par les transfusions sanguines, la sérothérapie hémopoiétique.

Mais ces diverses méthodes ne peuvent agir effectivement qu'une fois le fœtus expulsé; jamais avant l'accouchement. G. BARBARO.

Diabète transitoire au cours de la grossesse. (ANDÉRODIAS. *Sud méd. et chir.*, 15 avril 1925, p. 3248.) — L'auteur relate trois observations concernant des femmes qui ont présenté, au cours de grossesses successives, de la glycosurie accompagnée de signes cliniques tels qu'on a pu la considérer comme pathologique. Auparavant, elles n'avaient jamais présenté de symptômes de diabète; d'autre part, après l'accouchement, le sucre disparut des urines. Dans ces trois cas les enfants accusèrent à leur naissance un poids nettement supérieur à la normale; aucun ne naquit vivant. A l'autopsie de l'un d'eux on put noter une hypertrophie considérable des îlots de Langerhans du pancréas, comme si le fœtus avait dû lutter contre l'hyperglycémie maternelle.

Ce diabète transitoire est certainement lié au développement du fœtus puisqu'il cesse après l'accouchement. Au point de vue pratique, il semble bien que la vitalité du fœtus est fortement menacée quoi qu'on fasse, et que ni le régime antidiabétique, ni l'accouchement provoqué ne paraissent pouvoir donner d'enfants vivants. G. BARBARO.

Cancer et gestation. (H. VIGNES et DUHAIL. *Biologie méd.*, Paris 1925, t. XV, p. 1.) — Les auteurs étudient la question sous les deux points de vue suivants :

1° *Influence de la gestation sur le cancer.* — Ordinairement le cancer continue à évoluer comme il le ferait en dehors de toute gestation. Il n'y aurait donc pas lieu, le plus souvent, de provoquer l'avortement. Cependant, dans quelques cas, le cancer paraît aggravé : c'est le cas lorsqu'il atteint les organes influencés par la grossesse (utérus, sein).

2° *Influence du cancer sur la gestation.* — La néoplasie interrompt parfois la grossesse, mais si le produit de conception est né à terme il est le plus souvent normal. Cependant sa vitalité paraît amoindrie et il succombe fréquemment en bas âge. Cette action du cancer sur l'enfant serait plus marquée dans les cas où le néoplasme est ulcéré, infecté, saignant; il semble que la cachexie de la mère soit le principal facteur de la mortalité infantile. G. BARBARO.

Traitement du cancer du col de l'utérus pendant la gestation et la parturition. (PORTES et DE NABIAS. *Gyn. et obst.*, 1924, t. X, p. 105.) — A part les cas où le cancer est diagnostiqué au début de la grossesse et où l'on peut espérer la guérison définitive par l'exérèse chirurgicale, il semble que la meilleure méthode de traitement se trouve dans l'association de la curiethérapie à la chirurgie obstétricale.

Pendant la grossesse, la curiethérapie ne peut être pratiquée que par la voie vaginale, en surface, et sans pénétrer dans le col pour éviter l'interruption de la grossesse. Ce traitement peut déterminer, du reste, un état de sclérose du col nécessitant la césarienne au début du travail.

Pendant le travail il paraît capital de ne jamais laisser les femmes accoucher par les voies naturelles. (Où le col guéri est sclérosé, donc indilatable, ou l'existence d'un foyer cancéreux traumatisé risque de déterminer l'essaimage des cellules cancéreuses, des troubles graves dans la dilatation et un danger de rupture du segment inférieur.)

La césarienne sera presque toujours suivie d'hystérectomie, soit d'une hystérectomie totale simple ou élargie si elle est possible, soit d'une hystérectomie subtotale laissant le moignon cancéreux qui sera traité ultérieurement par le radium. C'est également à la curiethérapie que l'on devra s'adresser pendant les suites de couches. G. ÉCALLE.

Le radiodiagnostic obstétrical. (PORTES et BLANCHE. *Gyn. et obst.*, 1924, t. X, p. 333.) — Mise au point des renseignements que l'on peut obtenir actuellement du radiodiagnostic en obstétrique.

Le radiodiagnostic de la grossesse est possible dans sa première moitié, mais les résultats dépendent de trop de facteurs pour qu'un résultat négatif présente quelque valeur. Par contre, il peut être considéré comme donnant des résultats constants dans la deuxième moitié de la grossesse, à condition que l'on utilise une instrumentation appropriée.

A la fin de la grossesse les anomalies de la gestation telles que les présentations vicieuses, les grossesses gémellaires peuvent être décelées par la radiographie. Il en est de même de la mort du fœtus in utero, à condition que le fœtus ne soit pas trop macéré. La radiographie peut encore donner des renseignements intéressants sur le mécanisme du travail. G. ÉCALLE.

Etude critique des procédés radiopelvimétriques. (PORTES et BLANCHE. *Gyn. et obst.*, 1924, t. X, p. 416.)

Le forceps de Kjelland. (BARBARO. *Gyn. et obst.*, 1924, p. 36.) — Le nouveau forceps imaginé par Kjelland a été présenté en 1915 à la Société obstétricale de Munich. Il a été accueilli avec la plus grande faveur en Allemagne et fut préconisé par quelques accoucheurs de langue anglaise. Barbaro, dans cet intéressant article, le fait connaître au public français. Forceps croisé dont la courbure pelvienne est très faible et ne présente pas de système de traction indépendant des manches de l'instrument.

Son application se fait un peu différemment de celle du Tarnier et nécessite une rotation de 180 degrés de la première cuiller placée en avant lorsque la tête est élevée. Il peut, en outre, s'articuler sans que le décroisement des branches soit nécessaire.

Ses partisans lui reconnaissent les avantages suivants. Prise de la tête fœtale suivant le bipariétal, quelle que soit sa position ou son orientation. La tête n'est pas déplacée pendant l'introduction des cuillers, et le forceps embrassant intimement la tête fœtale ne peut théoriquement ni glisser ni déraper. Sa prise serait enfin moins traumatisante pour la mère et l'enfant. Son emploi est particulièrement vanté dans les cas de présentation céphalique élevée, de face et de front.

En présence des résultats publiés à l'étranger et particulièrement en Allemagne, Barbaro propose de l'essayer en France sans idée préconçue et sans parti pris. G. ÉCALLE.

Note sur le forceps de Kjelland. (BRINDEAU et LANTUÉJOUL. *Gyn. et obst.*, 1925, p. 201.) — Les auteurs ont réalisé le vœu exprimé à la fin de l'article précédent. Ils ont expérimenté théoriquement le Kjelland sur des bassins secs et concluent que ce nouveau forceps est un instrument défectueux.

Sur une tête fœtale saisie par le Kjelland les diamètres de l'ensemble céphalo-instrumental sont plus grands qu'avec les autres forceps. La prise asymétrique est mauvaise. Mais, et ceci explique la faveur dont a pu jouir le Kjelland, le forceps ne dérape pas, quand il est bien appliqué. Il agit alors comme une tenaille, un davier. Ce n'est plus un instrument destiné à corriger une position défectueuse de la tête, c'est un instrument capable de l'extraire de force.

Les auteurs ont essayé ce forceps 9 fois sur des femmes en travail ; 5 fois la tête étant bien engagée l'extraction fut facile ; 3 fois on dut abandonner le Kjelland pour reprendre le Tarnier ou le Demelin ; 1 fois l'extraction difficile fut terminée par le Kjelland, l'enfant succomba trois jours après d'une hémorragie méningée.

L'emploi de ce forceps, comparable en somme au vieux Levret, ne saurait constituer un progrès dans la thérapeutique obstétricale. G. ÉCALLE.

Quelques expériences personnelles avec les forceps de Kjelland. (HAUCH. In *Gyn. et obst.*, 1925, t. XI, p. 321.) — — Ce même forceps a été expérimenté à la clinique obstétricale de Copenhague où le Tarnier et le Demelin sont peu utilisés. A côté de quelques cas heureux on retrouve d'autres cas malheureux où les auteurs eurent à regretter des lésions graves après l'emploi du Kjelland (4 ruptures de l'utérus et de la vessie, 5 ruptures de la vessie seule). Les résultats pour les enfants n'ont pas été beaucoup plus encourageants. Il semble ressortir de ces résultats que si l'on se borne à ne faire des applications de forceps que dans les cas où celles-ci sont indiquées, le Kjelland est un instrument certainement très inférieur aux forceps dont nous avons l'habitude de nous servir en France. G. ÉCALLE.

La ponction lombaire sur le fœtus vivant pratiquée pendant l'extraction du siège. (R. COSTA. *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, 25 mars 1925, n° 6, p. 185.) — Pendant l'extraction du siège on peut, par la ponction lombaire, obtenir une diminution du diamètre bipariétal d'un demi-centimètre, sans que la vie du fœtus soit menacée. Au contraire, l'abaissement de la pression intracranienne éviterait les lésions de la tente du cervelet ; elle diminuerait la compression des centres bulbaires, de la respiration et du cœur.

L'auteur, qui a pratiqué 10 fois cette intervention, la recommande dans les cas où l'on doit extraire le fœtus par le siège et où l'on présume qu'il y aura des difficultés au moment de l'extraction de la tête, dues soit à la résistance des parties molles (dilatation insuffisante du col), soit à un bassin rétréci. G. BARBARO.

La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (PORTES. *Gyn. et obst.*, 1924, t. X, p. 225.) — En mars 1924, l'auteur présenta son premier cas de césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus. Depuis, cette opération a fait l'objet de nombreuses discussions dans les diverses sociétés d'obstétrique.

Dans cet article, Portes en décrit minutieusement la technique qui comprend deux temps. Après l'extériorisation de l'utérus pratiquée comme pour une césarienne classique, la paroi abdominale est suturée en un plan par des fils métalliques au-dessus du pédicule utérin. L'utérus est ensuite sectionné, l'enfant et le placenta sont extraits, la brèche utérine est réparée en un plan à la soie par des points n'intéressant pas la muqueuse. L'utérus extériorisé et suturé est ensuite pansé, soit au sérum, soit à l'huile goménolée, soit avec de la bouillie lactique. On assiste alors à l'involution progressive de l'utérus. Mais on note presque toujours une réaction marquée du péritoine se traduisant par des fausses membranes recouvrant l'utérus et les annexes, le plus souvent très œdématiés. Dans bien des cas il se produit une désunion de la cicatrice utérine qui nécessite une suture secondaire après avivement ou résection d'une tranche musculaire. Lorsque l'utérus est cicatrisé on peut le réintégrer dans la cavité abdominale. Ce deuxième temps nécessite le décollement des adhérences péri-utérines, mais se fait en général sans difficulté.

Tel est le résumé de la technique de cette intervention. Elle vise à conserver l'utérus dans les cas où un degré quelconque d'infection de la cavité utérine rendrait aléatoire la césarienne classique et nécessiterait ainsi la césarienne mutilatrice. L'opération de Portes s'oppose donc en principe à la césarienne mutilatrice et répond aux principales indications de celles-ci. Ce ne peut être qu'une opération d'exception et bien nombreuses nous semblent les indications mentionnées dans ce mémoire. Seul l'avenir obstétrical des femmes ainsi traitées nous dira s'il vaut mieux tenter de leur laisser un utérus suturé secondairement et réduit dans ses dimensions, ou leur faire subir une césarienne mutilatrice. Tout dépendra de la valeur fonctionnelle de leurs ovaires et de la solidité de la cicatrice utérine ainsi obtenue au cas d'une nouvelle grossesse.

Portes termine son mémoire par une série de quatre observations. G. ÉCALLE.

Essais de transfusion du sang chez les prématurés débiles. (GUÉNIOT et SÉGUY. *Gyn. et obst.*, 1925, t. XI, p. 111.) — Les auteurs préconisent la transfusion de 10 à 20 centimètres cubes de sang maternel citraté aux débiles de moins de 2.000 grammes dont la courbe de poids n'est pas satisfaisante ou dont la température tend à rester inférieure à la normale. Ils pensent, en augmentant la masse totale du sang dans des proportions très sensibles, donner à un prématuré débile des

hématies de renfort qui permettront une meilleure hématose de ses tissus. Les enfants ainsi traités ont parfaitement supporté cette transfusion qui s'est révélée comme un moyen puissant pour stimuler la thermogenèse et l'accroissement.

G. ÉCALLE.

La transfusion du sang chez le nouveau-né. (BARBARO. *Gyn. et obst.*, 1925, t. XI, p. 119.) — Revue générale donnant tous les détails techniques de la transfusion du sang chez les nouveau-nés et en exposant les indications principales (hémorragies, infections et intoxications) et les résultats souvent favorables.

G. ÉCALLE.

GYNÉCOLOGIE

Sur une topographie particulière de l'épanchement sanguin dans le cas de grossesse extra-utérine rompue. L'hématome pelvi-pariéto-colique gauche. (CHATON. *Presse méd.*, 1924, n° 56.) — La collection sanguine fournie par la rupture d'une grossesse extra-utérine peut, dans certains cas, présenter un siège bien particulier. L'auteur l'a vue deux fois limitée d'un côté par la cavité pelvienne et le bord latéral gauche de l'abdomen; de l'autre par l'anse sigmoïde et son méso relevés, le côlon iliaque et le côlon descendant. Mais il est nécessaire pour qu'une telle loge soit constituée que le côlon ait un méso assez long pour s'accoler à la paroi. Le seul élément de diagnostic de cette localisation peu fréquente est donnée par la percussion.

G. ÉCALLE.

Quinze cas de grossesse après la myomectomie. (GOUILLOUD. *Gyn. et obst.* 1924, t. IX.) — Ainsi que Tixier et Labey l'ont énoncé au Congrès de Paris, la chirurgie du fibrome devra être conservatrice le plus possible, la myomectomie devenant ainsi l'opération idéale. La statistique de l'auteur renforce singulièrement cette thèse. La grossesse se produit chez le quart des femmes ayant subi une myomectomie. Il en rapporte 15 cas dans ce mémoire. Il n'a pas noté de dystocie spéciale bien que le travail soit souvent assez lent (primipares âgées). Il faudra cependant se méfier lorsque la gestation survient après une myomectomie : de petits noyaux fibromateux restés sur l'utérus peuvent s'hypertrophier et donner une tumeur prævia. Enfin, on ne devra pas demander un trop gros effort à la cicatrice utérine.

G. ÉCALLE.

Le traitement du prolapsus utéro-vaginal total chez les femmes âgées par l'opération de Le Fort élargie. (BROCQ et NORA. *Gyn. et obst.*, 1925, t. XI, p. 338.) — Les auteurs décrivent avec soin la technique de l'opération de Le Fort telle qu'elle est pratiquée dans le service du professeur Lejars. Ils insistent sur l'étendue des surfaces cruentées nécessaires au cloisonnement et sur l'utilité qu'il y a à laisser sous le col un petit canal s'ouvrant à l'extérieur par deux rigoles latérales au cloisonnement. Les 38 observations qu'ils apportent semblent pouvoir établir que l'opération de Le Fort complétée ou non par une périnéorraphie postérieure constitue l'opération de choix chez les vieilles femmes atteintes d'un prolapsus utéro-vaginal total.

G. ÉCALLE.

Les métrorragies après la ménopause causées par les tumeurs et les kystes de l'ovaire (MOULONGUET-DOLÉRIS. *Obst. et gyn.*, t. IX, p. 493.) — Les néoplasies ovariennes, tumeurs solides ou kystes, peuvent après la ménopause déterminer des métrorragies qu'il importera de diagnostiquer des métrorragies provoquées par les néoplasies utérines. Ces hémorragies semblent dues à un regain d'activité de la muqueuse qui s'hyperplasie et sécrète comme avant la ménopause. Cette réaction de la muqueuse est peut-être due à l'irritation des plexus nerveux juxta-ovariques et du ligament large. Ces métrorragies séniles d'origine ovarienne seraient assez fréquentes et l'auteur en rapporte 52 observations.

G. ÉCALLE.

Hystérectomie large pour cancer du col. (DOUAY. In *Gyn. et obst.*, t. IX, p. 519.) — L'auteur précise dans cet article quelques points de la technique utilisée par le professeur J.-L. Faure.

G. ÉCALLE.

Des ligamentopexies dans leurs rapports avec la fécondation, la grossesse et les suites de couches. (EPARVIER et MICHON. *Lyon méd.*, 22 fév. 1925, n° 8, p. 213.) — 1° La ligamentopexie peut être suivie à bref délai d'une grossesse chez une femme jusqu'alors stérile. Toutefois l'opération ne paraît pas nettement supérieure à la pose d'un pessaire qui peut donner les mêmes résultats sans intervention comme traitement de la stérilité.

2° En ce qui concerne les rapports de la ligamentopexie avec la grossesse et l'accouchement, cette opération est excellente et elle ne change rien aux conditions physiologiques de la parturition.

3° En ce qui concerne les rapports de la ligamentopexie avec les suites de couches, les résultats de cette intervention paraissent définitivement acquis, et ce procédé ne permet pas la récidive de la rétrodéviation.

G. BARBARO.

Tuberculose du corps de l'utérus. (DANIEL. *Gyn. et obst.*, 1925, t. XI, p. 161.) — A propos d'une observation de tuberculose fongueuse du corps utérin, l'auteur présente une revue d'ensemble de cette localisation assez rare de la tuberculose. Le plus souvent secondaire à une autre tuberculose viscérale et souvent consécutive à une tuberculose annexielle, elle peut quelquefois être la première en date. Elle se manifestera cliniquement par des troubles menstruels, aménorrhée ou dysménorrhée, d'autres fois par des métrorragies qui peuvent apparaître après la ménopause et être prises alors pour des métrorragies d'origine néoplasique. Les sécrétions utérines muqueuses deviennent grumeleuses dans les formes avancées. Enfin, le corps utérin augmente de volume, perd rapidement sa mobilité. L'évolution est celle de toutes les tuberculoses actives se généralisant d'emblée ou après propagation aux organes voisins (annexes, péritoine). C'est pourquoi le traitement chirurgical s'impose le plus tôt possible.

G. ÉCALLE.

Comment doit on concevoir actuellement le traitement du cancer du col de l'utérus? (VILLARD et MICHON. *Lyon méd.*, 15 fév. 1925, p. 181.) — 1° Dans les cancers opérables (c'est-à-dire ceux dont l'exérèse ne paraît pas devoir intéresser la vessie ou le rectum et dont les manifestations ganglionnaires ne sont pas étendues aux fosses iliaques); on doit préférer l'intervention chirurgicale à la radiumthérapie.

2° Dans les cancers inopérables, le radium reprend tous ses droits. Il réussit parfaitement à assécher un néoplasme bourgeonnant, saignant et suintant. D'autre part, on peut parfois, grâce à lui, obtenir dans des cas paraissant désespérés des résultats paradoxalement heureux, non seulement d'amélioration, mais encore de survie prolongée.

G. BARBARO.

VOIES URINAIRES

Par M. le Dr DE BERNE-LAGARDE,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES.

REIN

A propos d'un cas de dégénérescence amyloïde du rein. (LÉVY et NEGRO. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1924, t. XVIII, n° 2, p. 113-120.) — Jeune malade de vingt-trois ans atteinte, depuis dix-huit mois, d'une suppuration ouverte chronique. Cachexie avec albuminurie massive, œdèmes considérables, hypertrophie du foie et de la rate, météorisme abdominal, hypotension artérielle et hyperfonctionnement rénal. En dehors de tout contrôle anatomo-pathologique, ces symptômes font admettre l'idée d'une dégénérescence amyloïde. Après ouverture chirurgicale de la collection suppurée,

l'albuminurie et les œdèmes diminuent; l'état général s'améliore, la pression artérielle se relève et la sécrétion rénale revêt un type normal.

De cette observation détaillée, on peut tirer les conclusions suivantes : 1° une amylose consécutive à une affection chirurgicalement curable est susceptible d'une amélioration telle que la guérison clinique peut être envisagée; 2° l'hyperfonctionnement du rein, signe caractéristique de l'amylose rénale, n'est pas un symptôme irréductible, mais capable de s'améliorer en se rapprochant du type normal.

Rein tuberculeux atteint de lésions minimes; pas de déficience fonctionnelle. Néphrectomie; guérison. (Bœckel. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, sept. 1924, t. XVIII, n° 3, p. 248-250.) — Petites hématuries totales d'une durée de trois jours sans signes vésicaux. Pyurie aseptique gauche très légère, tuberculisant le cobaye. Pas de déficience fonctionnelle. Un second examen montre que les chiffres de concentration et du débit uréique, sont supérieurs à ceux du rein sain. Par contre, l'épreuve de la phénolsulfonephtaléine montra seule une déficience du côté malade. Or, le rein enlevé ne présentait qu'une lésion minime du sommet d'une pyramide du pôle inférieur. C'était un foyer tuberculeux constitué par une agglomération de plusieurs nodules jaunâtres de la grosseur d'un grain de mil.

A propos de trois cas d'hydronéphrose partielle calculeuse. (T. Lucri. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1924, t. XVIII, p. 371-387.) — Courte revue générale de la question. La lithiase est une des causes les plus nettes. Peut-être, la tuberculose provoque-t-elle cette affection au cas de rétrécissement cicatriciel d'un calice?

Bien que l'auteur n'en apporte pas d'observation, la pyélographie pourrait, croyons-nous, fournir une indication précieuse du point de vue diagnostic.

Le traitement se résume dans la néphrectomie. La résection partielle du rein, hypothèse envisagée par T. Lucri, n'a jamais été pratiquée faute d'indication précise.

Cent cas de néphrectomie pour tuberculose rénale. (Hogge. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1924, t. XVIII, n° 5, p. 361-372.) — Statistique personnelle de cas comparables entre eux, concernant 44 hommes et 60 femmes. La plus grande fréquence de la tuberculose rénale est entre vingt et quarante ans.

Les procédés d'exploration connus ont été successivement utilisés. L'auteur pense que la constante d'Ambard offre de nombreuses causes d'erreurs. Il préfère donc utiliser les trois éléments suivants : azotémie; diurèse des vingt-quatre heures observée durant plusieurs jours consécutifs; densité des urines quand elles ne renferment ni sucre ni albumine.

La clef de la localisation des lésions est donnée par le cathétérisme des uretères. Quand, pour diverses raisons, ce dernier est impraticable (cas estimé fort rare), on doit recourir à la double lombotomie qui permet :

1° De savoir s'il y a un rein de chaque côté;

2° De comparer grossièrement l'état apparent d'un rein à celui de son congénère. Ces deux notions autorisent l'exérèse quand on sait que la fonction rénale globale est suffisante.

Il est donc faux de dire qu'on peut pratiquer avec succès la néphrectomie rien que sur la constante. Il faut ajouter « et sur le résultat des lombotomies qui donnent la clef des localisations ».

En ce qui concerne les lésions vésicales, Hogge résume en quelques lignes l'impression générale qui se dégageait du rapport de Thévenot au dernier Congrès de l'Association française d'urologie.

L'état de l'autre rein fait l'objet d'un chapitre particulier. L'auteur conserve l'opinion déjà soutenue en 1914 à Berlin au Congrès de l'Association internationale d'urologie, à propos du rapport du professeur Legueu : « Lorsqu'un rein est nettement envahi par la tuberculose, même depuis peu de temps, il est rare que l'autre rein soit tout à fait intact. Qu'il soit atteint de bacillose ou le siège d'un autre processus, il subit l'influence de son congénère; débarrassé de cette influence, il peut devenir et devient le plus souvent tout à fait bon et cela quelquefois très rapidement. »

Mais, les tuberculeux rénaux, une fois guéris, peuvent succomber plus tard à une nouvelle et différente localisation bacillaire (8 p. 100 de sa statistique).

Cinquante-six malades ont guéri d'une façon absolue, tandis que 37 malades étaient améliorés et ont cependant vécu de dix ans à six mois.

La tuberculose rénale pendant la grossesse. (W. Stevens. *Surg., gyn. and obst.*, déc. 1924, t. XXXIX, n° 6, p. 750-753.) — Seize observations éparses dans la littérature de tuberculose rénale au cours de la grossesse auxquelles l'auteur ajoute deux cas personnels. De l'analyse de ces faits il résulte qu'on doit procéder à la néphrectomie même pendant la grossesse en s'entourant des précautions habituelles. Les lésions vésicales marquées peuvent provoquer des contractions utérines prématurées. Il y a donc avantage à ne pas attendre pour intervenir.

URETÈRES

Note sur 378 interventions pour calculs urinaires. (R. Lévy. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, juillet 1924, t. XVIII, n° 1, p. 1-32.) — Remarques sur les 378 opérations pratiquées dans les dix dernières années par Marion pour lithiase urinaire.

La pyélotomie, d'exécution facile et sans dangers, permet l'ablation de calculs qui, par leurs dimensions et leur forme, étaient autrefois justiciables de la néphrotomie. Les 10 observations de Marion montrent que la section, de parti pris, de l'artère rétro-pyélique ne provoque pas fatalement la nécrose de la portion de la glande à laquelle ce vaisseau se distribue. Si cette nécrose s'est produite, nul signe clinique ne l'a dévoilée. En un mot, il faut étendre les indications de la pyélotomie.

En ce qui concerne les calculs urétéraux, l'étude insiste sur les difficultés opératoires des calculs mobiles. Il s'agit presque toujours d'uretères dilatés, diagnostic qui gagne à être fait avant l'opération : série de radiographies prises dans des positions variées, tentatives de refoulement du calcul par une sonde opaque sous le contrôle de la radioscopie ou de la radiographie. L'injection d'un liquide opaque aux rayons, capable de démontrer une dilatation urétérale, peut faire prévoir la possibilité des mouvements de la pierre.

Certains calculs urétéraux, logés dans les derniers centimètres de l'uretère ou au contact de la paroi vésicale, sont difficilement accessibles par la voie classique sous-péritonéale. La simple cystostomie ne peut suffire à tous les cas. On peut décoller la vessie de la paroi latérale du bassin, placer un doigt sur le calcul et le refouler dans la vessie.

On peut électrocoaguler la zone urétérale pour élargir le méat et permettre l'expulsion spontanée du calcul bas situé. Or, les orifices fulgurés ont plutôt tendance à se rétrécir qu'à se dilater. Il sera donc prudent de réduire au minimum le nombre de touches de l'électrode à étincelage.

La cystostomie suivie du débridement de l'orifice urétéral sera indiquée dans les pierres fixées à l'union de l'uretère libre et de sa portion intramurale.

La localisation exacte d'un calcul, chose assez difficile, est indispensable à un centimètre près si on veut décider d'une intervention utile.

A propos de l'uretère forcé. (Gayet. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1924, t. XVIII, n° 2, p. 105-107.) — En février 1924, Gayet publiait dans ce journal, à propos de deux observations personnelles, la conclusion suivante : « Pour déterminer des uretères forcés chez une femme, il suffit de lui injecter dans la vessie un mélange de savon et de vinaigre. » Il ajoutait que le traitement de cette affection, se traduisant cliniquement par une incontinence nocturne, restait encore à trouver. Or, Scheele (de Francfort) a observé une jeune femme qui, dans un but abortif, s'était introduit pareil mélange dans la vessie. Il en résulta une cystite gangréneuse avec uretères forcés, dilatation urétéro-rénale bilatérale et incontinence nocturne. Scheele pensa que par insuffisance des orifices produisant un système de vases communicants entre reins, uretères et vessie, l'urine s'accumulait dans les bassinets et les uretères distendus pendant le décubitus, mais que dans l'attitude verticale l'influence de la pesanteur amenait le déversement du liquide dans la vessie. Cette dernière avait une capacité restreinte et la pression exercée sur le col ne pouvait être surmontée par le sphincter. La conclusion qui s'imposait était la réalisation d'un agrandissement de la vessie.

Ce but fut réalisé de la façon suivante : exclusion d'une anse grêle de 40 centimètres de longueur avec anastomose terminale des deux bouts de façon à constituer un anneau continu d'intestin. La convexité inférieure de l'anse est abouchée à la vessie déterminant ainsi un agrandissement de sa capacité. De fait, les fonctions urinaires sont redevenues normales; mais l'urine est légèrement trouble. A la cystoscopie et à la radiographie, on constate une diminution de volume des uretères et des bassinets.

Malgré la gravité qu'il acquiert chez des malades souvent azotémiques, ce traitement constitue un progrès important dans le traitement des uretères forcés.

VESSIE

A propos de la dérivation des urines dans les cas de cancer inopérable de la vessie par la néphro ou urétérostomie bilatérale. (DAMSKI. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1924, t. XVIII, n° 2, p. 108-112.) — Homme de cinquante-six ans, porteur d'un néoplasme vésical infiltrant le trigone, le bas-fond, les parois latérales avec ulcérations et métastases hépatiques. Double urétérostomie lombaire.

Malgré cette dérivation, le malade éprouve des crises de ténesme au cours desquelles un liquide épais s'écoule par l'urètre. On est obligé de le sonder et on retire jusqu'à 200 centimètres cubes d'un liquide purulent très fétide. Ces cathétérismes se répètent avec les crises de ténesme.

A l'autopsie, la vessie est remplie de 50 centimètres cubes de liquide putréfié : la tumeur ulcérée donnait évidemment cette sécrétion purulente. L'auteur conclut qu'il est possible que, en l'absence de l'urine, cette sécrétion devienne irritante et augmente les contractions de la vessie.

L'urétérostomie trouverait donc seulement son indication dans les cas où on a lieu d'espérer un repos absolu de la vessie après l'opération ou quand elle représente le premier acte de la cystectomie totale.

Plasmocytome vésical. (MARION et LEROUX. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, août 1924, t. XVIII, n° 2, p. 121-123.) — Homme de quarante-quatre ans se plaignant d'hématuries totales, irrégulières, avec pollakiurie. Les hématuries cessent; mais surviennent de la puyrie et des signes de cystite accentuée. On pense à une tuberculose. Mais, après une urétrotomie interne nécessitée par une sténose serrée de l'urètre, des lavages vésicaux améliorent la situation, si bien que le diagnostic de tuberculose est écarté. Mais la polyurie trouble reparaît et une cystoscopie montre la vessie très altérée. Il existe à gauche une masse végétante qui saigne empêchant tout examen prolongé. Elle est grosse comme une tête de fœtus. La vessie bombe vers le rectum où elle est perçue indurée.

Cystostomie, puis ablation de masses végétantes ulcérées, molles, d'aspect cérébriforme. Radiumthérapie consécutive. Amélioration de l'état général et éclaircissement des urines. Le malade est encore en traitement.

Du point de vue microscopique, il s'agit d'un plasmocytome ou plutôt d'une tumeur de la série cellulaire ronde dans laquelle les éléments constituants paraissent évoluer par différenciation vers le type plasmocyte.

Considérations cliniques et opératoires au sujet de 13 cas de diverticules vésicaux. (NEGRO et BLANC. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, sept. 1924, t. XVIII, n° 3, p. 217-247.) — Le détail des 13 observations recueillies dans le service Civiale est suivi de réflexions que cette étude a inspirées aux auteurs. Nous pouvons les résumer avec eux de la façon suivante :

1° Bien que plus fréquents après quarante ans, les diverticules ne sont pas très rares avant cet âge : 3 cas sur 13. Deux observations de diverticule chez les femmes sont comprises dans ces 13 cas.

2° Les diverticules latéraux sont les plus fréquents : ceux du bas-fond existent et ne sont pas très rares : leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'une grosse orange.

3° Les diverticules multiples sont moins fréquents. La multiplicité semble inversement proportionnelle au volume. En effet, les gros diverticules observés par Negro et Blanc étaient uniques.

4° Les diverticules vésicaux n'ont pas de signes particuliers en dehors du phénomène connu sous le nom de « miction en deux temps ». Les autres signes sont des complications diverticulaires.

La miction en deux temps, signe d'ailleurs inconstant, s'observe :

a. Quand le diverticule siège en n'importe quelle région de la vessie, sauf au niveau du bas-fond.

b. Quand la communication entre le diverticule et la vessie est supprimée vers la fin de la première miction du fait de la contraction passive de l'orifice diverticulaire consécutive à la contraction vésicale, et de l'accolement des parois de la vessie contractées sur l'orifice même.

c. Quand il existe pour le diverticule la possibilité de se vider dans la vessie, soit parce que son orifice correspond au point déclive, soit parce que la couche musculaire de sa paroi est assez importante pour chasser son contenu par ses propres contractions.

Parmi les complications diverticulaires, la plus fréquente est l'infection. Les auteurs ont observé ensuite un cas d'hématurie très abondante dû à de la cystite concomitante; un cas de rétention complète aiguë avec distension et pyélonéphrite aiguë unilatérale; deux cas de calculs diverticulaires et un cas de tumeur diverticulaire constituée par un papillome dégénéré.

Du point de vue du diagnostic, ils insistent sur l'utilité de la cystoscopie; mais cette exploration est parfois insuffisante. Il faut recourir à la cystoradiographie qui, pour les diverticules postérieurs, exigera la prise de profil d'un cliché.

Dans un seul cas, le diverticule vésical pourrait échapper au diagnostic : c'est lorsqu'il communique avec la vessie par un orifice invisible à la cystoscopie et qu'il est entièrement rempli par un calcul urinaire. Ce cas n'a d'ailleurs jamais été signalé.

Le traitement palliatif n'arrive pas toujours à désinfecter la poche diverticulaire. Il est donc insuffisant puisque le malade n'est jamais à l'abri d'une nouvelle infection ou de toute autre complication. Le traitement chirurgical, lorsqu'il est possible, est le seul indiqué. Les auteurs préconisent le procédé dit de Marion en se basant sur la perfection des résultats obtenus.

1° Diverticule de l'ouraque : décollement du diverticule, résection au ras du sommet de la vessie avec drainage de la cavité vésicale.

2° Diverticule du bas-fond : section large du collet pouvant aller jusqu'au col vésical pour établir la plus large communication possible entre la vessie et la cavité diverticulaire qui vient former une sorte de dépression à la place d'une cavité propre.

3° Diverticule latéral : décollement de la paroi latérale de la vessie sur laquelle est implanté le diverticule. Section de cette paroi jusqu'à l'orifice diverticulaire. Décollement du diverticule; résection de celui-ci au ras de son insertion et reconstitution de la paroi vésicale en deux plans. Fermeture partielle de la vessie et tube de Marion; drainage paravésical.

A propos d'un sarcome primitif de la vessie. (CIRILLO. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1924, t. XVIII, n° 5, p. 401-404.) — Chez un homme de trente-huit ans, atteint d'hématuries profuses qui mettaient ses jours en danger, l'auteur enlève, par voie hypogastrique, une tumeur vésicale pédiculée siégeant dans la région interurétérale. L'examen microscopique montre qu'il s'agit, en réalité, d'un sarcome typique à petites cellules rondes. Deux mois après, récidive et mort. Il est donc prudent de ne pas se fier aux apparences et de procéder systématiquement à l'examen histologique de toute tumeur vésicale même d'aspect bénin.

Syphilis de la vessie. (JORGE DE GOUVEA. *Journ. d'urol. méd. et chir.*, nov. 1924, t. XVIII, n° 5, p. 388-395.) — Neuf cas de syphilis vésicale observés en dix ans avec contrôle cystoscopique durant le traitement.

Les lésions les plus intéressantes sont celles de la période tertiaire. Les gommes et les ulcérations n'offrent cependant rien de particulier, sauf lorsque ces dernières sont recouvertes d'incrustations calcaires : le diagnostic étiologique en est rendu fort difficile. Les productions papillomateuses en imposent pour un néoplasme tandis que les plaques leucoplasiques ont un aspect bien défini.

Somme toute, et c'est ce qu'il faut retenir, le diagnostic est soupçonné par exclusion et confirmé par les réactions sérologiques et le traitement d'épreuve. L'iodure de potassium et le

CHEMINS DE FER DE PARIS-LYON-MÉDITERRANÉE

VISITEZ LA CORSE, L'ILE DE BEAUTÉ. — A une nuit de traversée de Marseille, à quelques heures de Nice par les Services maritimes de jour, la Corse est par excellence la région des belles excursions. Ici la mer s'allie à la montagne et le paysage exerce sur le voyageur un véritable attrait. Aucune description ne saurait montrer l'Ile dans toute sa beauté; il faut la visiter pour en goûter tout le charme captivant.

Des billets directs avec enregistrement direct des bagages permettent aux touristes de se décharger de tout souci en cours de route. Ils trouveront à Ajaccio, Bastia, et Corte des cars de la Compagnie P.-L.-M. qui leur permettront de visiter, jusqu'au 15 octobre, dans des conditions de confort très appréciées, les sites les plus intéressants de l'île : les Calanche de Piana qui dressent leurs blocs gigantesques au-dessus du golfe de Porto qu'elles dominent de plus de 400 mètres; les défilés imposants de la Scala de Santa Regina et de l'Inzecca; les aiguilles de Bavella taillées en dents de scie; la falaise de Bonifacio qui s'avance au-dessus des flots comme une proue de navire; enfin le tour du Cap Corse où la montagne et la mer semblent s'être réunies pour procurer au touriste une extase qu'il ne saurait goûter ailleurs.

914 ont une action très prompte, si bien qu'en une semaine l'amélioration observée ne peut que confirmer le diagnostic.

Le traitement endoscopique du carcinome vésical par implantation de tubes d'émanation de radium. (HYMAN. *Surg., gyn. and obst.*, déc. 1924, t. XXXIX, p. 827-831.) — Limiter l'application du radium aux cas suivants : 1° adjuvant de la fulguration des gros papillomes, même bénins; 2° chez les sujets âgés, débilités ou chez ceux qui refusent une intervention; 3° dans les petits néoplasmes pédiculés qui n'ont ni œdème, ni infiltration à leur base; 4° dans les petites récidives postopératoires.

La technique à utiliser est entièrement décrite par l'auteur. Elle est donc à lire en entier dans son article.

Cette méthode n'est pas utilisée chez nous; elle mériterait cependant de l'être dans certains cas déterminés.

PROSTATE

Comment se font les récidives de l'hypertrophie prostatique après la prostatectomie sus-pubienne? (FREUDENBERG. *Zeit. f. urol. Chir.*, 1924, t. XVI, p. 206-212.) — La régénération de la prostate après énucléation sus-pubienne de l'adénome serait, pour l'auteur, un phénomène absolument constant. Mais, il faut se garder de confondre une récidive de l'adénome avec la régénération de la glande prostatique elle-même. La récidive, phénomène rare, survient quand on laisse en place des noyaux adénomateux. Ces derniers sont d'ailleurs entourés d'une capsule conjonctive propre qui les sépare du reste de la néoformation pathologique bénigne. Abandonné à lui-même, ce noyau augmentera de volume et constituera la récidive.

Conclusion pratique : après énucléation digitale de l'adénome, vérifier soigneusement les parois de la loge. Si on n'arrive pas à supprimer radicalement les récidives, on les rendra cependant beaucoup moins fréquentes.

La vésiculite, complication du prostatisme et de la prostatectomie. (RATHBURN. *Surg., gyn. and obst.*, fév. 1925, t. XL, n° 2, p. 214-217.) — Certains malades opérés de prostatectomie se plaignent de pollakiurie diurne et nocturne avec priapisme; leurs urines sont cependant limpides. Ils ont, en réalité, une vésiculite. L'auteur a recherché si certains malades considérés comme prostatiques et voués à une intervention n'avaient pas simplement une vésiculite, surtout lorsque la pollakiurie était plus marquée que ne l'aurait comporté le résidu vésical. Sur 14 malades, vus par Rathburn, atteints de vésiculite avant ou sans opération, 10 d'entre eux furent guéris ou améliorés par le massage des vésicules.

Il ne convient pas de tirer encore de ces faits d'importantes conclusions; mais on doit cependant retenir l'importance pré et postopératoire de la vésiculite, la rechercher systématiquement et la traiter pour elle-même. Parfois on évitera au malade une opération inutile.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & BIOLOGIQUES

de Montpellier et du Languedoc méditerranéen.

(SÉANCE DU 17 JUILLET 1925)

Epithélioma mammaire fondamental polymorphe simulant l'adénome chez une jeune femme. — MM. DEVEZE et GRYNFELTT. Tumeur ayant tous les caractères cliniques d'une tumeur bénigne (bien délimitée, non adhérente à la peau ni aux plans profonds, pas d'adénopathie). Enucléation facile. L'examen histologique révèle un épithélioma glandulaire très polymorphe au sein duquel l'infiltration carcinomateuse atypique dominait avec des proliférations intracanaliculaires très actives, reproduisant le type classique de l'épithélioma dendritique. Après cet examen, ablation large de la mamelle, excision des pectoraux et curage de l'aisselle.

Contribution à l'étude de l'iso-agglutination. Etat actuel de la question. — M. FALGAIROLLE étudie la question des groupes sanguins au point de vue théorique et pratique. La conception des groupes sanguins différents au sein d'une même espèce s'est imposée à l'esprit des physiologistes et des cliniciens : la preuve la plus irréfutable de leur existence en est donnée par Kooker et Anderson qui provoquent chez le lapin des propriétés agglutinatives strictement spécifiques pour les hématies humaines du groupe qui leur a été injecté.

Les travaux italiens sur les groupes sanguins (Lattes, Mino) ont permis de repousser toutes les attaques dirigées contre les caractères essentiels des groupes sanguins. Deux séries de faits qu'ils ont mis en évidence, permettent de ruiner les théories nouvelles de la variabilité des groupes sanguins et aussi de leur multiplicité décevante pour la sérologie (vingt-sept groupes et plus d'après Guthrie, Huck et Pessel). Ce sont : 1° l'existence des fausses iso-agglutinations identifiées aux phénomènes de sédimentation (pseudo-iso-agglutinations); 2° la mesure de l'intensité de l'iso-agglutination.

(SÉANCE DU 24 JUILLET 1925)

Présence de mucocytes dans le cerveau des chiens parathyroïdectomisés. — M. G. PELISSIER a constaté l'apparition de foyers périvaséulaires de dégénérescence mucocytaire de la névroglie dans la substance blanche de quatre chiens opérés. Cette dégénérescence est un phénomène vital. On retrouve de la mucine dans le liquide céphalo-rachidien.

Les mucocytes présentent les caractères cytochimiques décrits par le professeur Grynfeltt et puis par l'auteur. A noter la précocité de leur apparition.

Un cas de rétraction de l'aponévrose palmaire traité et guéri par la rœntgenthérapie. — M. ALINAT a vu après six séances de rœntgenthérapie un malade atteint de rétraction de l'aponévrose palmaire récupérer intégralement tous les mouvements des doigts et pouvoir écrire sans la moindre gêne. Six mois après, la guérison se maintenait parfaite.

Sur les vertus apéritives de la camomille romaine. — M. ALINAT estime qu'à la dose de 3 grammes par jour, en cachets de 0g50, la poudre de fleurs de camomille romaine constitue un excellent traitement des diverses anorexies.

Etudes histologiques sur le muscle utérin de la femme. — M. GRYNFELTT.

Contribution à l'étude de l'iso-agglutination. Recherches personnelles. — M. FALGAIROLLE. D'après des recherches personnelles comportant plus de 1.500 groupements sanguins, M. Falgairolle pose une série de conclusions importantes relatives à l'iso-agglutinogène des hématies et à la pseudo-iso-agglutination.

1° MODALITÉS DE LA RÉACTION D'ISO-AGGLUTINATION. — La lecture macroscopique pour apprécier cette réaction est bien supérieure à la lecture microscopique, tant au point de vue pratique qu'au point de vue théorique. Les deux principales causes d'erreurs sont : *a.* la faiblesse de la réaction (par le sérum ou les hématies); *b.* la sédimentation qui peut la simuler constituant la pseudo-iso-agglutination des Italiens. Or, aucun des moyens indiqués jusqu'ici ne peut, dans les cas extrêmes, faire la discrimination. L'auteur a mis au point une méthode de groupement, essentiellement réalisable au lit du malade et qui, grâce à « l'épreuve du kaolin » permet d'éviter la pseudo-iso-agglutination.

2° ETUDES DES ÉPREUVES DIRECTES D'ISO-AGGLUTINATION. — L'auteur a étudié par cette méthode la valeur sérologique et clinique des épreuves de Nurnberger, Rosenthal, Bécart, Jeanbrau et P.-E. Weill. Les trois premières, les deux premières surtout, ne peuvent donner aucune sécurité. Les deux dernières, au contraire, sont excellentes, à la condition d'être complétées par une épreuve contre la sédimentation, épreuve du kaolin par exemple.

3° S'appuyant sur 113 observations, dont certaines suivies plus de six mois et portant sur 37 facteurs de variabilité sanguines déjà expérimentés ou nouveaux, l'auteur croit à la fixité tout au moins qualitative des groupes sanguins.

4° Vingt-six transfusions dont 25 faites sur des instables sanguins confirment la sécurité absolue de la méthode qu'il préconise. Dans deux cas de méningite cérébro-spinale sans méningococcémie, la transfusion sanguine de sang des convalescents amena la guérison.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 73. — SAMEDI 12 SEPT. 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 12 SEPT. 1925. — N° 73.

Ce journal parait trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal parait trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Les concours de clinicat pour les places vacantes de chef de clinique se sont terminés par les nominations suivantes :

Clinique médicale (professeur Roque) : chef de clinique, M. le docteur Paupert-Ravault.

Clinique chirurgicale (professeur Bérard) : chef de clinique, M. le docteur Guilleminet.

Clinique médicale infantile (professeur Mouriquand) : chef de clinique, M. le docteur Bernheim.

— Sont chargés, pour l'année scolaire 1925-1926, de la direction des travaux pharmaceutiques dans les Facultés de médecine et les Facultés mixtes de médecine et de pharmacie ci-après désignées :

Bordeaux. — MM. les professeurs agrégés Carles, pharmacologie ; Dalaunay, hygiène.

Lille. — M. Vullien, maladies mentales.

Strasbourg. — M. Fontès, chimie biologique.

Toulouse. — M. le professeur agrégé Soula, pharmacologie.

— Sont chargés, des cours complémentaires semestriels suivants aux Facultés de médecine et Facultés mixtes de médecine et de pharmacie des Universités ci-dessous désignées :

Bordeaux. — MM. Labat, professeur sans chaire, démonstration et préparations pharmaceutiques ; les professeurs agrégés Papin, médecine opératoire; Andérodias, puériculture ; Péry, accouchements ; Golse, chimie minérale ; MM. les docteurs Charier, pathologie externe (4e année) et petite chirurgie; Loubat, pathologie externe (3e année) et petite chirurgie; Gourdon, prothèse et rééducation professionnelle.

Lille. — MM. le professeur Polonowski, chimie analytique ; Bédart, professeur sans chaire, pharmacologie; Gérart (G.), professeur sans chaire, ophtalmologie ; les professeurs agrégés Debeyre, otorhinolaryngologie ; Leclercq, médecine légale ; les docteurs Sonneville, physique, et Bertin, déontologie.

Lyon. — MM. les docteurs, Gallavardin, Delore et Bériel, cours de clinique annexe ; les docteurs agrégés, Favre, cours de clinique annexe ; Martin (E.), déontologie ; Barral, professeur sans chaire, chimie analytique, analyse biologique ; Condamin, professeur sans chaire, propédeutique et gynécologie ; les docteurs agrégés, Florence, toxicologie ; Noël, embryologie ; Rochaix, hygiène pharmaceutique ; les docteurs, Mayet, anthropologie et paléontologie ; Tellier ; stomatologie.

Montpellier. — MM. Galavielle, professeur sans chaire, botanique et histoire naturelle ; les professeurs agrégés, Cabannes, matière médicale et pharmacie ; Delmas (Paul), accouchements ; Delmas (Jean), anatomie.

Nancy. — MM. les professeurs agrégés, Parisot, pathologie expérimentale ; Perrin, thérapeutique et matière médicale ; Jeandelize, clinique ophtalmologique ; Binet, professeur agrégé libre, pathologie externe ; les professeurs agrégés, Job, accouchements ; Barthélemy, médecine opératoire ; Caussade, maladies contagieuses ; Lamy, électro-radiologie ; le docteur, Lalanne, clinique des maladies mentales.

Strasbourg. — M. Vlès, professeur à la Faculté des Sciences, physique biologique.

Toulouse. — MM. les professeurs agrégés, Soula, pharmacologie ; Moog, analyse et toxicologie ; Martin (Em.), chef de travaux, cryptogamie et microbiologie ; Escande, professeur sans chaire, physique pharmaceutique ; Nux, docteur en médecine, stomatologie ; Garipuy, professeur sans chaire.

— Sont chargés, à la Faculté de médecine de l'Université de Strasbourg, des cours ci-après désignées :

MM. Aron, histologie ; Bellocq, anatomie et anatomie topographique ; Boëz, hygiène et bactériologie ; Fontès, chimie biologique ; Gelma, clinique psychiâtrie ; Géry, anatomie pathologique ; Gunsett, Radiologie ; Humbert, pathologie interne ; Hanns, pathologie générale ; Keller, clinique obstétricale ; Lickteig, clinique dentaire ; Reeb, clinique obstétricale, Schwartz, pharmacologie ; Vaucher, pathologie interne ; Weill, clinique ophtalmologique.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décision ministérielle du 4 septembre 1925 :

M. le médecin inspecteur général Lasnet, président du conseil supérieur de santé des colonies et membre du comité con-

sultatif de santé, a été nommé directeur du service de santé et inspecteur général des services sanitaires de l'Afrique occidentale française, à Dakar, en remplacement du médecin inspecteur Rigollet, rapatrié pour raisons de santé.

M. le médecin inspecteur Audibert, adjoint au directeur du service de santé du corps d'armée coloniale, a été désigné, tout en conservant son emploi actuel, pour assurer provisoirment les fonctions d'inspecteur général du service de santé des colonies, en remplacement du médecin inspecteur général Lasnet.

— MUTATIONS. (Armée active.) — Médecin prncipal de 2e classe : M. Guericolas, de l'hôpital militaire Gaujot à Strasbourg, est maintenu à cet hôpital et désigné comme président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe : M. Montagne, du centre de réforme de Rennes, est affecté à l'hôpital militaire Plantières à Metz.

M. Borie, de l'hôpital militaire Plantières à Metz, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte d'Angoulême).

M. Medan, du 175e rég. d'infanterie, est affecté au 19e corps d'armée.

Médecins-majors de 2e classe : M. Pierron, du 9e rég. de génie à Metz, est affecté à l'armée française du Rhin.

M. Aycard, de la place de Rennes, est affecté au centre de réforme de Rennes.

M. Joly, de l'armée du Levant, est affecté au 8e rég. de hussards, tête du pont de Kehl.

M. Marchand, du 303e rég. d'artillerie portée, est affecté aux territoires du Sud algérien.

Médecinsaides-majors : M. Mathieu, du 124e rég. d'infanterie, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc, volontaire (service).

M. Malaterre, désigné pour le 19e corps d'armée (n'a pas rejoint), est affecté à l'armée du Levant (service).

M. Rohmer (Georges), du 29e bataillon de chasseurs à pied, est affecté à l'armée du Levant (service). Rejoindra sans délai.

M. Cicile, du 520e rég. de chars de combat, est affecté aux territoires du Sud algérien (service).

M. Chabasse, du 4e bataillon de chasseurs à pied, est affecté à l'armée du Levant (service). Rejoindra sans délai.

M. Bouana, du 2e bataillon de chasseurs à pied, est affecté à l'armée du Levant (service). Rejoindra sans délai.

M. Ponsan, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 48e rég. d'infanterie à Brest (service).

COMMISSION D'HYGIÈNE DENTAIRE. — M. Georges Viau, professeur à l'Ecole dentaire de Paris, est nommé membre de la Commission d'hygiène dentaire. (*J.*, *O.*, 6 sept.).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de MM. les docteurs Bacquelin (de Nevers), victime du devoir professionnel; L. Berte (de Tervueren), Frappier (de Luçon), Ochsner (de Chicago), Jules Rondeau (de Morlanwelz, Belgique), et Alexandre Vicario, pharmacien à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. — *Cours pratique et complet de dermatologie*, du 5 octobre au 31 octobre 1925, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de :

MM. Hudelo, Milian, Lortat-Jacob et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis ; Gougerot, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux ; Sézary et Touraine, médecins des hôpitaux ; Sabouraud, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; P. Chevallier, ancien chef de clinique à la Faculté ; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis ; Schulmann, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis ; Hufnagel, et Fouet, chefs de clinique adjoints ; G. Lévy et Civatte, chefs de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis et Ferrand, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis.

Le cours aura lieu du lundi 5 octobre au samedi 31 octobre 1925, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 heures à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au musée, ou au laboratoire.

Tous les cours seront accompagnés de présentations de malades, de projections, de moulages, du musée de l'hôpital Saint-Louis, de préparations microscopiques, de démonstrations de laboratoire (examens bactériologiques; culture des mycoses et des teignes, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 heures à 11 h. 30. Le musée des moulages, les musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 heures à 12 heures et de 2 heures à 5 heures. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Un cours semblable a lieu chaque année en avril et en octobre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au Secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

— CHAIRE D'HYGIÈNE. — *Cours complémentaire sur la tuberculose pulmonaire* organisé avec le concours du Comité National de défense contre la tuberculose, par M. le professeur Léon BERNARD et M. Robert DEBRÉ, agrégé, avec la collaboration de MM. Vallée, directeur du Laboratoire des recherches du ministère de l'Agriculture; Bourgeois, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Laënnec; De Jong, agrégé d'anatomie pathologique; Maingot, radiologiste de l'hôpital Laënnec; Paraf, Bonnet, préparateurs de bactériologie; Baron. Coste, Lelong, assistants du dispensaire Léon-Bourgeois; Vitry, assistant à l'Ecole de puériculture de la Faculté de médecine; G. Guinon, médecin-inspecteur de l'Office public d'hygiène sociale du département de la Seine; Evrot, délégué technique du Comité National de défense contre la tuberculose.

Ce cours aura lieu du 19 octobre au 16 novembre 1925. Il comprendra des leçons qui seront données chaque jour, à 17 heures, au Laboratoire d'hygiène de la Faculté, et des exercices pratiques de clinique qui se feront chaque matin, à 9 heures, à l'hôpital Laënnec et au dispensaire Léon-Bourgeois.

Ce cours est ouvert aux docteurs en médecine.

Il sera perçu un droit de laboratoire de 150 francs.

Le Comité National de défense contre la tuberculose tient un nombre limité de bourses à la disposition des médecins français chargés du service médical d'un dispensaire antituberculeux en France, ou désignés officiellement par des autorités départementales ou municipales, ou par des Comités locaux, pour prendre la direction d'un dispensaire. L'importance de ces bourses sera suffisante pour défrayer les médecins de leurs dépenses de voyage et de séjour à Paris pendant la durée du cours.

Pour l'obtention de ces bourses, s'adresser au directeur du Comité National de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, Paris (VIe).

Pour l'inscription au cours, s'adresser à la Faculté de médecine (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 14 à 16 heures.

La première réunion des élèves aura lieu à l'hôpital Laënnec (Service du professeur Léon Bernard), le lundi 19 octobre, à 10 heures.

Des visites seront faites à des établissements antituberculeux à des dates qui seront ultérieurement désignées.

REVUE GÉNÉRALE

LA MENSTRUATION [1]

Par le docteur Jean-Robert HENRY,
Ancien interne des hôpitaux,
Chef de clinique adjoint à l'École de médecine.

TRAVAIL DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MARSEILLE
(Professeur : M. GUÉRIN-VALMALE).

Physiologie comparée. — L'écoulement sanguin menstruel n'existe que chez la femme et la guenon, il peut se voir quelques fois chez la chienne ; il n'existe pas chez les autres mammifères. Chez les autres animaux Hollande a signalé une autohémorrhée chez les insectes.

Wallich explique la menstruation chez la femme et la guenon et non chez les autres animaux par l'anatomie de l'utérus de ces divers mammifères. *Chez les mammifères* l'utérus est formé d'une couche de fibres longitudinales externes et d'une couche de fibres circulaires internes. Entre les deux se trouve du tissu cellulaire lâche dans lequel les vaisseaux sanguins se ramifient sans constriction.

Chez la femme et la guenon, l'utérus est formé de trois couches : entre les deux couches qui existent chez les autres mammifères se trouve une couche moyenne plexiforme où sont enserrées les ramifications des vaisseaux sanguins. Lorsqu'il se produit de la congestion utérine, les vaisseaux de la couche moyenne maintenus par du tissu musculaire ne peuvent se dilater comme ceux des autres mammifères traversant un atmosphère celluleuse lâche et par suite toute la poussée sanguine s'exerce sur les fins capillaires terminaux de la muqueuse. Ceux-ci se rompent et une hémorragie externe se produit. Lors du rut des hémorragies internes intramuqueuses ont été contractées anatomiquement chez les mammifères, ce qui unifie le rut et la menstruation, et Wallich ajoute :

Première loi. — *Suivant les variations d'espèces ou d'individus toutes les femelles des mammifères présentent des congestions génitales hémorragiques d'une façon intermittente.*

Deuxième loi. — *La périodicité de ces phénomènes congestifs se montre presque mensuellement si l'on recherche les modifications anatomiques dans la muqueuse utérine.*

Troisième loi. — *Ces modifications anatomiques du rut et de la menstruation sont les unes prémenstruelles ou de présidation, les autres constituent la nidation de l'œuf ou grossesse.*

Causes de la menstruation. — De tous temps la recherche de la cause de la menstruation suscita de très nombreuses hypothèses : *théories du flux menstruel s'accumulant dans la nature et charriant la semence féminine* (Hippocrate) *ou jouant le rôle d'émonctoire* (Aristote), *de purgation* (Fernel) *ou étant causé par une pléthore locale* (Van Helmont, Stahl, Boerhaave, Astruc, Brake), *par une phlogose amoureuse* (Emett, Le Cat) *ou par la déclivité utérine* (Baudelocque).

John Power (1821), Girdwood (1826), Doguès (1833), Robert Lee (1834,) Gendrin (1839), Négrier (*d'Angers*) (1840), Bischoff (*d'Heildelberg*) (1843), Raciborski (1842 à 1848), par leurs observations *rattachèrent la menstruation à l'ovulation spontanée.* De nombreux auteurs émirent de sérieuses objections à cette théorie nouvelle : Giraudet (de Tours) Beigel, Paul Muside, de Sinéty. Pouchet en 1847 émit la *théorie du réflexe ovario-uterin que* Pflüger faisait sienne en 1865. Mais cette théorie admise par Rouget, ne résista pas aux critiques d'Halban (1901) et de Rein qui détruisaient les connexions nerveuses de l'ovaire sans entraver la menstruation ni aux expériencss plus récentes de greffes ovariennes qui chez des femmes castrées et réglées provoquent le retour de la menstruation.

Lowenthal donnait comme cause aux phénomènes congestifs menstruels l'arrivée de l'œuf sur la muqueuse utérine.

Fraenkel en 1903 montra que la cautérisation du corps jaune empêche la maturation suivante. Lindenthal (1903) puis Ruge ayant rompu des corps jaunes au cours d'opérations provoquèrent une menstruation anticipée. Olshausen ne voit dans ce phénomène qu'une pseudo-menstration de cause mécanique. Ces expériences confirmées par les travaux d'Ancel, Bouin et Villemin amènent ces auteurs à établir que *c'est le follicule de De Graaf qui en se rompant douze à quatorze jours avant l'écoulement menstruel provoque la formation d'un corps jaune. Celui-ci atteint son parfait état de développement dix jours environ après la rupture de follicule et l'écoulement menstruel apparaît deux, trois, quatre jours après l'organisation complète du corps jaune ; enfin après l'apparition des règles, le corps jaune entre en regression.*

Les recherches de Chauffard, Guy Laroche et Grigault sur l'hypercholestérinémie prémenstruelle sont à l'appui de cette théorie.

Regaud et Dubreuil (1909) en étudiant les exceptions à la loi Fraenkel-Villemin et en montrant que le rut chez la lapine est seulement conditionné par l'existence des follicules non rompus et aussi par l'approche du mâle nient l'action directe du corps jaune sur le rut et la menstruation.

En 1921 Schikelé après avoir critiqué les résultats de Fraenkel, Ruge, Schröder, Villemin et après avoir étudié treize observations personnelles infirme la théorie de Fraenkel-Villemin. Nous-mêmes (1922) par l'étude histologique des ovaires de 23 femmes normalement réglées prélevés au cours d'hystérectomies à des moments variés de leur période intermenstruelle avons-nous pu conclure :

1° *Les relations chronologiques entre le développement du corps jaune et l'apparition de la menstruation n'obéissent pas à des règles immuables (dates très variables, corps jaunes récents d'âges différents chez les mêmes sujets).*

2° *Elles varient grandement selon les sujets et sous l'influence de causes qui ne peuvent être actuellement fixées.*

3° *Il y a des sujets régulièrement menstrués chez lesquels on ne décèle aucun corps jaune en évolution.*

Cotte en 1923, reprenant les travaux de Fraenkel, montra que quinze fois sur seize cas où il détruisit les corps jaunes il y eut non pas suppression de la menstruation mais apparition anticipée de celle-ci, ce phénomène serait dû à une excitation réflexe à point de départ ovarien.

En 1921, De Rouville et Sappey établissent un lien

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 71, p. 1152.

proportionnel entre la quantité de sang de l'écoulement sanguin utérin et le développement des cellules lutéiniques des ovaires : « *la glande interstitielle s'est toujours révélée à nous d'autant plus abondante et ses éléments d'autant mieux développés que le syndrome hémorragique était plus accentué. Dans toutes nos préparations il existe un état d'équilibre des plus nets entre la quantité et la qualité des éléments glandulaires et l'abondance de l'hémorragie.* »

Schikelé en 1924 nie tout rapport entre les pertes sanguines de la femme et la glande thécale : « *Vu de près et sans parti pris, uniquement d'après les données anatomiques, l'instabilité de la glande thécale pendant la vie génitale extra-gravidique de la femme est telle qu'il semble impossible de lui reconnaître des rapports précis avec la menstruation normale ou anormale. Il est impossible de voir dans la glande thécale la cause de la menstruation et tout aussi peu des métrorragies. L'absence complète de cette glande ou son développement tout à fait insignifiant en certains cas à la veille ou au lendemain de la menstruation, son développement absolument inégal dans des cas de méno ou métrorragies enlève toute valeur au prétendu rapport entre cette glande et la menstruation normale ou anormale.* »

P. Carlini (de Gênes) (1924) voit dans l'ovule lui-même la cause de la menstruation : « *Si l'on pense aux grandes analogies de symptômes cliniques et d'altérations anatomiques locales et générales qui existent entre « anaphylaxie » et « menstruation », il est permis de déduire que la menstruation est un phénomène biologique de la même nature que l'anaphylaxie. L'œuf qui n'est pas fécondé en se détruisant met en liberté des substances qui, réabsorbées, produisent dans l'organisme féminin (rendu hypersensible envers ces substances par la résorption prolongée des ovules des follicules primitifs agissant par conséquent comme des injections préparatoires) des faits généraux et une hémorragie locale par une action semblable à celle produite par une injection déchaînante dans l'anaphylaxie* ».

Tuffier en 1924 rappelant ses travaux de 1914 voit dans l'apparition des règles l'effet d'une action toxique exercée sur l'ovaire : « *Pendant toute la période génitale de la femme, son organisme — peut-être ses glandes endocrines — fabrique une toxine dont la dose progressivement croissante est, après un mois, suffisante pour agir sur l'ovaire ou s'y concentrer. C'est de là que part l'action sur la muqueuse utérine qui laissera s'écouler le sang et fera disparaître la toxémie. Les ovaires enlevés, la toxémie est maintenue et provoque tous les troubles de la ménopause anticipée; si l'utérus est enlevé l'ovaire subit encore l'effet de la toxine mais ne peut ouvrir la porte utérine qui n'existe plus, les troubles sont analogues. Ce sont donc essentiellement des troubles par rétention menstruelle.* »

Physio-pathologie. — La menstruation peut être modifiée soit dans son rythme : *dysménorrhée*, soit dans sa durée : *ménorragies*, dans sa quantité : *métrorragies*, enfin elle peut faire totalement défaut : *aménorrhée*.

L'étude des causes qui influent sur la menstruation pathologique nous entraînerait en dehors de notre sujet. Nous dirons seulement que ces troubles peuvent résulter :

1. *Lorsque les organes génitaux sont anatomiquement normaux, d'insuffisances fonctionnelles.*

2. *De troubles de développement des organes génitaux.*

3. *D'affections inflammatoires des organes génitaux.*

4. *De tumeurs de l'utérus ou de ses annexes.*

5. *De maladies de la nutrition, — de l'appareil vasculaire, — du sang.*

6. *Des troubles généraux qui précèdent quelquefois de fort loin la ménopause.*

7. *De troubles nerveux généraux.*

8. *Il existe une dysménorrhée pure sans cause visible.*

BIBLIOGRAPHIE

1. Ancel et Bouin. Sur la fonction du corps jaune, *Bull. de la Soc. de biol.*, 1909, p. 454-505-605-689.
2. Ancel et Villemin. Sur la cause de la menstruation, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1907.
3. Aran. *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus*, Paris 1848, p. 283.
4. Aristote. *Livre sur la génération.*
5. Arthus. *Physiologie et chimie physiologique.*
6. Bailly (Mlle). Le sang menstruel, *Th. de Paris*, 1923.
7. Bezançon. La période prémenstruelle chez les tuberculeuses, *Bull. méd.*, 1913, n° 83.
8. Birnbaum et Ostern. Untersuchung über der Gerinnung des Blutes während den Menstruation, *Arch. f. gyn.*, Bd LXXX, t. II.
9. Blair Bell. Further investigations into the chemical composition of menstrual fluid and the secretion of the vagina as estimated from analysis of hœmatocolpos, *Giorn. of obst. of Br. Emp.*, 1912, t. XXI, p. 209.
10. Bouin. Les glandes à sécrétion interne de l'ovaire, *Revue méd. de l'Est*, Nancy 1902, t. XXXIV, p. 465.
11. Busquet. L'ovulation et la menstruation, *Presse méd.*, 1911, n° 2.
12. Camprenaud. De la fonction menstruelle et de l'âge de son apparition, plus spécialement à Bordeaux et dans le Sud-Ouest, *Th. de Bordeaux*, 1919.
13. Cantoni. Ueber die Blutveranderung während der Menstruation, *Arch. f. Gyn.*, 1913, t. XLIX, p. 546.
14. Cappoue. Sur le poids spécifique du sang de la femme pendant l'époque cataméniale, *C. R. de la Soc. clin. obst. et gyn. de Turin*, 1909, p. 75.
15. Carlini. Causes de la menstruation, *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, 1924, p. 345.
16. Carmichael et Marshall. The correlation of the ovarien and uterin function, *Proc. of the royal Soc.*, 1907, p. 377.
17. Carnot et Deflandre. Variations du nombre des hématies chez la femme pendant la période menstruelle, *C. R. de la Soc. de biol. de Paris*, vol. I, p. 71.
18. Chauffard, Grigault et Guy Laroche. Les variations de la cholestérine pendant le cycle menstruel, *Presse méd.*, 1917.
19. Christea et Deck. Ueber Blutgerinnung während der Menstruation, *Wien. klin. Woch.*, 1909, p. 234.
20. Chvosteck. Die menstruelle Leberhyperanemie, *Wien. klin. Woch.*, 1909, p. 293.
21. Cotte. Rapports du corps jaune et de la menstruation, *Gyn. et obst.*, 1923, t. VIII, p. 517.
22. Dalché. De l'aménorrhée accidentelle, *Gaz. des hôpit.*, 1920, n° 60.
23. Dechambre. Menstruation, in *Dictionnaire.*
24. Delporte. Recherches sur la menstruation tubaire, *L'Obstétrique*, 1909, p. 242.
25. Dugès. *Traité de physiologie comparée de l'homme et des animaux*, Paris 1838, t. III.
26. Emmet. *Essai de médecine sur le flux menstruel.*
27. Fernel. *Physiologie*, trad. de Ch. de Saint-Germain, Paris 1855.
28. Finot. Menstruation et fécondation, *Th. de Paris*, 1910.
29. Francillon. *Essai sur la puberté chez la femme*, 1906, p. 103.
30. Fraenkel. Die Funktion der Korpus luteum, *Arch. f. Gyn.*, 1903-1905-1910.

31. GALIEN. *Livre des organes génitaux,* trad. du docteur Baremberg, Paris 1856.
32. GALLARD. *Leçons cliniques sur la menstruation,* Paris 1885.
33. GENDRIN. *Traité philosophique de médecine pratique,* Paris 1849; p. 28.
34. GELSON. Die Menstruation. Ihre Bedentung, *Zeit. f. Semiol.*, Bonn 1920.
35. GILES. The cyclical of ware theory of menstruation, *Amer. Journ. of obst.*, 1897, p. 713.
36. GLEY. *Physiologie.*
37. GUILLAUME et GODEL. Sur la crise cataméniale, *C. R. de la Soc. de biol.*, Paris 1924, p. 666.
38. HALBAN. Ovarium und Menstruation, *Sitz. d. Kais. Akad. d. Win. Wien.*
39. HÉDON. *Physiologie.*
40. HÉGAR. Sur la menstruation, *Arch. f. Gyn.*, in *Gyn. et obst.*, 1921, p. 184.
41. HENRY. Recherches anatomo-cliniques sur les rapports entre l'évolution du corps jaune et l'apparition des règles, *Soc. de biol. de Marseille,* 16 mai 1922.
42. HENRY. Id., *Th. de Montpellier,* 1922.
43. HENRY. Les théories de la menstruation, *Gyn. et obst.*, 1923, t. VII, n° 6.
44. HENRY. Anatomie et physiologie du corps jaune, *Gaz. des hôpit.*, 7 et 14 avril 1923, nos 28 et 30.
45. HENRY et Ch. MATTEI. Rapports entre l'ovulation et la menstruation, *Congrès de méd. de Bordeaux,* 1923.
46. HENKEL. Die Storungen der Menstruation und ihre Bedentung, *Deut. med. Woch.*, 1924, p. 195.
47. HIPPOCRATE. *Livre de la génération,* trad. par Littré, Paris 1851.
48. HOPPE SEYLER, BRODERSON et RUDOLPH. Ueber der Blutverhest bei des Menstruation, *Zeit. f. Phys. Chem.*, 1904, p. 345.
49. JANSEN. Sur la fluidité de l'écoulement menstruel, *Revue franç. de gyn. et d'obst.*, 1921, p. 279.
50. JUBIOT. Essais historiques sur la menstruation, *Th. de Montpellier*, 1878.
51. KAJI. Sur l'origine ovarienne des hémorragies utérines, *Monat. f. Geb. u. Gyn.*, Bd XXXII.
52. KEIFFER. Contribution à la physiologie de la menstruation, *Arch. de physiol.*, 1897.
53. KEIFFER. Contribution à l'hématologie de la menstruation, *L'Obstétrique*, 1909, p. 1037.
54. KUFFERATH. *La Menstruation, la conception,* Paris 1909, p. 113.
55. LABHARDT. Ueber der Verhalten des Corpus luteum zur Menstruation, *Zeit. f. Gyn.*, 1920.
56. LAHILLE. La quantité de sang que les femmes perdent pendant leurs règles, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1916-1917, p. 533.
57. LE CAT. *Nouveau système sur la cause de l'écoulement périodique*, 1765.
58. LEE (R.). De l'état des ovaires pendant la menstruation, *Lancet*, 1845.
59. LE LORIER. Etude sur l'aménorrhée primitive, *Th. de Paris,* 1904.
60. LÉOPOLD. Untersuchung über Menstruation und Ovulation, *Arch. f. Gyn.*, 1883.
61. LÉOPOLD et MIRONOW. Beitrag zur Lehre des Menstruation und Ovulation, *Arch. f. Gyn.*, 1893.
62. LÉOPOLD et RAVANO. Neuer Beitrag zur Lehre des Menstruation und Ovulation, *Arch. f. Gyn.*, 1893.
63. LIEPMANN. *Normale und pathologische sexual physiologie*, 1914.
64. LINDENTHAL. Menstruation und Corpus luteum, *Wien. klin. Woch.*, 1903, p. 301.
65. MARBÉ. Le principe de l'hyperovarisme menstruel, *C. R. de la Soc. de biol. de Paris*, 1908, p. 85.
66. MORAT et DOYON. *Physiologie,* 1918, t. V.
67. MOREAUX. Recherches sur la morphologie et la fonction glandulaire de l'épithélium de la trompe chez les mammifères, *Arch. d'anatomie microscopique*, 1912-1913, p. 515.
68. MULON. A propos de la fonction des corps jaunes chez le cobaye, *C. R. de la Soc. de biol. de Paris*, 1908, p. 265.
69. MULON (Mme Cl.). Essai sur le rôle physiologique du corps jaune, *Th. de Paris,* 1917.
70. NÉGRIER. *Recherches anatomiques et physiologiques sur les ovaires*, Paris 1840.
71. NESMELOR. Modifications sanguines chez la femme en rapport avec la menstruation, *Th. Tomsk*, 1913.
72. PANKOFF. Les causes des hémorragies utérines, *Münch. med. Woch.*, 1909, n° 52.
73. PÉNARD et ABELIN. *Guide pratique de l'accoucheur et des sages-femmes*, 1906.
74. PINARD. La menstruation dans ses rapports avec l'ovulation, *Bull. méd.*, 1909, p. 1121.
75. PŒLZI. Ueber menstruelle Veräderungen der Blutbefundes, *Wien. klin. Woch.*, 1910, p. 238.
76. POUCHET. *Théorie positive de l'ovulation spontanée et de la fécondation*, Paris 1842.
77. PRENANT. *Histologie. Embryologie.*
78. RACIBORSKY. *De la Puberté et de l'âge critique chez la femme et de la ponte périodiqne chez les mammifères*, Paris 1844.
79. REGAUD et DUBREUIL. A propos du corps jaune chez la lapine, rapports avec le rut, *C. R. de la Soc. de biol. de Paris*, 1908, p. 442.
80. REGAUD et DUBREUIL. Corps jaune, menstruation et rut, *Lyon méd.*, 1909, p. 585.
81. REUSCH. Ovulation. Menstruation, *Arch. f. Gyn.*, vol. CV.
82. RICCA BARBERIS. *Studi ematologici,* Turin 1912.
83. RICCA BARBERIS. La morfologia del sangue nel periodo catameniale, *Arch. per le scienze med.*, vol. XXIX, p. 164.
84. RICCA BARBERIS. Id., *Giorn. della reale Acad. di Torino*, 1904, nos 11 et 12.
85. RIEFFEL. In Poirier, *Anatomie.*
86. ROUFFIAT. Menstruation chez les tuberculeuses, *Th. de Paris,* 1920.
87. ROUSSEL. *Système physique et moral de la femme*, Paris 1820.
88. ROUVILLE (DE) et SAPPEY. Du rôle des cellules lutéiniques de l'ovaire dans certaines hémorragies utérines, *Gyn. et obst.*, 1922, t. V, p. 1.
89. RUGE (C.). Ovulation und Menstruation, *Arch. f. Gyn.*, vol. C et CIX.
90. RUGE (M.). Ueber die innere Sekretion der Ovarien und die infektionellen Uterus Blutungen, *Schweiz. med. Woch.*, Basel 1920.
91. SABOURIN. Congestion pulmonaire menstruelle des tuberculeuses, *Journ. de méd.*, 25 nov. 1920, art. 26008.
92. SAULIEU et DUBOIS. *Conférences de médecine clinique* (pour l'internat), t. III, p. 10 et 54.
93. SCHICK. Das Menstruation gift, *Wien. klin. Woch.*, 1920.
94. SCHIKELÉ. Etude sur la fonction des ovaires. Ovulation. Corps jaune. Menstruation, *Gyn. et obst.*, 1920, t. III, p. 170, et 1924, t. IX, p. 1.
95. SCHRODER. Der Menstruation Zicklus und seine Anomalien, *Monat. f. Geb. und Gyn.*, 1920.
96. SCHULZ et FOLK. Phosphorsaüre. Ausscheidung nach castration, *Zeit. f. Phys. Chem.*, 1899, p. 250.
97. SIREDEY. Ménorragies essentielles des jeunes filles, *Journ. des prat.*, 1889.
98. SIREDEY. Aménorrhée et mariage, *Journ. de méd.*, 1920, p. 291.
99. SIREDEY. Métrorragies des jeunes filles, *Journ. de méd.*, 1921, p. 397.
100. SOLI. Recherches hémoferrométriques pendant la période cataméniale, *C. R. clin. obst. et gyn. de Turin,* 1909, p. 54.
101. STAPFER. *Les Vagues utéro-ovariennes*, Paris 1912.
102. SURUN. *Théories de la menstruation*, Paris 1819.
103. TADDEI. Sulla funzione secretoria e sulla funzione menstruale della tuba uterina, *La Gynecologia*, 1911, p. 531.
104. TARNIER et CHANTREUIL. *Traité de l'art des accouchements*, 1882, p. 159.
105. TEILHABER. Le rôle de l'ovaire et de la musculature utérine dans les hémorragies utérines, *Arch. f. Gyn. u. Obst.*, 1911.
106. TUFFIER. Conservation de l'ovaire et de l'utérus dans les opérations pour annexites, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1905, p. 557.
107. TUFFIER. A propos des greffes ovariennes, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1909, p. 183.
108. TUFFIER. Greffes ovariennes, *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1911, p. 1221.

109. TUFFIER. Greffes ovariennes, *C. R. de l'Acad. de méd. de Paris*, 1921, p. 99.
110. TUFFIER et MARBÉ. Accidents de la ménopause chirurgicale, *Presse méd.*, 23 nov. 1913.
111. VIAULT et JOLYET. *Physiologie.*
112. VIGNES. Notes et recherches sur la menstruation, *Th. de Paris*, 1914.
113. VIGNES. *Physiologie obstétricale.*
114. VILLEMIN. Sur le rôle du corps ovarien chez la femme et la lapine, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, p. 363.
115. VILLEMIN. Sur les rapports du corps jaune avec la menstruation et le rut, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1908, p. 444.
116. VILLEMIN. Le corps jaune considéré comme glande à sécrétion interne, *Th. de Lyon*, 1908.
117. WALLICH. Lois communes au rut et à la menstruation, *C. R. de la Soc. de biol. de Paris*, 1919.
118. WATRIN et HAMANT. Etude histophysiologique du corps jaune périodique, *Revue méd. de l'Est*, 1920, p. 431.
119. WITAS. Rapports de l'ovulation et de la menstruation, *Semaine gyn.*, 1913, p. 53.

LES YEUX DES ALIÉNÉS

Par le docteur A. RODIET,
Médecin chef de l'Asile de Ville-Evrard.

Un de nos maîtres en psychiatrie enseignait que, dès l'entrée du malade dans son cabinet, il pouvait fixer son diagnostic d'après l'examen de la physionomie et le regard du sujet. Il affirmait que le médecin doit toujours se rappeler l'axiome de Double (1), ce praticien du XVIIIe siècle, qui dit : « L'œil est une petite face où s'inscrivent les maladies avec les symptômes qui leur sont propres ».

En fait, l'expérience m'a appris, ainsi qu'à tous les médecins, que, parmi les éléments essentiels de l'examen d'un malade, l'étude des yeux présente une importance toute spéciale. En dehors des troubles oculaires organiques et fonctionnels que j'ai définis en 1906 (2), le paralytique général, suivant son humeur et le degré de l'affection se présente avec un regard confiant, joyeux, ou, au contraire, vague et égaré. L'épileptique, avant sa crise, est souvent soumis à une « aura visuelle » qui donne à ses yeux une fixité farouche et une ardeur témoignant de l'acuité de ses hallucinations. Il arrive aussi que ses yeux expriment la fureur et laissent prévoir l'acte de violence auquel, avec rapidité et brutalité, ces malades sont entraînés. Après la crise, les yeux ont changé d'expression. Ils démontrent l'obtusion, la tristesse, l'abattement et la confusion mentale qui suivent le paroxysme. Chez le maniaque, la fertilité inventive de l'imagination, la prolixité de l'idéation, la promptitude des gestes et l'incohérence parfois spirituelle des discours s'accompagnent d'un regard vif, direct, en accord avec la mimique expressive, souvent récréative pour l'entourage et pour le malade lui-même, car, ainsi que le professe un de mes collègues, « le maniaque se joue la comédie à lui-même et il s'en amuse ». Examinez les yeux du mélancolique : ils sont ternes, inquiets, angoissés, tristes. Ils expriment les sentiments d'inquiétude, de malaise, d'abattement, d'auto-accusation, de culpabilité qui rendent ce malade si malheureux. L'homme qui simule la folie s'imagine qu'il trompera aisément le médecin. Il ne se doute pas que, le plus souvent, son regard le trahit. En vain, il prononce des paroles incohérentes, fait des gestes insensés et inadaptés, la fuite de son regard, si le médecin cherche ses yeux, son coup d'œil observateur et assuré, lorsqu'il ne se croit plus étudié, indiquent sa fourberie. Il est souvent démasqué à l'instant même où il croit le mieux échapper à la justice. Bref, dans la lutte engagée entre l'expert et l'homme qu'il est chargé d'observer, rien de ce qui se passe dans l'œil de l'adversaire ne doit échapper à l'aliéniste.

N'en est-il pas de même, d'ailleurs, dans la vie? N'est-ce pas en surveillant les yeux et les oreilles de sa monture que le cavalier prévoit les réactions et les impulsions ? Est-il un chasseur qui puisse dresser un chien, s'il ne connaît pas l'expression des yeux de sa bête? Nous avons tous appris combien ils savent témoigner d'attention, de soumission et d'affection ces bons yeux d'épagneul, de berger ou de terre-neuve, lorsqu'ils fixent le maître. Quant au regard de l'enfant, c'est le plus beau poème qu'un père puisse lire. La confiance, l'amour, la foi absolue dans la bonté et le dévouement de la mère, voilà ce qu'expriment les yeux de l'enfant, avec ses désirs et ses chagrins. L'amour, en effet, c'est par le regard qu'il s'exprime tout d'abord, de même que le désir, sa première étape. C'est par les yeux qu'on accroche une femme. Lorsqu'une fois, vos pupilles ont obtenu un frémissement des cils en réponse à un regard appuyé, la femme a consenti et cet aveu suffit, si vous avez su le comprendre. De même, le regard attendri de la mère pour son enfant ou du grand-père pour son petit-fils, en disent plus que de longs discours sur l'affection qu'il ressent pour lui. On l'a bien compris au théâtre et au cinéma, ce pouvoir, puisque l'artiste apporte toute sa science à varier ses jeux de physionomie et l'expression de ses yeux.

Certains hommes, dès l'abord, en imposent par le regard. On sent, par le reflet de leurs pupilles, qu'en eux réside une force et qu'ils sont des maîtres et des animateurs par l'intelligence et par la volonté. Même laids, même vieux, ils projettent cette force au dehors par l'énergie et la vivacité de leurs regards. Là se réfugie cette flamme intérieure qui les élève et souvent, anime les autres. Il est juste, qu'aux armées, il soit prescrit, dans les défilés, de fixer le chef, la tête haute et le regard direct. Ainsi, dans les yeux de ses hommes, passe le regard du chef, avec sa décision et sa volonté.

De même, quand le regard de l'aliéné n'est pas troublé ni confus, lorsqu'il a recouvré son calme et sa lucidité, le médecin escompte la guérison, et c'est alors qu'il peut inspirer au malade et à sa famille l'espoir et la confiance dans l'avenir.

(1) DOUBLE. *Séméiologie générale.*
(2) A. RODIET. Les symptômes oculaires de la paralysie générale, *Arch. de neurol.*, août 1906.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Pathologie gastro-intestinale, 4e édition, par les docteurs Jean-Charles ROUX et F. MOUTIER. Tome II, un volume in-8 de 688 pages, avec figures dans le texte et 2 planches hors texte. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin'

Le Freudisme, exposé et critique, par le docteur J. LAUMONIER, professeur à l'École de psychologie de Paris. Un volume in-16 de la Bibliothèque de philosophie contemporaine. — Prix : 9 fr. — Paris, Félix Alcan.

Conseils d'hygiène dentaire. — Cette brochure a pour auteur M. MATARD, chirurgien-dentiste à Chamonix, et pour éditeur *La Semaine dentaire*. — Prix : 4 fr. — Paris, Etablissements Ash, Caplain Saint-André, 12, rue de Hanovre.

LES JOURNÉES MÉDICALES TOULOUSAINES [1]

LA GRANDE SÉANCE DE L'AMPHITHÉATRE

Réception au grade de docteur honoris causa des délégués étrangers. — M. le doyen Abelous retrace la vie laborieuse de M. le professeur Bordet et dit quelle aide efficace ses recherches biologiques ont apportée à la lutte antisyphilitique,

M. le professeur Bézy dit avec sa verve habituelle la grande place prise par M. le doyen Martinez Vargas dans la pédiatrie espagnole. Il énumère la série de ses grands travaux et dit combien la Faculté de Toulouse s'honore de lui conférer le titre de docteur *honoris causa*.

M. le professeur Audebert prend ensuite la parole pour nous parler de M. le professeur Recassens, si connu par ses travaux d'obstétrique et particulièrement par ses études toutes récentes sur la radiumthérapie dans le cancer du col de l'utérus.

Enfin, M. le professeur Lafforgue vient apporter l'admiration que témoignent ses collègues au grand Italien M. le professeur Sanarelli, illustre élève de notre grand Pasteur. Après avoir cité ses fructueuses recherches sur le choléra, la typhoïde, la fièvre jaune, il cite ses derniers travaux sur la tuberculose. C'est au tour, maintenant, de M. Dresch, recteur de l'Université de Toulouse, de se lever et de conférer au nom du Gouvernement et de la Faculté de médecine de Toulouse, le titre de docteur *honoris causa* : à M. le docteur Bordet, professeur de l'Université libre et de l'Institut Pasteur de Bruxelles ; à M. le professeur Martinez Vargas, recteur et doyen de l'Université de Barcelone ; à M. le professeur Recassens, doyen de la Faculté de Madrid ; à M. Sanarelli, professeur à la Faculté de médecine de Rome.

Ceux-ci répondirent tour à tour, remerciant avec la couleur locale et le génie de leur pays, remerciant l'Université de Toulouse de l'honneur qu'elle leur faisait de les accepter dans son sein. Les applaudissements chaleureux de l'assistance prouvèrent l'union intime des divers pays, au milieu desquels nous nous sommes vus transportés par la richesse et la variété des costumes officiels.

LA CONFÉRENCE DE J.-L. FAURE

Traitement chirurgical du cancer de l'utérus — Voici, tel que le maître a bien voulu le remettre au délégué de l'Association professionnelle des journalistes médicaux, le résumé de cette magnifique leçon :

« Je ne parle que pour aujourd'hui, sans préjuger l'avenir, Et voici quel est, *en ce moment*, ma façon d'envisager le traitement du col utérin.

« Dans les cancers inopérables, le radium nous rend des services immenses. Il transforme complètement la situation physique et morale des malheureuses qui en sont atteintes. Il les améliore toutes, il en guérit quelques-unes, et les quelques échecs, les quelques nécroses dont on fait tant de bruit ne comptent pas auprès de ses bienfaits.

« Dans les cas opérables, dans les bons cas (j'entends par là des cas bien mobiles, y compris les cas végétants, qui sont les meilleurs bien qu'en apparence les plus mauvais), dans les cas opérables, l'hystérectomie large, lorsqu'elle est faite comme elle doit l'être, m'a donné un nombre de guérisons durables extraordinaire et qui s'élève à 80 p. 100, *peut-être davantage*. Je parle là de guérisons définitives que j'observe depuis dix, quinze, vingt et même vingt-huit ans ! Ces chiffres ont subi l'épreuve du temps, et lorsque le radium donnera des chiffres semblables je n'aurai plus rien à dire.

« Dans les cas à opérabilité douteuse ou médiocre, la décision dépend de facteurs incertains, au premier rang desquels il faut compter l'expérience du chirurgien. Dans ces cas, comme dans certains cas très infectés, le radium préopératoire peut rendre des services en rendant opérables des malades douteux et en aseptisant des foyers gravement infectés.

« Le radium post-opératoire, que j'ai employé pendant dix ans, de 1910 à 1920, est nuisible et les malades chez lesquels je l'ai employé ont récidivé plus souvent que les autres. Je ne l'emploie plus depuis cette époque. Je pense donc que les malades opérables dans de bonnes conditions, *les bons cas*, doivent être opérés.

« D'autre part une des questions qui faisaient, et à juste titre hésiter beaucoup de chirurgiens a disparu. L'hystérectomie a été, jusqu'à ces derniers temps, une opération grave. Depuis que j'ai conseillé d'employer systématiquement, dans toutes les opérations pour le cancer, le drainage à la Mikulicz, la gravité de l'hystérectomie large a disparu et la mortalité est tombée au chiffre des hystérectomies ordinaires pour fibromes et pour annexites.

« La bataille, qui a été dure, est aujourd'hui gagnée et le Mikulicz restera, tant que nous n'aurons pas la vaccination pré-opératoire qui nous mettra à l'abri des accidents d'infection et dont nous avons aujourd'hui le droit d'espérer la venue prochaine.

« Mais ces résultats ne seront obtenus qu'au prix d'opérations bien faites, par des chirurgiens qui se seront donné la peine de l'apprendre et dont on peut se rendre un compte exact par le film projeté. »

M. le professeur Jean-Louis Faure fit alors passer, sous nos yeux, deux films admirablement réglés où chacun put se rendre compte de la technique de l'éminent chirurgien.

Il est à souhaiter que sa statistique soit connue de tous ceux qui savent tenir un bistouri et qui, dans la chirurgie abdominale, ont, entre leurs mains, la vie et l'avenir de leurs malades.

COMPTE RENDU DE LA CONFÉRENCE DE M. LE DOCTEUR DARTIGUES

Président de la Société de médecine de Paris et président fondateur de l'Umfia.

Dans sa conférence, dont il est bien difficile de donner une analyse, le docteur Dartigues s'est surtout attaché à peindre une immense fresque de la chirurgie actuelle au moment de ses transformations et en cherchant à mettre en évidence les possibilités d'avenir de cette science.

Il a traité successivement des rapports de la chirurgie avec l'anatomie et a profité de cette occasion pour faire revivre le souvenir de l'anatomiste cher à tous les Toulousains : Charpy.

Ensuite, il envisage les rapports de la chirurgie avec la guerre, considérant à ce sujet que ce sera peut-être la médecine qui jouera dans les guerres le principal rôle ; il envisage aussi le rôle esthétique de la chirurgie actuelle, dont le champ d'action tend à s'étendre chaque jour.

Il expose ce que les découvertes nouvelles enlèvent au domaine de la chirurgie, mais par contre que toute une chirurgie nouvelle est en train de naître, s'attaquant aux organes les plus inaccessibles et abordant la solution des problèmes biologiques les plus élevés et gros d'avenir. Il parle ensuite de l'habileté chirurgicale à son sens augmentée. Il parle aussi de la douleur en chirurgie, qu'on peut espérer voir abolie complètement, et fait allusion à ce qu'il appelle la *léthargie post-opératoire*.

Il affirme que le moral du chirurgien doit être à la hauteur de sa science et de son habileté ; enfin, il résume ce qu'il croit devoir être l'enseignement de la chirurgie dans l'avenir : enseignement qui tiendra à la condensation extrême du savoir acquis dans les conditions les plus rapides.

Ancien président de la Société des chirurgiens de Paris, président de la Société de médecine, président fondateur de l'Umfia, Dartigues chante la chirurgie comme un de ces aèdes antiques dont la mission était d'entraîner superbement les troupes à la victoire.

Au cours d'une exposition des grandes firmes pharmaceutiques françaises, où chacun de nos laboratoires a rivalisé de perfection, le Service de santé a tenu à nous présenter le *Groupe sanitaire de la division de ligne*. Cette formation est née de l'expérience de la Grande Guerre et n'a été que l'adaptation des moyens du Service de santé aux nécessités créées par les nouvelles organisations des armées en campagne.

Sous la présidence de M. le directeur du Service de santé, M. le docteur Amouroux nous a nettement exposé comment la

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 71, p. 1158. *Association de la Presse médicale française.*

division de ligne est devenue l'unité de transport et l'unité de manœuvre. Tel qu'il a été actuellement conçu, le groupe sanitaire de division étayé par des moyens de brancardage et par des moyens de transport hippomobile et automobile, permet aux troupes d'être accompagnées jusqu'à l'extrême avant par des moyens chirurgicaux et médicaux.

A huit heures, M. le professeur Escat, dans sa clinique oto-rhino-laryngologique, exposa la curiethérapie des cancers rhinopharyngés, la méthode suivie, les résultats obtenus depuis deux ans. La présentation des malades fut vraiment très impressionnante.

A neuf heures, le docteur Martin, professeur de clinique urologique, étudia le diagnostic de la tuberculose rénale et offrit aux congressistes une séance opératoire.

En obstétrique, l'intérêt fut non moins grand et la saine clinique affirma tous ses droits à la vie. MM. les professeurs Audebert et Garipuy en donnèrent maints exemples au cours de la visite de leurs nouveaux services.

Le centre anticancéreux que dirige M. le professeur Marie, titulaire de la chaire de physique médicale à la Faculté, donna à nos amis la possibilité de se rendre compte de la valeur du traitement du cancer par le radium. Regaud, le soir même, allait nous tenir en haleine sur le même sujet.

Dans le service du professeur Marie, le docteur Nux, chargé du cours de stomatologie, présenta un appareil à point d'appui externe permettant l'application du radium dans toutes les parties de la cavité buccale, sans avoir recours à un appareil spécial pour chaque cas.

Dans le service du professeur Brindeau, le maître de la gynécologie espagnole présenta un film sur la fécondation. Cette œuvre de science et de patient labeur est due au fils du doyen de la Faculté de médecine de Madrid. Nous avions demandé à M. Recassens d'en faire à Toulouse une autre exposition. Inutile de dire que la Science espagnole remporta ce soir-là un succès des plus accusés.

La conférence de M. Claude Regaud était impatiemment attendue. Sans doute il ne peut être question de joute entre la chirurgie et le radium. La veille, J.-L. Faure avait défendu la thèse du bistouri. Cl. Regaud allait être le champion de la physico-chimie.

Et cela fut tout simplement passionnant.

Tout d'abord une déclaration formelle. Nous possédons trois méthodes — chirurgie, radium, rayons X — dont chacune est capable de guérir, ou seulement de soulager les malades atteintes de cancer du col de l'utérus. Il faut dans chaque cas particulier employer sans parti pris la méthode ou l'association de méthodes démontrée la meilleure par les résultats sérieusement acquis.

La statistique entre ici en jeu. La conférence de M. Regaud apportera toutes les précisions que nous ne faisons qu'annoncer ici. Mais 70 à 75 p. 100 des cas jugés guéris après un an restent guéris quatre à cinq ans après.

Le conférencier fait remarquer, à la fin de son discours étayé de faits les plus impressionnants, que tout cela suppose un coefficient de valeur personnelle et des moyens matériels égaux pour la chirurgie, la curiethérapie et la rœntgenthérapie.

Ne décourageons donc jamais les malades et allons de l'avant.

LA CONFÉRENCE DU PROFESSEUR BORDET

Il appartenait au savant maître de l'Institut Pasteur de Bruxelles de prononcer la dernière conférence. Se jouant de la difficulté de la question et aussi de l'heure qui le pressait, M. Bordet nous parla de la lyse microbienne.

La destruction des microbes peut s'effectuer dans des conditions très diverses et dépendre de causes multiples. La lyse microbienne résulte parfois de l'intervention des propriétés défensives de l'organisme qui lutte contre les infections; c'est le cas, par exemple, de la bactériolyse du vibrion cholérique. Le lait de femme possède à un très haut degré le pouvoir de détruire les microbes banaux répandus autour de nous et qui peuplent l'atmosphère; la substance active est analogue à celle qu'on rencontre dans le mucus nasal, les larmes, le blanc d'œuf. Le lait de vache est beaucoup moins actif.

D'autre part, les microbes peuvent se détruire entre eux, et certaines espèces jouent à cet égard un rôle très important dans l'équilibre du monde vivant en empêchant qu'une trop grande quantité de matériaux alimentaires ne s'immobilise dans le corps des microbes.

Un phénomène énigmatique, très étudié en ce moment, est celui du bactériophage ou autolyse microbienne transmissible. Des théories très différentes ont été émises pour expliquer ce phénomène. Il convient donc de passer en revue les principaux faits que l'expérience a révélés, de rechercher comment les diverses hypothèses en rendent compte et de discuter ainsi la vraisemblance des interprétations proposées.

Le même soir, sous la présidence de M. de Monzie, ministre de l'Instruction publique actuellement régnant, eut lieu un dîner officiel où il nous fut donné d'entendre de beaux morceaux d'éloquence. M. le ministre fut très applaudi, car il fit très éloquemment ressortir la belle leçon qui se dégage des Journées médicales toulousaines.

Le 14 juillet n'est pas, au cours des Journées médicales toulousaines, ce qu'un vain peuple pense. M. le docteur Bézy, professeur de clinique infantile à la Faculté et qui a élevé d'innombrables générations d'étudiants, nous conduisit à l'Institut de puériculture. Quelle magnifique leçon de choses! Puisque les enfants se raréfient, tâchons que ceux qui viennent soient plus forts et que leur mortalité soit diminuée.

Le professeur Bézy, à la veille de prendre sa retraite mais non le repos, doit être fier de l'œuvre accomplie.

A la Faculté, le professeur d'histologie, M. le docteur Argaud, faisait une communication très remarquée sur les nerfs du cancer et les transformations pancréatico-spléniques chez les animaux dératés.

Comme l'an dernier, la défense professionnelle fut brillamment représentée par une réunion confraternelle et syndicale au cours de laquelle le docteur Rénon (de Niort), ancien membre du conseil de l'Union des Syndicats médicaux de France, exposa ce qu'est le syndicalisme médical par rapport aux collectivités et ce que doit devenir ce même syndicalisme médical.

Pendant les heures de repos, il nous fut donné de visiter le musée des Augustins, le musée Saint-Raymond aux merveilles médiévales, la salle des Illustres dont Toulouse a bien le droit de s'enorgueillir, et enfin ces vieux hôtels qui donnent à la capitale du Languedoc son charme si prenant.

Carcassonne est aux portes de Toulouse. Le Comité organisateur, après Luchon, fut bien inspiré de montrer à ceux du Nord les beautés du Midi.

Faut-il conclure? Pas n'est besoin. Le succès qui a couronné les efforts ininterrompus de M. le professeur Bardier est venu, large, complet, s'épanouissant au fur et à mesure que l'œuvre, si complexe et si une, dévoilait ses rouages et déroulait ses manifestations. Toulouse, Montpellier, Bordeaux s'associent dans une trinité dont les aspects divers se fondent dans la magnificence de la « Région ».

Et ceci est la raison d'être de la vitalité des Journées médicales françaises.

Dr RAYMOND MOLINÉRY,
Délégué de l'A. P. des Journalistes médicaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Guide-formulaire des spécialités pharmaceutiques, par le docteur H. LEGRAND. Un fort vol. de 960 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Legrand.

Les grands narcotiques sociaux. Un volume in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, Norbert Maloine.

Théorie des vitamines et ses applications, essais de vitaminologie, par Jean LORENZINI, directeur de l'Institut biochimique italien, membre de la Société de biologie de Paris. Préface du professeur Charles RICHET. Un volume de 90 pages avec 8 planches hors texte. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 31 AOUT 1925)

Au sujet de la marche dite « sur la pointe des pieds ». — M. Jules AMAR apporte de nouvelles précisions sur les avantages de la marche sur la pointe des pieds qu'il a déjà montrés avec M. d'Arsonval et le regretté Gautiez :

« 1° Les données respiratoires et radiographiques témoignent qu'en marchant sur les avant-pieds, en appuyant plus sur les orteils que sur les talons, on redresse la colonne vertébrale, les côtes, et l'on met en jeu la *respiration thoracique*. Celle-ci l'emporte, au point de vue de l'hygiène et de l'esthétique, sur la *respiration abdominale*;

2° Si l'on fait marcher, à cadences de plus en plus rapides, sur une plaque de cire molle (*stent*), on constate que l'empreinte des orteils, de l'avant-pied, va en augmentant de profondeur. L'exercice, la course par exemple, qui tend à développer la respiration, pousse donc à employer le mode thoracique dans les conditions, et avec tout le profit que nous avions indiqués;

3° La marche avec souliers à *talons hauts* ne réalise nullement ces conditions; elle précipite les pas et déforme les pieds; ceux-ci gardent, néanmoins, *leur base totale*, du talon aux orteils, mais la base est un plan incliné. Cela est physiologiquement défectueux;

4° Enfin, la marche sur la pointe des pieds déforme le métatarse, exactement comme chez les danseuses.

Aussi avons-nous le regret de voir, à la campagne, de nombreuses personnes s'appliquer à marcher sur la pointe des pieds. Elles ont mal compris un conseil qui leur est donné dans une intention louable, et qui ne traduit pas réellement nos conclusions. Il faut bien se persuader que l'homme n'est pas absolument *onguligrade*; le centre de gravité d'un bipède ne l'autorise pas; le corps perdrait sa stabilité.

Par conséquent, voici la pratique à suivre :

Porter le corps en avant, la tête bien relevée, le jarret tendu, et marcher à 130 pas à la minute. Cela, un quart d'heure le matin et autant le soir.

Un tel exercice accélère respirations et pulsations dans la mesure qui convient, et fait tomber le ventre, et, nous l'avons reconnu sur des hommes et des femmes de quarante à cinquante ans, produit des effets heureux sur la digestion. Une légère transpiration se manifeste à la dixième minute.

En insistant sur ces faits, nous voulons montrer combien les données claires, simples, de la physiologie expérimentale, peuvent servir au progrès social. »

Dosage biochimique de l'insuline. — M. Fernand WYSS.

REVUE DES THÈSES

Les Glycosuries nerveuses expérimentales. La glycosurie tubérienne (1), par André LE GRAND.

Loeb, à la fin du siècle dernier, étudiant certains cas de diabète sucré apparu chez des acromégaliques, avait expliqué la glycosurie par la compression qu'exerçait la tumeur pituitaire sur les parties voisines de l'encéphale. Caselli et Aschme avaient de même signalé l'apparition d'une glycosurie passagère à la suite de lésions expérimentales hypophyso-tubériennes. Mais c'est incontestablement à Jean Camus, dans ses travaux faits avec Roussy, que l'on doit la connaissance d'une glycosurie transitoire survenant à la suite d'interventions portant sur la base du cerveau.

Reprenant la question en 1922, un élève distingué de J. Camus, M. Le Grand, est parvenu à réaliser très fréquemment, chez le lapin, une glycosurie nerveuse d'un type inconnu jusqu'alors : tardive et prolongée. L'étude, sur coupes sériées, des cerveaux des animaux, lui a montré l'existence de lésions strictement localisées au noyau paraventriculaire du tuber cinereum. Il s'agit là, sans doute, d'un centre analogue aux autres centres régulateurs de la région centrale de la base. A l'occasion de ce nouveau type de glycosurie, il a eu l'idée d'étudier les glycosuries nerveuses, de reproduire les principales expériences classiques et de montrer quels résultats on a observés.

Son importante thèse est divisée en plusieurs chapitres : *Historique. — Recherches expérimentales sur les glycosuries nerveuses classiques. — Glycosurie par lésions tubériennes. — Résultats expérimentaux. — Exposé des conditions expérimentales. — Critiques et analyses des causes d'erreur. — Etude anatomique.* — Avec : I. *Etude des autopsies*; — II. *Etude de la région tubérienne*; — III. *Etude des groupements cellulaires tubériens du lapin*; — IV. *Etude histologique des lésions. — Pathogénie de la glycosurie tubérienne. Ses rapports avec les autres glycosuries nerveuses.* La principale de ses conclusions est que la lésion de la région tubérienne, chez le lapin, provoque l'apparition d'une glycosurie souvent abondante, mais toujours tardive et prolongée; que cette glycosurie paraît liée à la lésion du noyau paraventriculaire; que ce noyau semble fonctionner comme un centre régulateur agissant sur le métabolisme ou l'utilisation des hydrates de carbone dans l'organisme.

Nous ne saurions trop engager ceux de nos lecteurs que la question intéresse à se procurer ce travail où ils trouveront, avec un bon exposé de la question, la relation de très intéressantes recherches originales. L. BABONNEIX.

(1) *Th. de Paris*, 1925, A. Legrand, édit.

Diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse (1), par le docteur Maurice PELLORCE.

Conclusions. — I. La tuberculose pulmonaire fibreuse, caractérisée par une modalité réactionnelle spéciale constructive des tissus à l'infection bacillaire, est une affection extrêmement fréquente et ordinairement méconnue dans la pratique médicale courante, du moins à ses stades initiaux.

II. Les lésions anatomiques de la tuberculose fibreuse sont de deux types, que l'on rencontre le plus souvent associés à des degrés divers, mais qui peuvent aussi s'observer séparément :

a. Réaction interstitielle inflammatoire diffuse de la charpente connective, se produisant lentement sous l'influence de toxines diffusibles et à distance des foyers émetteurs ordinairement ganglionnaires (Tripier).

b. Réaction périnodulaire défensive, locale, tendant à l'isolement et à l'encerclement des lésions typiques derrière une barrière de tissu fibreux plus ou moins dense (Letulle).

III. L'évolution de ces lésions est très variable; notamment il est fréquent qu'elles s'immobilisent pendant une longue période de la vie, à l'un des stades bénins, soit sous la forme de sclérose interstitielle diffuse, soit sous la forme de lésions nodulaires fibreuses discrètes sans expectoration,

D'autres fois, elles peuvent évoluer d'une facon continue, mais extrêmement lente, et aboutir peu à peu à de grosses lésions fibreuses denses ou fibro-ulcéreuses.

Cette évolution se fait toujours à bas bruit et parfois sans signes subjectifs et sthétoscopiques apparents.

Dans tous les cas, les caractéristiques cliniques essentielles de la tuberculose fibreuse sont :

a. La lenteur de son évolution;
b. La bénignité relative;
c. La pauvreté des signes sthétoscopiques;
d. L'absence fréquente de signes généraux et fonctionnels, notamment l'absence habituelle d'expectoration et par conséquent de vérification bactériologique.

IV. De ces dernières particularités, il résulte que le diagnostic clinique de la tuberculose fibreuse est difficile, surtout dans les périodes initiales de son évolution.

Ce diagnostic pourra pourtant, dans la grande majorité des cas, être établi par l'étude méthodique et minutieuse des points suivants :

a. Anamnésiques et antécédents;
b. Phénomènes subjectifs et généraux : amaigrissement,

(1) *Th. de Lyon*, Imprimerie Bosc frères et Riou.

asthénie, irrégularité, élévation légère ou sensibilité thermique. Hémoptysies : la tuberculose fibreuse fournit la grande majorité des hémoptysies qualifiées à tort, selon nous, de non tuberculeuses et qui sont souvent, et durant des années, le seul signe révélateur de l'infection bacillaire;

c. Auscultation. Par suite de l'absence ou de la rareté, ou du caractère intermittent des sécrétions, il n'y a pas de bruits adventices et il est inutile de les rechercher. Par contre, l'analyse méthodique, l'interprétation logique des modifications de la respiration, de la sonorité et des vibrations qui traduisent, selon les cas, la raréfaction (emphysème atrophique) ou la densification (sclérose) ou l'hypertrophie (emphysème vicariant) du parenchyme pulmonaire, permettent habituellement de formuler le diagnostic : tuberculose ou syphilis. Il reste, en l'absence de bacilles, à éliminer la syphilis par les recherches appropriées.

V. Mais le diagnostic de la tuberculose fibreuse *est essentiellement radiologique :* c'est à la radiologie qu'il faut, dans tous les cas, en demander la confirmation, qui est facile et éclatante. L'emploi systématique des rayons X rend ainsi courant un diagnostic qui, sans eux, est le plus souvent méconnu. Eux seuls permettent de préciser la topographie des lésions et leur importance, de déterminer leur nature exacte, nodulaire ou diffuse, de fixer le type de l'emphysème, qui est le compagnon inséparable de la sclérose.

Plus les lésions sont discrètes, plus les autres moyens d'exploration sont défaillants et plus le secours du concours radiologique est précieux.

VI. La constatation de la syphilis n'exclut pas forcément le diagnostic de bacillose; l'association est commune.

VII. La tuberculose fibreuse pulmonaire bénigne est fréquemment consécutive ou associée à d'autres manifestations bacillaires et particulièrement à des localisations ganglionnaires, osseuses ou articulaires, également bénignes, qui se succèdent ou se remplacent ou qui paraissent se suppléer, mais qui n'aggravent pas toujours le pronostic.

VIII. Par contre, dans la période tardive des tuberculoses fibreuses, on voit souvent apparaître des localisations sur le tube digestif ou sur le rein, soit parce que la longue durée de la maladie favorise l'apparition de localisations secondaires, soit en raison de l'aptitude sclérogène du sujet (tuberculose hypertrophique sténosante de l'intestin).

IX. Il semble bien que la longue élimination de toxines sclérosantes doive être seule invoquée pour expliquer l'apparition si fréquente du syndrome cardio-rénal de la néphrite interstitielle au cours de l'évolution de la tuberculose fibreuse. Beaucoup de tuberculeux fibreux meurent par le rein; d'ailleurs, la plupart de ces malades sont hypertendus et l'hypertension intervient chez eux au double titre de complication et de cause, car elle contribue à accentuer le caractère de lenteur et de bénignité de l'évolution des lésions pulmonaires (Colomban).

X. La grande fréquence de la tuberculose bénigne est la démonstration frappante de l'ubiquité et du polymorphisme de la bacillose.

La vulgarisation de cette entité clinique mal définie et peu connue permettra le diagnostic plus précoce de ces tuberculoses bénignes si nombreuses, si communément méconnues, qui constituent peut-être la plus redoutable des causes de contagion familiale et de diffusion de la tuberculose.

Le sulfo-tréparsénan (dioxydiamino-arsénobenzène méthylène sulfonate de soude) en injections sous-cutanées et intramusculaires dans le traitement de la syphilis (1), par le docteur Pierre CHAMBET.

L'auteur, ainsi que l'indique le titre de son travail, étudie uniquement l'action du sulfo-tréparsénan en injections intramusculaires et sous-cutanées.

Dans un premier chapitre, il expose les avantages de ces voies d'introduction, préconisées surtout par les professeurs Sicard, Minet, Gougerot : meilleure absorption du médicament, perte par élimination rapide moins importante, tolérance immédiate, très supérieure et innocuité plus grande pour les viscères (rareté des ictères, etc.). En outre, la voie sous-cutanée empêche la plupart des accidents brusques, phénomènes de choc, crise nitritoïde, etc. Il y a donc là un avantage manifeste et ce doit être la méthode de choix chez les fragiles, les femmes enceintes, l'enfant. L'auteur, qui déclare avoir utilisé le sulfo-tréparsénan par voie intraveineuse et sous-cutanée, ne rend compte que des observations se rapportant à ce dernier mode d'introduction qui, dit-il, s'est montré moins agressif pour l'organisme et bien toléré localement. Outre la possibilité de traiter des sujets intolérants aux autres préparations arsenicales, le sulfo-tréparsénan évite le piqueté révélateur des injections intraveineuses au pli du coude.

Suit une étude chimique du sulfo-tréparsénan montrant que cet arsénoïque dérive directement du 606 et du 914 dont il a la teneur en arsenic et que, plus soluble, il est comme ce dernier parfaitement neutralisé et stable.

L'auteur consacre un chapitre spécial aux essais biologiques et démontre que le sulfo-tréparsénan est le moins toxique des arsénobenzènes.

Il indique ensuite les règles de la posologie qui sont, dans l'ensemble, celles du traitement par les arsénobenzènes : doses sériales de 3 à 5 grammes, pouvant s'élever jusqu'à 9 grammes dans certains cas.

Le *traitement d'attaque* comporte l'injection de 4 à 5 grammes en l'espace de six à sept semaines, les premières doses étant données tous les jours, les doses plus fortes tous les trois jours, enfin, les doses de 48 à 60 centigrammes tous les six à huit jours. Plusieurs séries de 4 à 5 grammes seront réparties sur les deux ou trois années de traitement avec des intervalles de repos de un mois environ.

Le *traitement d'entretien* exige des injections moins fréquentes, mais l'atteinte de la même dose sériale. Il se rapprochera davantage du traitement d'attaque si l'on se trouve en présence de lésions en activité.

Chez le nourrisson et l'enfant, qui supportent le sulfo-tréparsénan d'une façon remarquable, on suivra les directives du docteur Marcel Pinard : progression essentiellement basée sur le poids et devant atteindre la dose maxima de 1 centigramme et demi par kilo qu'on répétera plusieurs fois. La dose initiale sera calculée en prenant en général la 6e ou la 10e partie de cette dose maxima, soit chez le nourrisson 5 milligrammes et chez l'enfant 1, 2, 3, 6 centigrammes suivant l'âge et surtout le poids.

La technique suivie par le docteur Chambet est celle indiquée par Gastou, Lacapère, Gougerot : injection lente ; aiguille strictement sous-dermique et non dans le tissu sous-cutané profond : lieu d'élection : région costo-lombaire, peau de l'abdomen ou du dos; dilution dans 2 centimètres cubes d'eau distillée pour les doses jusqu'à 0 gr. 30, dans 4 à 5 centimètres cubes pour les doses de 0 gr. 36 à 0 gr. 60. Ainsi manié, le sulfo-tréparsénan s'est montré remarquable, tant au point de vue de l'activité que de la tolérance locale et générale; les contre-indications, qui sont celles de l'arsenic en général, sont réduites au minimum.

La partie clinique de la thèse est représentée par des observations groupées sous différents chapitres. Le docteur Chambet a traité exclusivement des adultes et étudie :

1° Des cas de syphilis primaire : chancre avec ou sans négativation sérologique;

2° Des observations de syphilis secondaire contemporaine du chancre avec ou sans négativation sérologique;

3° Des observations de syphilis secondaire avec ou sans négativation sérologique;

4° Des cas de syphilis ancienne.

Les résultats se sont montrés comparables en tous points à ceux que l'on obtient avec le 914 intraveineux, à condition de donner des doses sériales équivalentes dans un temps assez court. Les accidents cliniques disparaissent, dans la plupart des cas, après 3-5 grammes. La négativation sérologique est obtenue d'autant plus facilement que le malade est traité plus tôt. Certaines syphilis malignes ou en pleine évolution secondaire ont nécessité quatre séries de sulfo-tréparsénan. Ces conclusions sont tout à fait superposables à celles énoncées par le docteur Gastou dans un travail récent « de l'action et de l'utilisation du sulfo-tréparsénan (dioxydiaminoarsénobenzène méthylène sulfonate de soude) en injections sous-cutanées ou intramusculaires dans le traitement de la syphilis ».

L'auteur termine en insistant à nouveau sur la haute valeur curative du sulfo-tréparsénan par la voie sous-cutanée ou

(1) *Th. de Paris*, 1925.

intramusculaire, mais également sur la nécessité de donner des doses sériales convenables (4g50 à 5 grammes chez l'adulte) en un temps asssez court.

Résultats de la cure héliomarine sur la tension artérielle chez l'enfant (1), par le docteur Fr. DE LA BRUNIÈRE (de Pornichet).

Ce travail constitue une excellente étude d'une question jusque-là très obscure. L'auteur commence par préciser l'action de divers agents physiques sur la tension. La cure solaire, l'exposition aux rayons ultra-violets, à la lampe à arc, entraînent une hypotension passagère.

Les bains de mer froids de durée normale, chez les acclimatés, les bains de mer chauds chez tous, donnent une augmentation de la maxima et un abaissement de la minima, ils sont donc très favorables chez les rachitiques à tensions convergentes.

La cure marine isolée agit de trois façons sur la tension artérielle de l'enfant :

1° Elle ne semble avoir aucune action chez l'enfant normal ou le tuberculeux épuisé, à tension basse, arrivant trop tard à la mer.

2° Elle augmente la tension des enfants hypotendus, surmenés par le travail scolaire, intoxiqués pas les premières chaleurs ou une hygiène défectueuse, chez les tuberculeux osseux, ganglionnaires qui réagissent.

5° Elle diminue la tension des tuberculeux au début, à sympathique hyperexcitable, et chez tous les enfants dits nerveux (déséquilibre vago-sympathique).

Cet abaissement de tension est favorable, elle indique la rééquilibration nerveuse et accompagne l'augmentation de poids et la recoloration du visage.

La neurasthénie des excitables, l'éréthisme cardiaque de l'enfant, loin de constituer une contre-indication à un séjour à la mer, en tirent grand bénéfice à condition que l'endroit soit bien choisi et le séjour prolongé.

L'étude de la tension pendant le séjour à la mer constitue le meilleur contrôle de l'effet sédatif ou stimulateur du climat marin.

M. LANCE.

PRATIQUE MÉDICALE

TRAITEMENT DE LA DYSPNÉE

La dyspnée est un symptôme commun à un grand nombre d'affections, soit de l'appareil respiratoire lui-même (lésions du larynx, de la trachée ou des bronches, corps étrangers intratrachéaux, altérations du parenchyme pulmonaire, lésions des parois thoraciques, des plèvres ou du diaphragme), soit d'un trouble circulatoire, d'une altération du milieu sanguin, ou des centres nerveux qui règlent la respiration.

FORMES CLINIQUES. — On en distingue plusieurs types. La dyspnée légère se rencontre dans les affections bronchiques, dans les lésions cardiaques compensées.

Les formes graves sont fonction des lésions profondes du poumon (broncho-pneumonie, tuberculose cavitaire, asthme ou affections cardiaques mal compensées). On rencontre enfin les formes extrêmes dans l'œdème aigu des poumons, le pneumothorax, l'urémie, l'angine de poitrine, etc. Mais il ne faut jamais se baser sur elle seule pour porter un diagnostic, ni perdre de vue que, seul le traitement causal peut en amener la sédation.

TRAITEMENT DE L'ACCÈS DE DYSPNÉE. — On ouvrira largement les fenêtres pour assurer une bonne ventilation, en évitant toutefois de refroidir le malade. On l'assoiera dans son lit en lui soulevant le dos par des oreillers. On donnera du sirop d'éther, de la liqueur d'Hoffmann, de l'acétate d'ammoniaque. Si le pouls est faible, on fera des injections hypodermiques de caféine, d'huile camphrée, de strychnine; si, au contraire, il est tendu et vibrant, on fera soit une saignée au pli du coude (dyspnée urémique), soit de la révulsion sur le tronc et les membres.

(1) *Th. de Paris*, 1925.

TRAITEMENT CAUSAL. — 1° *Dyspnée par altération du milieu respiratoire.* — Si le mal tient à un vice du milieu respiratoire, on fera de l'aération dans la chambre du malade. Si l'asphyxie commence, la respiration artificielle et les soins en usage en pareil cas sont de rigueur.

2° *Dyspnée d'origine laryngo-trachéale.* — On cherchera s'il n'existe pas de compression par tumeur cervicale ou médiastine, amygdalite phlegmoneuse ou abcès rétropharyngien, pour lui appliquer, si possible, le traitement chirurgical. On traitera l'adénopathie trachéo-bronchique par les iodures et l'arsenic.

3° *Lésions du parenchyme pulmonaire.* — La dyspnée, si fréquente au début de la pneumonie et consécutive au point de côté, sera calmée par une injection de morphine ou par l'application de ventouses. Contre l'encombrement bronchique, on donnera un vomitif, si le sujet est résistant, et des potions expectorantes à base d'oxyde blanc d'antimoine, de kermès ou d'acétate d'ammoniaque.

4° *Dyspnée d'origine mécanique.* — En cas de pleurésie, de fracture de côte, de péricardite ou d'ascite (par refoulement du diaphragme), on évacuera les épanchements liquides ou on appliquera un bandage compressif serré, s'il s'agit de fracture de côte.

5° *Dyspnée d'origine viscérale et hématique.* — En cas de néphrite chronique, faire de la révulsion sur les reins, favoriser la diurèse avec de la digitale, ou mieux de l'adonis vernalis qui a le grand avantage de ne pas s'accumuler. On le donnera sous forme de diurène, à la dose de trois à six cuillerées à café ou quatre à dix pilules par jour. Faire une saignée générale, donner de l'éther à haute dose. Instituer le régime lacté absolu ou le régime déchloruré auquel on adjoindra des boissons diurétiques abondantes.

Si la lésion cardiaque est mal compensée, ou le cœur défaillant, on soutiendra celui-ci au moyen de diurène, de morphine à petite dose. L'alimentation sera légère, on surveillera les fonctions intestinales. Il est rare que les dyspnées d'origine bulbaire demandent un régime spécial. Quant à celle liée à l'anémie et à la chlorose, c'est en donnant des préparations stimulantes (quinquina, kola, coca), du fer, de l'arsenic, sous forme de liqueur de Fowler ou de cacodylates, qu'on les verra s'amender.

LIVRES NOUVEAUX

L'Angine de poitrine (1), par J. MACKENZIE, directeur de l'Institut des recherches cliniques de St-Andrews; traduit de l'anglais par le docteur E. GUILLEAUME (de Spa).

Le docteur J. Mackenzie est depuis longtemps bien connu des médecins français et ses belles recherches cliniques lui ont fait, à juste titre, une réputation universelle. Le présent volume, comme ceux qui l'ont précédé (*Traité des maladies du cœur; les symptômes et leur interprétation*, etc.), est exclusivement consacré à une étude clinique qui intéresse au plus haut point, non seulement les praticiens, mais aussi beaucoup de malades, puisque le nombre des angineux semble suivre une progression croissante. Or, l'*angor pectoris* est une affection très pénible et dangereuse qui effraie d'autant plus que sa pathogénie est demeurée jusqu'ici obscure. Sur ces questions, l'auteur apporte de nouvelles clartés : sa grande expérience lui permet cette analyse des causes et des signes qui finit par projeter sur le mécanisme de la maladie une lumière telle que le médecin, qui a bien suivi et pénétré la pensée de J. Mackenzie, ne trouve plus devant lui rien qui l'inquiète et l'intimide. Ce n'est pas une révolution assurément, mais c'est un progrès qu'apprécieront grandement ceux qui liront ce livre et mettront en pratique les précieux enseignements qu'il renferme. De nombreuses observations, insérées dans l'appendice, illustrent les idées du savant maître et en montrent la solidité.

J. L.

(1) In-8 avec 67 figures dans le texte. — Paris, Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Angers. — M. Boquel, professeur, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1er juin 1925.

Caen. — M. le docteur André Morice, ancien interne en chirurgie des hôpitaux de Paris, est délégué dans les fonctions de suppléant des chaires de pathologie et cliniques chirurgicale et obstétricale, jusqu'à l'issue du concours ouvert en vue de pourvoir à cet emploi.

Clermont. — M, Moureyre, professeur suppléant, est nommé, à compter du 1er juillet 1925, professeur titulaire de la chaire de dermatologie et syphiligraphie (chaire créée).

Dijon. — M. David, professeur suppléant, est admis, sur sa demande, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 1er novembre 1925, pour cesser ses fonctions à cette date.

M. Voisenet est délégué, pour l'année scolaire 1925-1926, dans les fonctions de chef des travaux de physique et chimie (section de pharmacie). Les dispositions de l'arrêté du 28 mars 1925 portant ouverture d'un concours en vue de pourvoir à cet emploi, sont annulées.

Limoges. — M. Durand (Albert) est nommé, à dater du 1er juillet 1925, professeur suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Delotte, démissionnaire.

Marseille. — M. Domergue, professeur de pharmacie, est admis, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à faire valoir ses droits à une pension de retraite à compter du 1er août 1925 pour cesser ses fonctions le 31 octobre 1925.

COLLÈGE DE FRANCE. — Création d'une chaire d'épidémiologie. — Un décret porte de 41 à 42 le nombre des chaires magistrales du Collège de France et affecte cette nouvelle chaire à l'enseignement de l'épidémiologie.

Aux termes d'un autre décret, le médecin-inspecteur général Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, est nommé professeur titulaire de la chaire d'épidémiologie du Collège de France.

CONGRÈS INTERNATIONAL DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES. — Le IVe Congrès international des accidents du travail et des maladies professionnelles vient de s'ouvrir à Amsterdam. A la séance inaugurale du 7 septembre, sous la présidence du ministre du Travail, du Commerce et de l'Industrie des Pays-Bas, le docteur Crouzon, médecin de la Salpêtrière, a prononcé un discours au nom de la délégation française dans laquelle on remarquait les professeurs Imbert (de Marseille), Paul Moure (de Paris) et le docteur Quivy, de l'Union des syndicats médicaux.

Parmi les sujets traités au Congrès, il faut citer les rapports de M. Imbert, au nom du professeur Cunéo, sur « accident et maladie au point de vue médical », les rapports de MM. Lenormant et Paul Moure, sur le traitement d'urgence des plaies, du professeur Imbert, sur l'ostéosynthèse, du docteur Crouzon, sur les maladies nerveuses professionnelles.

HOMMAGE AU DOCTEUR BABINSKI. — Le docteur Wladyczko, professeur de neurologie à l'Université de Vilno, accompagné du comte Poninski, premier secrétaire de l'ambassade de Pologne, s'est rendu la semaine dernière chez le docteur Babinski pour lui remettre le diplôme le nommant professeur honoraire de cette Université. Le professeur Wladyezko a exprimé la joie de la Faculté de voir le nom polonais de l'illustre neurologue s'associer à ceux des savants polonais qui ont professé à Vilno, au début du XIXe siècle et dont les travaux sont appréciés de tout le monde.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — — Clinique médicale propédeutique. (Hôpital de la Charité. — Cours de révision d'une semaine (26 au 31 octobre 1925), sur les *acquisitions médicales pratiques de l'année en pathologie interne*, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de : MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Fernest, Gaston Durand, Henri Durand, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1925, du 26 au 31 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions

nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Programme du cours. — Chaque matin, dans un hôpital différent, de 9 h. 1/2 à midi : présentation et examen de malades, démonstrations pratiques.

L'après-midi, à l'hôpital de la Charité, de 3 heures à 4 heures : démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire ou le service du professeur Sergent ; 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2, conférences cliniques à l'amphithéâtre Potain. Le professeur Sergent fera la leçon d'ouverture.

Seuls sont admis aux examens de malades, aux démonstrations et excercices pratiques (9 h. 1/2 à midi, 3 heures à 4 heures) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 francs.

S'inscrire au secrétariat de la Faculté (guichet n° 3, lundi, mercredi, vendredi, de 15 à 17 heures).

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

COURS DE PERFECTIONNEMENT SUR LA TUBERCULOSE INFANTILE. — Le docteur P.-F. Armand-Delille fera, du 5 au 22 octobre 1925, dans son Service d'enfants de l'hôpital Hérold, un cours pratique de perfectionnement sur la symptomatologie, le diagnostic et le traitement des principales formes de la tuberculose de l'enfant, et en particulier sur le pneumothorax thérapeutique et la cure héliothérapique, ainsi que sur l'assistance médico-sociale à l'enfant tuberculeux et la préservation de l'enfance contre la tuberculose.

Leçon chaque matin à 10 h. 1/2, à l'hôpital Hérold, suivie d'examens cliniques dans les salles, d'examens radioscopiques et de recherches de laboratoire. De plus, le docteur Laquerrierre, chef du Service radiologique, fera une leçon sur le diagnostic radiologique de la tuberculose infantile, et le docteur Pierre-Louis Marie, chef de laboratoire, fera deux leçons sur le diagnostic cytologique, bactériologique et sérologique de la tuberculose de l'enfant.

Nombre d'élèves limité.

Prix de l'inscription : 80 francs.

S'inscrire au Laboratoire du service du docteur Armand-Delille, à l'hôpital Hérold, place du Danube (XIXe).

Objet du cours. — 1. Conditions et modes de l'infection tuberculeuse chez l'enfant.

2. Primo-infection; premier stade; adénopathies cervicales et trachéo-bronchiques.

3. Diagnostic clinique de l'adénopathie trachéo-bronchique; signes stéthacoustiques et signes radioscopiques.

4. Stade de généralisation ; tuberculoses aiguës.

5. Tuberculose pulmonaire.

6. Pneumothorax thérapeutique chez l'enfant.

7. Diagnostic de la dilatation bronchique et des affections pseudo-cavitaires du poumon; injection intra-trachéale de lipiodol.

8. Tuberculoses atténuées des séreuses; pleurésies et péritonites.

9. La fièvre de tuberculisation; son diagnostic différentiel avec les états infectieux qui peuvent la simuler.

10. Tuberculoses ostéo-articulaires et leurs complications.

11. Tuberculoses viscérales; symphyse cardio-tuberculeuse; tuberculose rénale.

12. Méningite tuberculeuse.

13. Diagnostic bactériologique de la tuberculose chez l'enfant.

14. Réactions cytologiques et sérologiques dans les tuberculoses infantiles.

15. Principes de thérapeutique médicamenteuse.

16. Héliothérapie et thalassothérapie.

17. Rôle de l'assistance sociale dans la lutte contre la tuberculose infantile.

18. Prophylaxie; la préservation de l'enfance contre la tuberculose; l'œuvre Grancher.

COURS DE RÉVISION D'UNE SEMAINE (26 au 31 octobre 1925) **SUR LES ACQUISITIONS MÉDICALES PRATIQUE DE L'ANNÉE EN PATHOLOGIE INTERNE**, sous la direction du professeur Emile Sergent et du docteur Camille Lian, agrégé, médecin de l'hôpital Tenon, avec la collaboration de MM. Abrami, Aubertin, Chabrol, Debré, Duvoir, Faroy, Harvier, Pruvost, Tinel, agrégés, médecins des hôpitaux ; Blechmann, Fernet, Gaston Durand, Henri Durand, anciens internes des hôpitaux.

Dans ce cours annuel, qui aura lieu en 1925 du 26 au 31 octobre, sont exposées dans une série de conférences cliniques et de démonstrations pratiques les principales notions nouvelles cliniques et thérapeutiques de l'année en pathologie interne.

Le professeur Sergent fera la leçon d'ouverture.

Programme du cours. — Chaque matin dans un hôpital différent, 9 h. 1/2 à midi : Présentation et examen de malades, démonstrations pratiques.

L'après-midi, à l'hôpital de la Charité, 3 heures à 4 heures : Démonstrations et exercices pratiques dans le laboratoire ou le service du professeur Sergent : 4 h. 1/4 à 5 h. 1/4 et 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2 : Conférences cliniques à l'amphithéâtre Potain.

Seuls sont admis aux examens de malades, aux démonstrations et exercices pratiques (9 h. 1/2 à midi, 3 h. à 4 h.) les auditeurs ayant versé un droit d'inscription de 150 francs.

S'inscrire auprès du docteur Lian.

Les conférences cliniques (4 h. 1/4 à 5 h. 1/4, 5 h. 1/2 à 6 h. 1/2) sont ouvertes gratuitement à tous les docteurs et étudiants en médecine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Albert Richaud, professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine de Paris, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, décédé à Aurillac à l'âge de soixante ans.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — SERVICES AUTOMOBILES DE L'AVALLONNAIS ET DU MORVAN. — Les services automobiles organisés par la Compagnie P.-L.-M. pour la visite de l'Avallonnais et du Morvan seront mis en marche, cette année, dans les conditions suivantes :

Circuit de l'Avallonnais. — Tous les jours jusqu'au 27 septembre : Avallon, La Pierre-qui-Vire, Quarré-les-Tombes, Chastellux, Pierre-Perthuis, Saint-Père, Vézelay, Arcy-sur-Cure, Avallon; 112 kilomètres. Prix : 28 fr.

Circuit du Morvan. — Les dimanche, mardi et jeudi jusqu'au 27 septembre : Avallon, Méluzien, Quarré-les-Tombes, Roche-du-Chien, Gouloux, Montsauche, Lac-des-Settons, Château-Chinon, Lormes, Chastellux, Avallon; 158 kilomètres. Prix : 38 fr.

A Avallon les services automobiles seront en correspondance avec les trains de et pour Paris : Paris, dép. 23 h. 08, Avallon, arr. 5 h. 05 ; Avallon, dép. 21 h. 10, Paris, arr. 4 h. 45.

— L'ALGÉRIE. — Le 16 septembre à 16 h. 30, sous la présidence effective de M. Viollette, Gouverneur général de l'Algérie, aura lieu, dans la salle des Congrès, à l'Exposition des Arts Décoratifs (Grand Palais), une manifestation en faveur de l'Algérie.

M. Despiques, ancien proviseur du Lycée d'Alger, fera une conférence sur « Une France nouvelle : l'Algérie » et présentera de beaux films cinématographiques accompagnés d'une partie musicale,

On peut se procurer des cartes d'invitation à cette matinée à l'Office du Gouvernement général de l'Algérie, 10, rue des Pyramides.

LE SYNDROME GASSÉRIEN

Par Fernand LÉVY.

La souffrance du ganglion de Gasser se traduit par une symptomatologie très caractéristique — et qui, bien que décrite depuis un certain temps (1), est journellement confondue avec des modalités cliniques attestant une réaction nerveuse plus ou moins distante du cavum de Meckel.

En ces dernières années tout particulièrement, on a fait rentrer dans la pathologie du syndrome sphénopalatin une série de manifestations morbides provenant, à n'en pas douter, de la région gassérienne. Il nous a semblé utile de rendre au ganglion de la Ve paire ce qui lui appartient. Si la clinique du ganglion sphénopalatin, tout récemment parée des dépouilles du Gasser s'appauvrit d'autant, elle s'enrichira, espérons-le, de nouveaux signes qui pourront, peut-être, permettre de lui donner définitivement une autonomie que certains ont déjà contestée.

Rappelons rapidement ici quelques notions anatomiques.

Avoisinant la pointe de la pyramide rocheuse et couché sur la face antéro-supérieure de cet os qui se déprime en fossette pour le recevoir, le ganglion de Gasser se trouve inclus dans une loge fibreuse, le cavum de Meckel, issu du dédoublement de la dure-mère cranienne. Masse réniforme à hile postérieur, à convexité antérieure orientée en bas et en avant, il adhère par sa face antéro-externe au feuillet antérieur de la dure-mère, dont le feuillet postérieur s'éloigne de lui pour tapisser la dépression osseuse. Il entre en rapport avec le sinus caverneux par toute sa partie antéro-interne enclose dans la paroi externe du sinus (Hilgermann et Cozzolino) et par la branche ophtalmique, le plus interne des trois nerfs nés du bord convexe du ganglion. Le pôle interne du ganglion s'approche de la carotide interne, et d'autre part est voisin des trois nerfs moteurs de l'œil étagés de haut en bas et de dedans en dehors : le moteur oculaire commun (IIIe paire), le pathétique (IVe paire), l'oculo-moteur externe (VIe paire).

Ce court aperçu anatomique nous permet d'envisager les lésions et de déduire les symptômes constitutifs de la pathologie gassérienne.

Le ganglion de Gasser peut être le siège de lésions scléro-gommeuses ganglio-méningées ou ganglio-radiculaires (Lancereaux), de formations néoplasiques : cholestéatome, neurogliome (Little, Verger, Verger et Grenier de Cardenal). On a signalé également des hémorragies intragassériennes, parfois bilatérales (Reverchon, Worms et Rouquier) ayant compliqué une fracture de la base du crâne. La fracture de la pointe du rocher peut léser le ganglion de la Ve paire (Chevrier). Il peut être également comprimé par des formations osseuses, méningées, vasculaires. Il faut signaler les exostoses consécutives à d'anciens foyers de fracture ou qui sont la manifestation d'une syphilis tertiaire; la carie tuberculeuse du rocher, très rarement le cancer de l'os, plus souvent l'ostéite de la pointe. Baldenweck a bien étudié comment, par ce dernier processus, se trouve ainsi envahi le cavum de Meckel.

(1) Fernand Lévy. *a*. Essai sur les névralgies faciales. *Th. de Paris*, 1906, p. 129; — *b*. Le syndrome gassérien. *Presse méd.*, 13 janv. 1912.

Les néoformations méningées surtout dure-mériennes sous forme de cancer (Landouzy, Trénel), de tuberculose à type de pachyméningite compliquant l'ostéite du rocher (Berger et Picqué), de syphilis sclérogommeuse réaliseront le syndrome gassérien.

Il ne faut pas oublier de signaler, si exceptionnelle soit-elle, la compression d'origine vasculaire, tel le cas de Romberg où un anévrisme de la carotide interne gauche comprimait le ganglion voisin.

Citons aussi la compression des tumeurs cérébrales de voisinage : endothéliome, gliome, gliosarcome, plus rarement celle due à une tumeur cérébelleuse tel le cas d'Oppenheim où un neurogliome de l'acoustique eut pour premier symptôme une névralgie faciale.

Il n'y a pour ainsi dire rien à changer à la description clinique que nous avons donnée naguère et que nous reproduisons à quelques variantes près.

La lecture des observations (Gillette, Lancereaux, Long et Egger, Verger, Fernand Lévy) montre que le syndrome gassérien complet évolue en trois périodes, dont les deux premières sont constantes, la troisième pouvant faire défaut. On peut distinguer successivement :

1° La phase de *douleurs névralgiques*;
2° La phase de *paralysie du trijumeau sensitif et moteur*;
3° La phase de *troubles trophiques*.

Ce sont les symptômes d'excitation qui débutent, bientôt remplacés par les phénomènes paralytiques suivis ou non de troubles trophiques.

Les *phénomènes douloureux* qui ouvrent la scène, persistent pendant toute l'évolution ou sont seulement passagers, durant à peine quelques jours, pour faire rapidement place aux signes de paralysie. Il s'agit de douleurs névralgiques, les unes continuelles, les autres par crises sous forme d'élancements en « décharges électriques », en « piqûres d'aiguille ».

D'ordinaire peu violente, la *douleur continue* réalise plutôt une sensation profonde de pesanteur, de contusion, de forte pression incommode, plutôt parfois une sensation paresthésique de froid (Verger) qu'une véritable souffrance; et pourtant elle est exaspérante par sa continuité même.

Les *accès* d'abord éloignés, quotidiens, se rapprochent et deviennent bientôt subintrants. Les trois branches du trijumeau ne sont pas prises d'emblée, mais sont envahies progressivement. Le plus souvent l'ophtalmique est le premier touché. Le sujet accuse de vives douleurs frontales, des élancements irradiant de la région sus-orbitaire au sinciput et occupant le quadrant correspondant au territoire de la première branche. Les crises peuvent se limiter à son domaine (observation de Lancereaux) ou, au contraire, la névralgie envahit également le maxillaire supérieur (Long et Egger) puis atteint le maxillaire inférieur. Tout l'hémiface est alors douloureux.

Les points d'émergence des nerfs sus, sous-orbitaire, dentaire inférieur sont très sensibles à la pression. Bien plus, le simple attouchement cutané révèle parfois une hyperesthésie douloureuse (Spira) ou des paresthésies (Bonnier).

En somme, ces douleurs réalisent complètement le type de la névralgie faciale symptomatique.

Les *phénomènes paralytiques* surviennent au bout d'un temps variable, parfois court (quinze jours, un

mois), tantôt beaucoup plus long (un à deux ans).

La paralysie du trijumeau sensitif se montre dans la sphère de distribution du nerf atteint partiellement ou en entier. La sensibilité objective est diminuée, quelquefois abolie dans une partie du visage ou dans tout un hémiface : à l'épicrâne, au front, au nez, à la joue, à la région massétérine, aux muqueuses d'une moitié du nez, de la face interne des joues, des lèvres, de la voûte palatine, de la langue, de telle sorte qu'on peut suivre avec l'épingle qui explore la projection anatomique du nerf.

Il n'est pas rare de voir la branche motrice du trijumeau participer aussi à la paralysie : d'où diduction des mâchoires, projection du maxillaire inférieur vers le côté sain, désengrènement des arcades dentaires, déviation du menton. Très rapidement survient l'atrophie musculaire de la fosse temporale et de la région massétérine. Quand les nerfs masticateurs ne sont pas paralysés, leur excitabilité faradique est souvent très diminuée.

Les *troubles trophiques*, les derniers en date, ne sont pas rares. Ils ne sont pas fatals, mais relèvent de l'évolution progressivement destructive de la lésion.

L'œil est le premier touché : ce peut être une légère photophobie, une simple rougeur de la conjonctive accompagnée de larmoiement. D'autres fois on observe le tableau complet de la kératite neuro-paralytique : la cornée est devenue insensible, le clignotement ne se fait plus et la membrane se dessèche. Si l'on n'a pas soin de protéger le globe oculaire, le limbe cornéen se vascularise, la cornée se trouble, perd sa transparence, s'exfolie, s'infiltre de pus, s'ulcère, se perfore. Il peut en résulter une hernie de l'iris qui, pris dans une cicatrice, amène un staphylome consécutif (Lancereaux). Quelquefois c'est la suppuration et la fonte purulente de l'œil (panophtalmie).

Ont été signalés aussi un état sec et squameux de la peau, la carie et la chute des dents (Lancereaux), des éruptions zostériennes récidivantes cutanées ou muqueuses. Worms a décrit la rhinite atrophique à muqueuse pâle, sèche, croûteuse, ulcérée, accompagnée de fétidité de l'haleine coïncidant avec « de véritables paralysies des trijumeaux ».

L'évolution du syndrome gassérien est réglée par la gravité de la cause et aussi par l'extension des lésions.

Le syndrome *pur* peut se rencontrer (Fernand Lévy).

Plus souvent, il se révèle *associé* à des paralysies des nerfs craniens de voisinage. Cette symptomatologie périgassérienne porte spécialement sur les nerfs moteurs de l'œil. Tel par exemple le syndrome de Gradenigo, où, au cours d'une otite moyenne purulente compliquée ou non de mastoïdite, apparaît une paralysie ou parésie de la VIe paire se manifestant par de la diplopie homonyme, du strabisme interne et qu'accompagnent ou non des lésions du fond de l'œil. D'autres fois on constate une paralysie complète de la IIIe paire.

D'autres paralysies peuvent se rencontrer, parésie ou paralysie faciale à type périphérique, surdité (Lancereaux). S'il s'agit d'une grosse plaque de méningite localisée ou d'une tumeur cérébrale, le nerf optique est lui-même irrité : il y a d'abord œdème de la papille bientôt suivi d'une véritable névrite optique. Il existe d'exceptionnels syndromes gassériens bilatéraux. Les deux observations de Worms en sont des exemples typiques (1).

Les syndromes gassériens aigus ou subaigus ressortissent d'ordinaire à des lésions inflammatoires, s'accompagnent en outre de fièvre, de phénomènes cérébro-méningés : vomissements, céphalée, somnolence, contractures, convulsions, exagération des réflexes, thrombose du sinus caverneux. Ils sont toujours fort graves et se terminent fatalement.

Le syndrome chronique s'il est lié à une tumeur, progresse et se termine au bout d'un temps plus ou moins long par la mort en pleine cachexie.

On a prétendu qu'il existait des lésions gassériennes sans symptômes : le fait peut se concevoir dans les lésions destructives d'emblée (Verger), bien qu'on n'en ait pas publié d'observation probante.

Le diagnostic est facile quand tous les éléments sont réunis. Au début, il peut être délicat. La névralgie faciale qui en est le premier signe sera confondue avec la névralgie faciale dite à tort *essentielle*, cryptogénétique, maladie des neuro-arthritiques, se caractérisant par des crises d'élancements douloureux dans l'intervalle desquels le malade ne souffre pas. Les paroxysmes sont réveillés par tous les mouvements de la face et par les tentatives de mastication ou de déglutition. Les points douloureux à la pression de l'émergence des nerfs ne se retrouvent pas. Cette névralgie atteint surtout isolément ou ensemble, les nerfs maxillaires supérieur et inférieur. La sensibilité objective est intacte.

La description du *syndrome sphénopalatin* de Sluder, caractérisée typiquement par des phénomènes de coryza spasmodique, par des douleurs faciales à prédominance cavitaire dans le territoire du nerf sphénopalatin a été enrichie depuis deux ou trois ans, d'une partie de la symptomatologie et surtout, des troubles trophiques si caractéristiques du syndrome gassérien.

Les deux observations de Worms dont nous avons déjà parlé, l'observation de Reverchon et Worms (2) que les auteurs (Halphen) citent comme critérium de l'ozène, trouble trophique du ganglion nasal, sont d'évidents syndromes gassériens, les premiers bilatéraux, le second unilatéral. On y retrouve tous les caractères évolutifs de la symptomatologie gassérienne : troubles douloureux, anesthésiques et trophiques.

Les tumeurs cérébrales s'accompagnent de phénomènes de compression générale : céphalée, vomissements, somnolence, bradycardie, crises comitiales. Le syndrome gassérien peut les compliquer lorsqu'elles siègent à la base.

Plus important est le diagnostic étiologique.

En premier lieu, il faudra rechercher si le malade n'est pas atteint d'une *affection auriculaire*, puisque, comme Baldenweck (3) l'a bien montré, l'ostéite ou nécrose de la fovea trigemini, l'ostéite du canal carotidien, entraîne une réaction du côté du ganglion de Gasser, avec ou sans syndrome de Gradenigo. On pensera ensuite à la *syphilis*. A dé-

(1) Worms. Troubles de la muqueuse pituitaire dans les lésions irritatives et destructives du trijumeau, *Revue de laryngol., d'otolog. et de rhinol.*, 28 fév. 1922.

(2) Reverchon et Worms. Rhinite atrophique du type ozéneux, consécutive à une blessure de la région ptérygomaxillaire : syndrome sphénopalatin, *Revue d'otoneuro-oculistique*, janv. 1924.

(3) L. Baldenweck. L'ostéite de la pointe du rocher d'origine otique. *Ann. des mal. de l'oreille, du larynx*, etc., juillet 1909, t. II, p. 35-76.

faut d'antécédents admis par le malade ou imprimés sur son corps (cicatrices de chancre, collier de Vénus, cicatrices de gommes), il est bon de rechercher l'existence d'une céphalée à exacerbations vespérales, d'examiner les pupilles, de pratiquer la ponction lombaire, d'explorer les autres nerfs craniens et de faire enfin la réaction de Wassermann.

Lésions de l'oreille et syphilis éliminées, on devra songer au cancer et à des affections tout à fait exceptionnelles et tout aussi incurables (anévrisme de la carotide interne).

Le bon traitement dépendra souvent d'un bon diagnostic.

S'agit-il de phénomènes d'ostéite de la pointe du rocher, la conduite « est des plus délicates, dit Baldenweck, et n'est pas encore résolue ». Si tout se borne à la paralysie de la VIe paire avec simple ébauche du syndrome gassérien, on s'abstiendra. Les troubles s'aggravent-ils, le syndrome gassérien est-il très accusé, survient-il des symptômes méningés ou un début de thrombose du sinus caverneux, « alors la question se pose d'intervenir pour essayer de sauver le malade ». Baldenweck se déclare partisan de l'opération de MM. Quénu et Sebileau, « que l'on devra tenter pour libérer le ganglion de Gasser, l'extirper s'il y a lieu, et peut-être pour tenter un curage prudent de la pointe du rocher ».

Au cas de syphilis, on soumettra le sujet à un traitement mercuriel énergique, soit par voie cutanée (frictions), soit par injections surtout intraveineuse de sels solubles. L'iodure sera donné à hautes doses. Les arsénobenzènes et surtout le bismuth trouveront là d'excellentes indications.

Contre les douleurs de la névralgie faciale, devra-t-on tenter les injections d'alcool? Non, en règle générale. Comme nous l'avons dès longtemps montré, l'injection intranerveuse d'une névralgie faciale symptomatique n'a pas de raison d'être, particulièrement dans les syndromes gassériens où la cause algésiogène est trop haut située pour qu'il soit possible de détruire le nerf en amont. Même les injections profondes aux trous de la base du crâne, suivant la technique que nous avons indiquée avec Baudouin (1), dès 1906, n'arrivent pas à calmer les phénomènes douloureux.

Pourra-t-on alors essayer l'exérèse chirurgicale sur un néoplasme intéressant la région gassérienne? C'est une acte opératoire bien hasardeux, et, comme le dit très justement Verger, « la gassérectomie en pareil cas se heurterait à des difficultés considérables, et l'extension des lésions dans le voisinage exposerait, même en cas de succès opératoire, à un insuccès thérapeutique. La malade de Dercum, Keen et Spiller subit deux interventions sur la loge gassérienne sans aucun résultat ».

Reste la neurotomie rétrogassérienne. Si elle a été presque exclusivement tentée dans les formes de névralgie dite essentielle, on comprend qu'elle soit néanmoins recommandable au cas de névralgie symptomatique d'une lésion du ganglion de Gasser, inaccessible aux méthodes médicales, si les phénomènes douloureux s'exacerbent et rendent la vie intolérable au malade. Il ne faudra pourtant pas se presser d'opérer. On se rappellera que les douleurs ne sont en général pas durables, et qu'elles cèdent assez souvent, dès qu'apparaissent les troubles de la sensibilité objective.

(1) F. Lévy et A. Baudouin Traitement de la névralgie faciale par les injections profondes d'alcool. *Presse méd.*, 17 fév. 1906; — *Les névralgies et leur traitement.* Paris 1909, 1 vol. de la collection des « Actualités médicales », Baillière.

ÉTUDES CLINIQUES SUR

LES SIGNES PYRAMIDAUX

Par Joseph RUSSETZKI.

(Clinique des maladies nerveuses de l'Institut d'Etat de Kazan. Chef : Professeur A. W. Faworski.)

I. — Du territoire de réception du réflexe de Babinski et du réflexe pathologique de flexion des orteils. — Après avoir examiné un certain nombre de malades passés par la clinique, les uns avec des lésions de la capsule interne et les autres avec des lésions de la moelle épinière nous avons pu dégager une série de faits concernant le territoire de réception du réflexe de l'extension de l'orteil. Ce territoire est bien différent pour des lésions mentionnées.

80 p. 100 des cas de paraplégie inférieure spastique (spondylite, myélite, méningo-myélite, sclérose en plaque) ont pour zone réflexogène les segments L II — S II. Seulement 20 p. 100 n'ont pour zone réflexogène que les segments sacrés. Au contraire les lésions de la voie pyramidale au niveau de la capsule interne présentent dans 80 p. 100 des cas un territoire de réception étendue exclusivement aux segments sacrés. 20 p. 100 des cas d'hémiplégie ayant des symptômes thalamiques présentent un élargissement de la zone de réception sur toute la surface cutanée du corps. Un cas d'hémiplégie gauche présenta l'extension de l'orteil produite par un simple contact sur la muqueuse de la bouche, de l'anus, la commissure de l'œil, les cheveux et le pubis.

Ainsi, les hémiplégies cérébrales comparées avec les paraplégies spinales présentent une zone réflexogène beaucoup plus étroite, limitée aux segments sacrés, tandis que cette zone s'étend dans les paraplégies spinales à plusieurs segments situés plus haut. Il existe une exception pour des lésions thalamiques à excitabilité augmentée. Le degré de l'excitabilité en cas de paraplégies spinales diminue sur la surface du corps de bas en haut. Le point le plus excitable est la partie de la plante du pied, correspondant au segment S I, d'après le schéma de J. Déjerine. Très excitable est la surface cutanée externe de la jambe près du tendon d'Achille. Le segment S I est très variable dans ses points par la réaction motrice. On rencontre des cas où l'on produit l'extension de l'orteil par l'excitation de la surface cutanée externe du tendon d'Achille et du dos du pied et où l'on ne le produit pas par la plante.

Le réflexe pathologique de flexion des orteils (J. Babinski, Remak, etc.) est rencontré dans 25 p. 100 des cas examinés. On le trouve dans l'hémiplégie cérébrale plus souvent (30 p. 100) que dans la paraplégie spinale (20 p. 100). Le territoire de réception est différent pour les lésions cérébrales et celles de la moelle épinière. L'hémiplégie cérébrale offre un réflexe de flexion des orteils croisé avec un territoire de réception correspondant à la partie plantaire du segment S I de l'autre côté du corps. Dans des cas de paraplégie spinale on amenait une flexion des orteils de la part du territoire

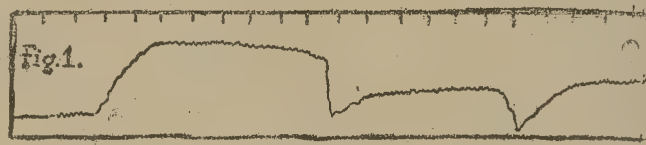
L II de la surface interne de la cuisse du même côté. Le réflexe de flexion croisé de l'hémiplégie est beaucoup plus constant que celui des paraplégies spinales. Ce réflexe se range parmi des réflexes croisés vrais et se différencie des réflexes pseudo-croisés examinés d'une manière détaillée par P. Hoffmann (1922). Ainsi nous pouvons discerner certains traits caractéristiques des réflexes cutanés supérieurs (cérébraux) de ceux des réflexes cutanés inférieurs (spinaux). On pourrait encore mentionner ce fait que dans des paraplégies spinales les réflexes dits de défense se rencontrent toujours avec un élargissement du territoire cutané de réception pour le réflexe d'extension de l'orteil. Dans tous les cas où l'on avait un réflexe de Schaeffer on a pu amener une extension de l'orteil et un racourcissement de la jambe par une excitation de la surface cutanée externe correspondant au tendon d'Achille. Et au contraire dans quelques cas où l'on produisait une extension des orteils par la méthode ci-dessus on n'a pas eu de réflexe par Schaeffer. Les observations concernant le réflexe d'Oppenheim fournissent à peu près les mêmes résultats. J. Babinski, K. Joshimura et d'autres ont déjà insisté sur ce point (1).

II. — Des composants du mouvement réflexe et du coefficient de l'excitabilité spinale. — Le mouvement réflexe qui suit le passage d'une aiguille sur la surface cutanée varie d'une simple extension du gros orteil à celle associée à une extension et abduction d'autres orteils, au raccourcissement de la jambe et au raccourcissement du bras.

En examinant ces composants du mouvement réflexe dans des cas de lésions cérébrales de la voie pyramidale et dans des cas de lésions spinales nous avons vu qu'ils se différencient beaucoup les uns des autres. Le réflexe plantaire dans l'hémiplégie cérébrale n'est accompagné par des mouvements associés de la jambe ou du bras que dans 10 p. 100 des cas. Au contraire le réflexe plantaire dans une moitié des cas de paraplégies spinales s'accompagne des mouvements de la jambe.

L'étude comparative des lésions de la voie pyramidale des différents étages du système nerveux s'approfondit par l'examen d'une excitation prolongée du réflexe de l'extension de l'orteil ou brièvement par l'étude du « Babinski-tetanus ». En excitant pendant un temps plus ou moins long (1-2 min.) la plante du pied par le frottement d'une aiguille ou d'une branche de marteau de percussion on reçoit un Babinski-tetanus qui a son caractère propre dans différentes lésions de la voie pyramidale. La durée du Babinski-tetanus dans nos cas était en moyenne de 21 sec. pour l'hémiplégie et de 1 min. 52 sec. pour la paraplégie. Ce premier Babinski-tetanus est suivi par la première période réfractaire dans laquelle l'extension des orteils disparaît. Cette période réfractaire est suivie pour sa part par le second Babinski-tetanus et ainsi de suite.

L'examen des relations existant entre le Babinski-tetanus et les périodes réfractaires dans des lésions diverses de la voie pyramidale fait voir qu'il en existe deux types principaux. Le premier groupe (I) réunit des cas avec une courte période réfractaire de 4-8 sec. en moyenne et un Babinski-tetanus souvent renouvelé. Le second groupe (II) réunit des cas où la période réfractaire apparaît bientôt et dure plus de 30 sec. La figure 1 présente le Babinski-tetanus dans un cas de paraplégie spinale spastique. Les ondulations de la courbe sont dues aux mouvements du frottement du pied. La figure 2 représente le Babinski-tetanus dans un cas d'hémiplégie cérébrale.





80 p. 100 des cas d'hémiplégie cérébrale répondent au deuxième groupe, seulement 20 p. 100 des cas présentant des symptômes thalamiques ou d'hyperréflectivité accusée répondent au premier groupe. Les paraplégies se réunissent dans le premier groupe en 80 p. 100 des cas. 20 p. 100 des paraplégies aux symptômes peu accusés répondent au deuxième groupe.

Les faits cités parlent de l'état d'excitabilité des cellules motrices des cornes antérieures de la moelle épinière, principalement des cellules du noyau du m. extenseur propre du gros orteil. Nous estimons qu'il y aurait utilité à avoir pour la caractéristique de cet état d'excitabilité spinale des moyens numériques de mensuration. C'est ainsi qu'on pourrait déterminer le coefficient de l'excitabilité spinale comme étant le résultat de la division du temps des Babinski-tetanus sur le temps des périodes réfractaires :

$$\text{Coefficient de l'excitabilité spinale} = \frac{\text{Babinski-tetanus}}{\text{Période réfractaire.}}$$

Dans des cas ordinaires nous prolongions l'observation pendant une minute en notant le temps des périodes. Dans des cas où le premier Babinski-tetanus dépassait une minute nous avons prolongé l'observation jusqu'à 30 sec. après la fin du premier Babinski-tetanus.

Dans des cas d'hémiplégie cérébrale le coefficient de l'excitabilité spinale était de 1/10 à 8/10 (en 80 p. 100 des cas), ne dépassant jamais une unité. Excepté les cas mentionnés où le coefficient était plus un. Les paraplégies spinales plus ou moins accusées (80 p. 100) avaient le coefficient de l'excitabilité spinale toujours plus une unité. Ainsi notre premier groupe est à coefficient moins un et le second à coefficient plus un.

III. — Des méthodes de sensibilisation du réflexe de Babinski et des relations réciproques des réflexes cutanés. — Un exemple des plus simples de sensibilisation du réflexe d'extension des orteils peut être un cas de paraplégie spinale (méningo-myélite) dans lequel on obtenait une extension de l'orteil par le passage d'une aiguille sur la surface cutanée externe du tendon d'Achille et on la retenait pendant tout le temps du passage de l'aiguille jusqu'au genou. Le passage d'une aiguille dans le sens opposé de haut en bas ne présentait de signe de Babinski qu'au tiers inférieur de la jambe. Le frottement d'une surface

(1) Je laisse de côté, faute de place, toute la littérature consacrée aux questions traitées.

cutanée pour la réception du Babinski-tetanus sensibilise en même temps les réflexes pyramidaux. Nous l'avons constaté : 1° par le fait d'apparition de l'extension de l'orteil dans des cas incertains; 2° par l'agrandissement du territoire réflexogène et 3° par le renforcement de la réaction motrice.

Nos cas étaient examinés toujours de la même manière. Après avoir fait paraître et disparaître le Babinski-tetanus on continuait le frottement de la plante du pied et on y ajoutait un excitant nouveau en faisant passer une aiguille sur une surface déterminée. Dans les trois quarts des cas n'ayant pas de signe de Babinski nous l'avons amené par ce procédé de sensibilisation. Dans tous les cas présentant un signe de Babinski peu prononcé nous l'avons renforcé d'une manière tout à fait suffisante. L'accroissement du territoire de réception se passait ou dans le même segment spinal ou occupait encore des segments situés plus haut au nombre de un à cinq. Cela fut remarqué dans la plupart des cas de paraplégie et dans quelques cas d'hémiplégie. Enfin le réaction motrice était accrue pendant la sensibilisation : on amenait une extension de l'orteil bien accusée, signe de l'éventail, un raccourcisement de la jambe. Dans un cas de paraplégie inférieure (sclérose en plaques) on a eu après une sensibilisation de la plante droite un clonus de pied droit initial, pendant 2-3 sec. (en même temps que le Babinski-tetanus droit), suivi d'un mouvement lent de flexion et d'extension du genou et à partir de la deuxième minute un clonus de rotule pendant le temps d'extension du genou. Les réflexes dits de défense (P. Marie-Foix, Schäffer, Gordon) apparaissaient ou devenaient plus accusés après une sensibilisation dans des cas d'hémiplégie et de paraplégie.

On a pratiqué « le transfert des sensibilisateurs ». Par exemple dans un cas d'hémiplégie droite après avoir fait une sensibilisation de la plante on y ajoutait une sensibilisation sur la ligne externe du tendon d'Achille (cet endroit était du territoire de réception dans ce cas), en cessant peu à peu la première. Après ce « transfert » on a pu amener une extension de l'orteil par adjonction à la deuxième sensibilisation d'une nouvelle excitation cutanée appliquée à la ligne interne du tendon d'Achille (endroit n'étant pas réflexogène avant sensibilisation). Les résultats du « transfert » (deuxième sensibilisation) sont moins démonstratifs qu'après une sensibilisation de la plante.

On a éprouvé d'autres moyens de sensibilisation des réflexes pyramidaux. Le passage du courant galvanique de 10 milli-ampères, avec une inversion des pôles, dix fois de suite, électrodes sur plantes. Dans des cas où les réflexes pyramidaux étaient insuffisamment différenciés on observait une extension de l'orteil après une sensibilisation galvanique et le passage d'une aiguille sur plante, mais pas si fréquemment qu'après une sensibilisation par frottement. Quelquefois on notait une augmentation de la période de Babinski-tetanus (2-3 fois). L'agrandissement du territoire de réception était fort rare. V. Néri (1924) a proposé une autre méthode. On a essayé encore la faradisation avec peu de succès. La vibration des membres (vibration électrique sur le pied, la rotule etc.) n'augmentait par les réflexes pyramidaux.

La meilleure méthode de sensibilisation d'après nos recherches était une sensibilisation combinée par frottement prolongé et par un passage du courant galvanique. En y ajoutant la troisième excitation consistant dans le passage ordinaire d'une aiguille sur une surface cutanée nous avons constaté un renforcement certain des signes de perturbation de la voie pyramidale.

La sensibilisation double, l'adjonction à la sensibilisation durable d'une excitation courte, tous ces procédés nous amènent à l'étude des relations réciproques existant entre réflexes cutanés supérieurs (cérébraux) et réflexes cutanés inférieurs (médullaires). On a déjà étudié le passage du réflexe à extension en réflexe à flexion (Ozorio de Almeida etc.). D'après J. Babinski le réflexe plantaire normal peut être parfois masqué. Bien souvent nous voyons la flexion des orteils faisant place à une extension après 3-5 passages d'une aiguille. Le problème du sens opposé, la conversion du réflexe plantaire « normal » ou indifférent en un réflexe d'extension est déjà démontré par les faits indiqués. Mentionnons encore l'exemple d'une hémiplégie gauche avec généralisation du territoire de réception pour le réflexe de Babinski à l'exception de la plante droite qui présentait toujours une flexion des orteils du pied gauche. Pendant un passage du courant galvanique (d'après la méthode indiquée) l'excitation de la plante droite donnait une extension gauche. Nous avons reçu de la sorte une généralisation totale du territoire de réception pour le réflexe cutané inférieur.

Bien compréhensible était l'étude ultérieure concernant des effets d'une application simultanée de deux excitations à réaction motrice du sens opposé. Comme exemple peut être le cas cité de l'hémiplégie gauche au territoire cutané généralisé à l'extension gauche qui présentait un réflexe croisé de flexion de droite à gauche. Une excitation courte ou sensibilisation prolongée de la plante faite simultanément de deux côtés donnèrent un réflexe de Babinski gauche et flexion droite. La sensibilisation de la plante droite et l'excitation courte à gauche donnèrent une extension à gauche, fait qui s'explique par l'hyperfonctionnement des cellules du noyau du m. extenseur propre du gros orteil. La sensibilisation gauche et l'excitation courte à droite présentèrent au moment de la deuxième excitation une flexion gauche. On a constaté l'apparition de cette flexion gauche pendant toute la période du Babinski-tetanus à partir du commencement où il est le plus accusé. Le réflexe cutané plantaire partant du segment S I — L V du côté opposé avait ainsi un caractère constant de prévaloir entre d'autres réflexes. Mais la sensibilisation ultérieure droite donnait immédiatement après une extension du gros orteil gauche. Le pied droit présentait des territoires différents pour le réflexe croisé : la plante pour flexion et le dos pour extension des orteils gauches. Une excitation légère simultanée en ces deux endroits présenta une flexion gauche, une excitation plus forte présenta assez souvent une extension à gauche. C'est à une véritable « bataille des réflexes » que nous assistions là.

Les principales positions utilisées en radiographie (technique, indications résultats), par L. DELHERM et MOREL-KAHN. In-8, 252 pages, 134 figures hors texte. — Prix : 25 fr. — Paris, N. Maloine,

Opothérapie endocrinienne. Les bases physiologiques, les syndromes, la posologie et l'opothérapie par les glandes à sécrétions internes, par le docteur GUY LAROCHE, médecin des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 256 pages avec 17 figures. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE DES THÈSES

La transmission de la syphilis héréditaire. La prophylaxie individuelle et sociale (1), par le docteur J. DAYRAS.

Ce très intéressant travail débute par une observation précise de syphilis paternelle bien soignée, considérée comme guérie, ayant entraîné une syphilis par conception avec réactivation de la syphilis héréditaire par un traitement insuffisant de la mère pendant sa grossesse. A ce propos l'auteur expose et discute le problème de la transmission de la syphilis héréditaire. Il conclut qu'elle n'existe pas et qu'il n'existe que des syphilis congénitales, l'infection de la mère, souvent latente, existant toujours. Quant au problème de la syphilis et du mariage, le traitement du mari ne suffit pas à le résoudre. La clef de voûte de la prophylaxie de la syphilis congénitale reste le traitement de la mère pendant la grossesse ; mais ce traitement doit être précoce et intensif, sinon on risque de réactiver la maladie et de causer la mort du fœtus.

La lutte contre l'hérédo-syphilis doit être entreprise en clientèle par la vulgarisation des notions précédentes, à l'hôpital par des consultations spéciales annexées aux maternités et aux services d'enfants, et enfin et surtout par les dispensaires de quartier. Cette prophylaxie est de la première importance pous la protection de la famille et la repopulation du pays.

M. LANCE.

Contribution à l'étude du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire (2), par le docteur S. T. CURTIL, médecin colonial.

Dans un travail très documenté, le docteur Curtil apporte les résultats obtenus dans le service du docteur Dufour, à l'hôpital Broussais, dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iodo-benzométhyl-formine (iodaseptine).

L'iode doit être considéré comme un des moyens thérapeutiques les plus puissants dans la lutte contre la tuberculose pulmonaire. Toutefois, sa forme et son mode d'administration en commandent l'action.

Les iodures sont trop congestionnants et la teinture d'iode, qui, pour être plus efficace, doit être employée à doses élevées (Boudreau) donne fréquemment des accidents.

On doit donc recourir à des composés iodés dont l'iodobenzométhyl-formine est un des mieux tolérés et des plus actifs. Il a l'avantage de se présenter sous forme de solution injectable. Les injections se font intraveineuse ou intramusculaires. Elles ne donnent jamais de phénomènes de choc, ni d'iodisme, ce qui permet de respecter l'estomac si précieux des tuberculeux.

On emploie une solution au dixième d'iodaseptine et on injecte d'abord des doses faibles, soit 2 centimètres cubes par vingt-quatre heures, pour atteindre 5 centimètres cubes. Les injections sont pratiquées en séries de vingt jours, séparées par un repos de quinze jours ou plus, suivant les cas.

Cette thérapeutique doit être réservée aux malades ne présentant pas de fièvre à grandes oscillations, aux tuberculeux au début à lésions peu évolutives, aux tuberculeux à la première période et même à la seconde période. Dans la tuberculose fébrile, on injectera, non plus l'iodaseptine, mais son dérivé (bi-urotropine-iodo-benzométhylée) [Hamant et Méry] à la dose de 4 centimètres cubes par jour. On la remplacera par l'iodaseptine dès que la température sera au-dessous de 38 degrés.

Selon le mot de Jacquerod, pour obtenir des résultats tangibles, « il faut avant tout s'y prendre à temps, il faut en outre y mettre le temps ». Deux ordres de faits traduisent l'amélioration du tuberculeux : l'augmentation du poids, la disparition des bacilles dans les crachats. Ces deux résultats sont rapidement obtenus avec le traitement à l'iodaseptine ; on voit en même temps l'état général s'améliorer alors que le malade peut reprendre ses occupations.

Enfin, le traitement par l'iodaseptine ne contre-indique pas une thérapeutique associée : M. Dufour conseille souvent les pilules de Dioscoride, alternant avec l'iodaseptine. Une malade dont M. Curtil cite l'observation fut traitée par l'iodaseptine et par un pneumothorax : elle supporta dix-huit insufflations.

Le travail se termine par onze observations très complètes dans lesquelles les faits sont contrôlés par le laboratoire et la radioscopie : elles sont précisées par les courbes de température et d'élimination des crachats.

C'est une excellente mise au point du traitement iodé de la tuberculose pulmonaire qui vient à son heure pour le spécialiste comme pour le praticien.

Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire (1), par le docteur Jean CAUSSIMON, interne des hôpitaux, préparateur du laboratoire de pathologie et thérapeutique générales à la Faculté, lauréat de la Faculté et des hôpitaux.

Conclusions. — L'examen des malades montre l'importance des fièvres menstruelles dans l'évolution et le pronostic de la tuberculose pulmonaire. Il n'était pas inutile de consacrer à ce phénomène une étude d'ensemble qui nous conduit aux conclusions suivantes :

I. Chez la femme normale, la menstruation peut s'accompagner d'une modification de la température centrale schématisée de la façon suivante :

1° Hyperthermie prémenstruelle progressive ou en clocher ;
2° Hypothermie pendant l'écoulement.

II. Chez les tuberculeuses pulmonaires, on peut observer :

1° Soit l'exagération du type de réaction précédente (réaction thermique du type normal amplifié) ;
2° Soit la fièvre pendant l'écoulement (réaction anormale).

III. La réaction anormale se présente sous les formes suivantes :

1° Augmentation de l'amplitude des oscillations thermiques pendant les règles (type fréquent) ;
2° Hyperthermie en clocher vers le milieu de l'écoulement ;
3° Elévation du niveau moyen de la température pendant l'écoulement.

IV. Chez les tuberculeuses, l'aménorrhée peut être « active » ou « silencieuse ». La température se comporte différemment dans les deux cas :

1° Aménorrhée active : Molimen subjectif très net accompagné de fièvre ;
2° Aménorrhée silencieuse : A la date présumée des règles, aucun molimen ; aucune variation de température.

V. Quand la maladie s'aggrave, les dernières règles précédant une période d'aménorrhée se font avec réaction thermique de type anormal.

Quand le pronostic s'améliore, les règles de « retour » qui clôturent une période d'aménorrhée se font avec une courbe thermique de type normal amplifié.

VI. L'irrégularité des périodes, leur durée, leur rareté, leur fréquence, n'ont qu'une influence secondaire sur la forme de la courbe thermique menstruelle.

VII. La forme des réactions thermiques menstruelles paraît étroitement liée à la nature évolutive des lésions ;

1° Lésion stabilisée, non évolutive, soit spontanément, soit après pneumothorax : réaction menstruelle du type normal ;
2° Lésion évolutive, hyperthermie pendant l'écoulement.

VIII. La fièvre menstruelle peut être complétée par une réaction thermique dite « consécutive » (post-menstruelle).

Il s'agit d'une véritable poussée évolutive, à déterminations soit pulmonaires, soit extrapulmonaires et de pronostic toujours réservé.

IX. Ces réactions thermiques semblent bien spéciales à la tuberculose pulmonaire.

Elles se produisent en dehors de toute lésion génitale apparente.

Les lésions ovariennes minimes dont on peut soupçonner

(1) *Th. de Paris*, 1925, Louis Arnette, éd.
(2) *Th. de Paris*, juillet 1925, 7 planches. — Paris, Maloine.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1925. — Bordeaux, Imprimerie de l'Université.

l'existence ne paraissent jouer qu'un rôle effacé dans l'apparition et la forme de ces réactions thermiques.

Il en est de même des circonstances de la vie génitale (multiparité) et des influences extérieures (lunaison).

X. L'expérience semble montrer que pendant la période menstruelle le sérum sanguin peut contenir, suivant les cas, un principe capable soit d'abaisser la température, soit de l'élever.

XI. Ces réactions thermiques peuvent s'expliquer à la fois par des actions toxiques, vaso-motrices, nerveuses et endocriniennes.

Nous croyons pouvoir proposer les schémas suivants :

1° Chez la femme saine : *a*. Période prémenstruelle. Maturation progressive du corps jaune; vaso-dilatation générale splanchnique; hyperthyroïdie de plus en plus accusée : augmentation légère de la température.

b. Au moment de l'écoulement. Maturité du corps jaune qui sécrète à plein. Hémorragie menstruelle; vaso-constriction pulmonaire réflexe; hypertension artérielle brusque, suivie d'hypotension; hypothyroïdie : abaissement de la température;

c. Pendant l'écoulement, les phénomènes précédents atteignent leur maximum; vaso-constriction générale progressive; dégénérescence du corps jaune; ascension progressive de la tension artérielle : retour de la température à la normale.

2° Tuberculose pulmonaire a bon pronostic : mêmes phénomènes que précédemment, mais beaucoup plus accusés.

3° Tuberculose pulmonaire a pronostic réservé (réaction thermique cataméniale de type anormal) : la fièvre prémenstruelle prend une intensité inaccoutumée. Que l'hémorragie apparaisse ou soit absente (aménorrhée active), les réactions vaso-motrices sont les mêmes que précédemment. On peut admettre soit une sécrétion exagérée et persistante du corps jaune dont la dégénérescence se fait mal ou tardivement, soit une élimination incomplète des produits glandulaires. Excitation anormale de la thyroïde : élévation progressive de la température.

XII. On peut supposer l'existence d'une bacillémie d'intensité variable à l'occasion de la menstruation fébrile.

Cette hypothèse paraît s'appuyer sur des arguments cliniques, anatomo-pathologiques, physiologiques.

XIII. On peut mettre cette bacillémie en évidence par l'examen direct et par l'inoculation au cobaye du sang circulant :

1° Rarement à la fin de la fièvre prémenstruelle;

2° Quelquefois pendant la menstruation fébrile, et surtout au deuxième et au troisième jours des règles;

3° Jamais pendant et après l'hypothermie menstruelle.

XIV. La menstruation est donc, pour les tuberculeuses pulmonaires, une épreuve dont elles sortent indemnes si le pronostic de leurs lésions est bon, dont elles sortent affaiblies si leurs lésions sont mal enkystées ou évolutives.

Il peut exister dans ce cas une bacillémie fugace plus ou moins discrète qui peut être responsable de nouveaux ensemencements soit pulmonaires, soit à distance.

LIVRES NOUVEAUX

La Catalyse et ses applications (1), par Kopaczewski.

La catalyse tient une place de plus en plus importante dans les réactions que manifeste la matière vivante et il devenait dès lors nécessaire de mettre cette question au point. Pour remplir cette tâche difficile, nul n'est plus compétent que M. Kopaczewski qui, à la fois physicien et médecin, a déjà publié des livres remarquables sur les colloïdes. Ceux-ci sont, en effet, des catalyseurs, c'est-à-dire des corps dont la présence augmente la vitesse des réactions naturelles, sans qu'eux-mêmes semblent directement y participer.

Toutefois, dans l'exposé très complet qu'il donne de l'état actuel de nos connaissances relatives à la catalyse, l'auteur montre que la définition précédente n'est pas rigoureusement exacte, attendu que, dans certains cas bien connus, les catalyseurs peuvent subir, au cours des réactions, des modifications passagères physiques et chimiques. En prenant part à ces réactions, les catalyseurs sont capables de déplacer l'équilibre chimique des opérations en cours et de changer le sens de la réaction. On est ainsi amené à la notion de catalyse négative, d'autocatalyse, d'inhibition, d'activation et de protection de la catalyse. Toutes ces données trouvent leur application dans l'explication que nous cherchons des phénomènes biologiques, tant normaux que pathologiques, et des propriétés pharmacodynamiques de certaines substances. Ainsi se trouve nettement établi, et sous un jour nouveau, le problème du *choc* en général et de ses conséquences, et ramenée à sa signification véritable l'action des colloïdes thérapeutiques. Le médecin a le plus grand intérêt à se familiariser avec ces questions, qu'il connaît fort mal d'ordinaire, parce qu'elles occupent en pathologie une place presque prépondérante, et il trouvera, dans le travail de M. Kopaczewski, toutes les indications dont il peut avoir besoin.

C'est aux applications de la catalyse dans les industries modernes qu'est consacrée la dernière partie de ce petit livre; elles attirent évidemment beaucoup moins l'attention du corps médical; elles sont pourtant utiles à connaître et peut-être les confrères ne seront-ils pas fâchés d'apprendre, par exemple, comment opèrent les industries de fermentation dont ils ont souvent à déterminer l'effet des produits qu'elles livrent à leur clientèle.

Une très riche documentation, des exemples bien choisis, une méthode rigoureuse d'exposition rendent ce travail particulièrement accessible et précieux. J. L.

(1) In-8. — Paris, Vigot.

Nouvelle anatomie artistique : IV. Cours supérieur [*suite*]. *Le Nu dans l'Art. Egypte, Chaldée, Assyrie* (1).

Notre éminent confrère et ami le docteur Paul Richer vient de réunir en un beau volume les documents précieux qui ont fait l'objet de son enseignement de l'anatomie artistique à l'Ecole des Beaux-Arts pendant les vingt années qui viennent de s'écouler. Comme il l'indique dans la préface, « ce livre n'est pas une histoire des Beaux-Arts et les leçons consacrées à l'histoire du « Nu » dans l'art n'avaient d'autre but que de fortifier les notions puisées dans l'étude du modèle, en montrant aux élèves comment les artistes, leurs devanciers, avaient reproduit aux diverses époques ces mêmes formes qui venaient de leur être exposées. »

Si le beau livre de M. Richer est destiné aux artistes il ne peut manquer d'intéresser aussi au plus haut point les médecins.

Il est inutile de rappeler les travaux de M. Richer sur la pathologie dans l'art. Son livre sur les *Démoniaques dans l'art* écrit en collaboration avec Charcot, son ouvrage sur *l'Art et la Médecine* ouvrirent une « voie nouvelle féconde en résultats imprévus ». Dans son nouvel ouvrage l'auteur ne s'occupe plus des difformes et des malades, il traite des formes normales et rien ne saurait être plus intéressant pour le médecin. C'est l'étude de l'antiquité classique, de l'art égyptien, l'art chaldéen et l'art assyrien qui fait l'objet de ce volume. Plus tard viendront l'art grec, l'art chrétien, l'art médiéval, la Renaissance et les temps modernes.

C'est dire la tâche énorme entreprise par notre éminent confrère qui une fois de plus aura bien servi la cause de l'Art et de la Science. F. L. S.

Microscopie de l'œil vivant, Diagnostic précoce et séméiologie des affections du segment antérieur de l'œil (2), par F. Koby (de Bâle).

La plupart des travaux sur la microscopie de l'œil vivant sont écrits en langue étrangère; ils sont donc peu accessibles à la plupart des ophtalmologistes de langue française.

Le docteur Koby condense, à leur usage, les connaissances

(1) Un vol. in-8 orné de 540 figures ou dessins originaux par le docteur Paul Richer, membre de l'Institut, membre de l'Académie de médecine. Paris, Plon Nourrit.

(2) Un vol. in-8. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

acquises dans ce domaine et le résultat de travaux personnels.

L'ouvrage se termine par 12 pages de bibliographie se rapportant à chacune des parties de l'œil; par une table analytique et une table alphabétique des matières. L. G.

Les Rayons ultra-violets en thérapeutique (1), par le docteur Jean Saidman.

L'actinothérapie a pris en France une grande extension depuis deux ans. Il n'est pas rare de voir des malades demander un traitement par les rayons ultra-violets à des médecins qui en ignorent les indications. Quand faut-il conseiller l'emploi de ces rayons? Que peut-on en attendre? Comment agissent-ils? Voici des questions auxquelles il était malaisé de répondre jusqu'ici.

Le livre du docteur Saidman appporte la solution avec une mise au point parfaitement claire et complète de la question.

L'ouvrage se compose de trois parties : 1° le *livre technique* avec la description de 60 lampes et des dispositifs nouveaux : 2° *le livre physiologique*; 3° *le livre thérapeutique*.

Trois répertoires alphabétiques permettent de retrouver facilement les lampes décrites (60), les maladies et symptômes traités (250). Un index bibliographique contient les noms des 715 auteurs cités.

Beau livre et bon livre qui arrive à son heure et est assuré d'un grand succès. L. G.

Théorie colloïdale de la vie et de la maladie (2), par M. Auguste Lumière.

Depuis la publication de ses derniers ouvrages sur le *Rôle des colloïdes chez les êtres vivants*, la *Théorie colloïdale de la biologie et de la pathologie* et le *Problème de l'anaphylaxie*, des investigations récentes ont permis à M. Lumière d'apporter de nouvelles contributions à ses conceptions relatives au rapport de l'état colloïdal avec la vie et la maladie. Notamment en ce qui concerne la notion de l'immunité du germe micellaire.

Ce sont ces recherches qui font l'objet de l'opuscule publié aujourd'hui par le savant lyonnais : il met en évidence cette notion « que l'état colloïdal conditionne la vie et que la floculation des colloïdes humoraux et cellulaires détermine la maladie et la mort ». L. G.

Le bactériophage de d'Hérelle (3), par le docteur Paul Hauduroy. Préface du professeur Fernand Bezançon.

Il y a huit ans d'Hérelle publiait à l'Académie des sciences de Paris une premiers note sur le phénomène si particulier de lyse des bactéries qu'il avait découvert, phénomène produit par un principe auquel il donnait le nom de bactériophage. La question était passionnante. Dans tous les pays du monde, on se mit à l'étudier et elle a pris peu à peu une ampleur considérable.

L'auteur a résumé dans ce livre tout ce qui a été fait jusqu'à présent. Il a réuni les faits épars dans des notes ou mémoires multiples et les a groupés. Après avoir fait l'historique de la question, il décrit avec beaucoup de détails le phénomène de d'Hérelle et les propriétés du bactériophage. Il discute ensuite la nature du principe lytique, question qui a soulevé des discussions passionnées et prend nettement parti pour la théorie qui en fait un ultra-virus. Les applications thérapeutiques forment un chapitre important. Les divers maladies animales ou humaines traitées avec le bactériophage sont passées en revue et pour quelques-unes d'entre elles l'auteur apporte des observations personnelles.

La technique de maniement du principe lytique est minutieusement étudiée. Tous ceux qui voudront s'occuper de cette question trouveront là les détails qui leur éviteront des échecs et des déboires.

Dans un dernier chapitre enfin, l'auteur montre toute l'importance du phénomènes découvert par d'Hérelle. Celui-ci intéresse non seulement le médecin par les nouvelles méthodes thérapeutiques, mais aussi le biologiste. On touche en effet avec le bactériophage aux limites inférieures de la vie, à des formes de la matière vivante qui échappent à nos yeux, que nous connaissons mal et dont l'étude offre par là même le plus grand intérêt.

Le professeur F. Bezançon a écrit pour ce livre une préface dans laquelle il insiste sur la nouveauté du phénomène et sur toutes les questions passionnantes qu'il soulève. L. G.

L'amour et la morale. Essai d'interprétation physiologique de la pensée humaine (1), par Jacques Fischer. Préface du docteur Stéphen Chauvet.

La formation de la pensée humaine a toujours été peu et mal étudiée tant par les psychologues que par les biologistes Nous sommes pourtant fondés à considérer cette pensée comme une opération biochimique comparable à la digestion ou à la respiration. Le travail de M. Jacques Fischer condense et synthétise les données actuelles chimiques et médicales, et particulièrement ce qui concerne les actions électrochimiques des colloïdes et des lipoïdes. Il tente de fournir une explication physiologique plausible de la formation de la pensée, dégagée de toute métaphysique. La relativité biologique complète ainsi la relativité mathématique : la pensée est une énergie qui se dégrade, une énergie en marche, comme tous les autres phénomènes du dynamisme universel.

L'exemple choisi pour illustrer cette théorie est celui de la naissance et du développement chez l'homme de la pensée d'amour. Ses origines physiologiques trop négligées sont soigneusement recherchées, ainsi que les raisons biochimiques probables de sa formation. Des conséquences inattendues en résultent, jetant un jour nouveau sur la morale sexuelle, ses transformations et son avenir. La doctrine biochimique nous oblige à une dissociation extrême de nos pensées, et à une vérification expérimentale impitoyable de leurs parties constitutives. Ceci nous amène à une vision plus nette de ces phénomènes de sexualité, causes de nos psychoses, de nos folies plus ou moins dissimulées et de nos infantilismes de pensées. Nous pouvons ainsi préciser et critiquer certaines visions de Freud entrevoir peut-être les possibilités d'une thérapeutique de l'idée d'amour, et tout au moins saisir dès maintenant les moyens certains d'amélioration et de transformation des pensées sexuelles viciées ou exaspérées. L. G.

Annuaire général 1925 des officiers du Service de santé (2).

Cet annuaire qui vient de paraître comprend, pour tous les grades, les listes d'ancienneté complètes, à jour au 1er août 1925, l'état civil, la suite des services et l'affectation de tous les officiers du cadre actif du Service de santé militaire : médecins, pharmaciens, officiers d'administration. Il donne les mêmes renseignements pour les adjudants-chefs et les adjudants-infirmiers et renferme la liste des élèves de l'Ecole du Service de santé.

Le détail des radiations survenues pendant l'année écoulée, la répartition des médecins pharmaciens et officiers d'administration entre les régions, enfin le tableau d'avancement et les tableaux de concours de la Légion d'honneur et de la médaille militaire, pour 1925, achèvent de rendre ce document indispensable à tout le personnel du Service de santé. L. G.

La tuberculose, comment la reconnaître, l'éviter, la traiter (3), par le docteur Duchamp (de Marseille).

Ouvrage de vulgarisation qui n'a pas d'autre prétention que d'être un exposé court et substantiel « de ce qu'il faut savoir ». Le public pourra y puiser de saines connaissances, le médecin — dans le chapitre du diagnostic — d'utiles directives pour établir des diagnostics précoces. L. G.

(1) Un vol. in-8 avec 114 figures dans le texte et 80 spectres hors texte. — Prix : 65 fr. — Paris, G. Doin.
(2) Une brochure in-8. — Lyon 1925, Imprimerie Léon Sézanne, 75 rue de la Buire.
(3) Un vol. in-8, 212 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, 1925, Le François.

(1) Un vol. in-8 de la Bibliothèque scientifique. Prix : 12 fr. — Paris, Payot, 106, boulevard Saint-Germain.
(2) Un vol. in-8 de 462 pages. — Prix franco : broché, 11 fr.; retré, 13 fr. 50. — Paris, Ch. Lavauzelle et Cie.
(3) Prix : 6 fr. — Paris, Jouve et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

VAISSEAUX DE L'ESTOMAC

DÉFINITION

Les artères de l'estomac proviennent du tronc cœliaque, les veines sont tributaires de la veine porte, les lymphatiques suivent un trajet satellite.

EMBRYOLOGIE

Disposition primitive. — L'estomac est vertical dans le méso-hépato-dorsal. Ses artères forment *deux cercles verticaux concentriques*, à savoir :

L'*hépatique supérieure* qui passe à droite du cardia allant jusqu'au foie (hépatique temporaire), détachant un rameau antérieur descendant, la coronaire stomachique.

La *splénique* s'arrête au bord postérieur donnant en haut des rameaux, futurs vaisseaux courts, en bas d'autres, futurs gastro-épiploïque gauche.

L'*hépatique* passant à droite du pylore donne le long du bord postérieur la future gastro-épiploïque droite et le long du bord antérieur la future pylorique, tous deux rameaux ascendants.

Ainsi existe un grand cercle antérieur, un petit cercle postérieur.

Bientôt se creuse à droite la *cavité hépato-entérique*.

ROTATION. — Deux rotations se produisent :

1° *L'une selon un axe vertical.* — Dans l'aire du grand cercle la cavité hépato-entérique pousse une soufflure, qui forme l'*arrière-cavité des épiploons* et entraîne vers la gauche avec le mésogastre postérieur la *splénique*;

2° *L'autre selon un axe sagittal.* — Et le grand cercle devient *cercle de la petite courbure*, le petit cercle, *cercle de la grande courbure*.

AINSI EST ATTEINTE LA DISPOSITION DE L'ADULTE. — Avec ses deux réseaux artériels répondant aux deux parties de l'estomac :

Le premier formé par les *cercles artériels* pour la *partie mobile* de l'estomac, corps et pylore ;

Le second formé par les *vaisseaux courts* pour la *partie fixe* de l'estomac, la grosse tubérosité, le fondus.

ARTÈRES

Ainsi donc les *artères de la petite courbure* sont la coronaire stomachique et la pylorique;

Les *artères de la grande courbure* sont les deux gastro-épiploïques droite et gauche;

Les *artères de la grosse tubérosité* les vaisseaux courts.

I. PETIT CERCLE ARTÉRIEL. — Le petit cercle artériel est formé par la coronaire stomachique et la pylorique.

La coronaire stomachique. — ORIGINE. — Branche collatérale du tronc cœliaque, exceptionnellement terminale, elle naît du bord supérieur du tronc à 1 centimètre de son origine.

TRAJET DIRECTION. — Elle présente :

Un *segment ascendant pariétal fixe*, oblique en haut et à gauche;

Un *segment intraligamentaire mobile*, courbe à concavité inférieure;

Un *segment viscéral*, oblique en bas et à droite.

TERMINAISON. — Elle se bifurque le long de la petite courbure, et s'anastomose par inosculation avec deux branches identiques de la pylorique.

CALIBRE. — Son calibre est de 2 à 4 millimètres.

RAPPORTS. — 1° **Portion pariétale.** — EN ARRIÈRE. — C'est le tronc cœliaque, l'aorte, le pilier gauche du diaphragme.

EN AVANT. — Le péritoine pariétal postérieur.

AVEC ELLE. — Quelques branches du plexus solaire et des ganglions lymphatiques.

2° **Portion intraligamentaire.** — C'est la *faux de la coronaire stomachique*, ligament profond de l'estomac, triangulaire à base inférieure, oblique en bas et à droite qui contient l'artère près de son bord libre en rapport avec la veine coronaire stomachique et des ganglions.

3° **Portion viscérale.** — Elle aborde la petite courbure à l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs.

BRANCHES TERMINALES. — Elle se bifurque en deux branches l'une antérieure, l'autre postérieure, le long de la petite courbure.

BRANCHES COLLATÉRALES. — C'est dans la faux qu'elle donne des rameaux collatéraux.

Des rameaux œsophagiens, pour la face postérieure.

Des rameaux pour le cardia, se dirigeant vers l'angle cardio-tubérositaire.

Des rameaux pour la grosse tubérosité, la *tubérositaire antérieure*.

Des rameaux épiploïques et ganglionnaires.

Une branche hépatique inconstante.

La pylorique. — ORIGINE. — Branche de l'hépatique propre, elle naît du bord gauche de cette artère *haut dans le petit épiploon*.

TRAJET DIRECTION. — Elle présente :

Un segment descendant fixe, dans le petit épiploon.

Un segment transversal mobile ou fixe le long du canal pylorique.

TERMINAISON. — Elle se termine en s'anastomosant à la coronaire stomachique.

CALIBRE de un à deux millimètres.

RAPPORTS. — 1° VERTICALE. — Elle se trouve dans le bord libre du ligament duodéno-hépatique, accolée à l'artère hépatique, à gauche de la veine porte.

2° HORIZONTALE. — Elle gagne le pylore au-dessus de l'hépatique commune et de la gastro-duodénale.

Branches terminales. — Deux branches antérieure et postérieure.

Branche collatérale. — Une seule, un rameau grêle pour le duodénum.

Le petit cercle est donc formé par les DEUX RAMEAUX antérieur et postérieur de la coronaire stomachique et de la pylorique. Ils *descendent à ras* de l'estomac. *Il faut charger la paroi de l'organe pour les lier.* Si l'estomac est vide les deux rameaux sont accolés, s'il est plein les deux rameaux sont écartés.

L'anastomose se fait à plein canal pour les deux rameaux ou plus souvent pour les *branches susgastriques* seulement, *les branches prégastriques* se divisant sans s'anastomoser.

Le petit cercle donne des *rameaux gastriques* qui au nombre de vingt à trente se détachent à angle droit suivant *le mode pectiné*, les rameaux extrêmes se distribuent au cardia et au pylore.

II. GRAND CERCLE ARTÉRIEL. — La gastro-épiploïque droite. — ORIGINE. — Branche terminale de la gastro-duodénale avec la pancréatico-duodénale inférieure droite qui continue la direction de la gastro-duodénale.

TRAJET DIRECTION. — *Oblique en bas et à gauche* rétro-duodénale, elle décrit ensuite une *courbe à concavité supérieure gauche* dans le grand épiploon.

TERMINAISON. — Elle s'anastomose à plein canal avec la gastro-épiploïque gauche le long du vestibule pylorique.

RAPPORTS. — 1° **Portion rétro-duodénale.** — Elle répond :

En avant à la portion mobile du duodénum :

En arrière à la tête du pancréas;

En dedans à la bourse épiploïque fermée par la ligne de la gastro-duodénale.

2° **Portion sous-gastrique.** — Elle se trouve entre les deux feuillets du graud épiploon au dessous de la grande courbure.

(A suivre.)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

L'urologie en clientèle, par M. Le Fur. In-8. — Prix : 30 fr. — Paris, Norbert Maloine.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION 49, rue St-André-des-Arts, PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT : FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr. BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr. Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX sont ouverts tous les jours, DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H. TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Grenoble. — Des concours seront ouverts :

Le 5 octobre 1925 pour la nomination de deux internes titulaires et de deux internes provisoires en pharmacie.

Le 12 octobre pour la nomination de quatre internes titulaires et de quatre internes provisoires en médecine et chirurgie.

Le 15 octobre 1925 pour la nomination de onze externes titulaires et de quatre externes provisoires.

Pour tous renseignements, s'adresser au Secrétariat des hôpitaux avant le 25 septembre 1925.

— Strasbourg. — A partir de 1925, le concours pour l'internat des hôpitaux de Strasbourg sera ouvert aux étudiants de toutes les Facultés de France ayant passé leur quatrième examen de fin d'année.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Nantes. — M. Mirallié, professeur, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 1er juin 1925.

Poitiers. — M. Perdoux, professeur suppléant, est nommé, à partir du 1er novembre 1925, professeur de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Chrétien, appelé à d'autres fonctions.

M. Veluet, professeur suppléant, est nommé, à partir du 1er novembre 1925, professeur d'histologie, en remplacement de M. Petit, décédé.

Reims. — M. le docteur Billard, est institué, pour une période de neuf ans, à dater du 1er juin 1925, suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale, en remplacement de M. Lardennois, appelé à d'autres fonctions.

Rennes. — M. Follet, professeur, est nommé directeur pour trois ans, à dater du 16 janvier 1925.

M. le docteur Legal-Lasalle est nommé, à compter du 1er juillet 1925, professeur suppléant des chaires de chirurgie et accouchements, en remplacement de M. Hardouin, appelé à d'autres fonctions.

MARINE. — Par décision ministérielle en date du 14 septembre 1925, M. le médecin en chef de 2e classe Donnart, du port de Brest, a été désigné pour remplir les fonctions de médecin-chef de l'hôpital maritime de Sidi-Abdallah, en remplacement de M. le médecin en chef de 2e classe Barthe, appelé aux fonctions de médecin d'escadre.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — *Cours pratique et complet de thérapeutique dermato-vénéréologique* du 30 novembre au 18 décembre 1925, sous la direction de M. le professeur Jeanselme, avec la collaboration de : MM. Sébileau, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique; Hudelo, Milian, Ravaut, Lortat-Jacob, et Louste, médecins de l'hôpital Saint-Louis; Gougerot, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux; Lemaître, professeur agrégé, oto-rhino-laryngologiste de l'hôpital Saint-Louis; Marcel Sée, médecin de Saint-Lazare; P. Chevallier, ancien chef de clinique à la Faculté; Burnier, ancien chef de clinique, assistant à l'hôpital Saint-Louis; Schulmann, chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis; Hufnagel, et Fouet, chefs de clinique adjoints; Giraudeau, chef du laboratoire des agents physiques et de radiothérapie; G. Lévy, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis; Wolfromm, chef de laboratoire; Flurin, ancien interne des hôpitaux; Bizard, médecin de Saint-Lazare, chargé du service de finsenthérapie; Richard, assistant à l'Institut du radium.

Le cours aura lieu du lundi 30 novembre au vendredi 18 décembre 1925, tous les jours, excepté les dimanches et fêtes, l'après-midi, à 1 h. 30, 2 h. 45 et 4 h., à l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, au Musée, ou au Laboratoire.

Les cours seront accompagnés de démonstrations de thérapeutique; (radiothérapie; radiumthérapie; photothérapie; électrolyse; haute fréquence; neige carbonique; scarifications; frotte, etc.).

Les salles de la clinique et des services de l'hôpital Saint-Louis seront accessibles aux assistants du cours tous les matins, de 9 h. à 11 h. 30. Le Musée des moulages, les Musées d'histologie, de parasitologie, de radiologie, de photographie sont ouverts de 9 h. à 12 h., et de 2 h. à 5 h. Un horaire détaillé sera distribué à chacun des auditeurs. Un certificat leur sera délivré à la fin du cours.

Programme des cours (40 leçons). — Conduite générale du traitement de la syphilis, M. Jeanselme. — Technique des injections intramusculaires, intraveineuses et intrarachidiennes, M. Hufnagel. — Traitement du chancre syphilitique,

M. Milian. — Traitement de la syphilis secondaire, tertiaire et de l'hérédosyphilis, M. Gougerot. — Traitement de la syphilis viscérale, M. Louste. — Chimiothérapie de la syphilis, M. Schulmann. — Le mercure et l'iodure dans le traitement de la syphilis, M. Fouet. — Le bismuth dans le traitement de la syphilis, M. Burnier. — L'arsenic dans le traitement de la syphilis, M. Milian. — Accidents des arsenobenzols, M. Milian. — Traitement du chancre mou, M. Milian. — Traitement de la blennorragie, M. Sée. — Petite chirurgie urinaire, endoscopie, M. Wolfromm. — Autohémothérapie, M. Schulmann. — Vaccinothérapie, M. Chevalier. — Traitements externes en dermatologie, M. Fouet. — Traitements internes en dermatologie, M. Ravaut. — Cryothérapie, M. Lortat-Jacob. — Traitement des affections prurigneuses et bulleuses, M. Hudelo. — Traitement de l'eczéma, M. Burnier. — Traitement des affections érythémato-squameuses, M. Schulmann. — Traitement des mycoses cutanées, M. Gougerot. — Traitement de la gale et de la phtiriase, M. Milian. — Traitement de la tuberculose cutanée, en particulier par la tubereuline, M. Burnier. — Chirurgie restauratrice de la face, M. Lemaître. — Les agents physiques en dermatologie, M. Giraudeau. — Finsenthérapie, M. Bizard. — Radiumthérapie, M. Richard. — Pharmacologie dermatologique, M. G. Lévy. — Traitement hydrominéral, M. Flurin.

Un cours semblable a lieu chaque année en juin et en décembre.

Un cours spécial sera organisé pour les élèves qui désirent se perfectionner dans les techniques de laboratoire.

Le droit à verser est de 150 francs.

Seront admis les médecins et étudiants français et étrangers sur la présentation de la quittance du versement du droit et de la carte d'immatriculation, délivrés au secrétariat de la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Pour renseignements complémentaires, s'adresser au docteur Burnier (hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin).

Renseignements généraux pour MM. les médecins étrangers à l'Association A. D. R. M., Faculté de médecine, salle Béclard.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'apprendre la mort de M. le docteur Paul Michel (de Lyon).

LE SAINT-HUBERT MÉDICAL, groupement des médecins chasseurs, en formation. — Pour tous renseignements s'adresser au docteur Maurice, 5, rue de Villersexel (Paris, VIIe).

A. RICHAUD

Il y a deux ans, la *Gazette des hôpitaux* avait la joie d'annoncer à ses lecteurs que M. Richaud venait d'être désigné par ses pairs pour occuper la chaire de professeur de pharmacologie à la Faculté de médecine. Pourquoi faut-il qu'aujourd'hui, elle ait la douleur d'apprendre sa fin prématurée?

Il n'avait, en effet, que soixante ans. Né à Aurillac, il s'était d'abord proposé, après de solides études classiques, d'exercer la pharmacie. Une triste soirée de dimanche, passée dans une officine de petite ville à contempler la pluie, modifie tous ses projets. Il se lance dans la voie des concours. Grâce à sa ténacité de montagnard et à son labeur, le voilà tour à tour pharmacien de première classe, licencié ès-sciences naturelles, pharmacien des hôpitaux de Paris, docteur en médecine, docteur ès-sciences, agrégé des Facultés de médecine. Membre du Conseil supérieur d'hygiène publique et de la Commission permanente du Codex, président de la Société de thérapeutique, il avait, en 1923, succédé au professeur Pouchet, dans le laboratoire duquel il était entré jadis sur la recommandation du professeur Debove.

Il avait beaucoup publié, depuis ses thèses de doctorat en médecine (1898) et de doctorat ès-sciences (1900), consacrées, la première à l'étude chimique, physique et thérapeutique de l'homocrésol, la seconde, à quelques recherches physiologiques sur l'insulase et sur l'insuline. Longtemps, il s'était cantonné dans le domaine, qui lui était familier, de la pharmacologie et de la matière médicale, de la chimie et de l'hygiène, s'intéressant au titrage physiologique des médicaments, aux toni-cardiaques, ouabaïne, strophantine, à l'adrénaline. Les circonstances devaient à ces trois classes de travaux en ajouter une quatrième. En août 1914, il partait pour le front, avec son ambulance. Il y restait toute la guerre. Il ne se contentait pas d'y montrer cette magnifique bravoure que ses amis lui auront connue jusqu'à la dernière heure, et que venaient récompenser en 1915, la Croix de guerre, en 1916, la Légion d'honneur. Il y faisait ample moisson de recherches scientifiques, presque toutes relatives à l'hygiène des troupes en campagne. Son classique *Précis de thérapeutique et de pharmacologie*, paru chez Masson en 1918, venait d'atteindre sa sixième édition.

Arrivé, par son seul mérite, au sommet de la hiérarchie universitaire, il semblait n'avoir plus qu'à récolter ce qu'il avait semé. On attendait beaucoup de son intelligence alerte et ornée, de son esprit d'initiative, de sa pensée, toujours en mal de découverte. Nul n'ignorait ses talents d'organisateur. On le savait à la tête d'une brillante école. Mieux que quiconque ne s'entendait-il pas à stimuler le zèle des travailleurs, à encourager les vocations?

Et voilà que, soudain, sa santé donne des inquiétudes! Bientôt, il est obligé d'interrompre ses cours, de se faire remplacer dans son beau service de la Charité. Longtemps, chacun d'espérer qu'il ne s'agissait là que d'une absence momentanée. N'était-il pas entouré des meilleurs soins? N'avait-il pas auprès de lui, pour le réconforter dans ces heures d'angoisse que connaissent les plus vaillants, sa chère compagne, à l'ingénieuse et inépuisable tendresse, ses amis Schmitt, Hamaard et Busquet, dont la touchante affection ne s'est pas un instant démentie, son fils spirituel Bidot, l'enfant de son cœur, à l'ardent dévouement, toujours prêt à tout sacrifier à son patron, sachant, après des nuits sans sommeil, parer son angoisse d'un sourire? Ne pouvait-on, enfin, faire entrer en ligne de compte cette fermeté de caractère dont il avait déjà donné tant d'exemples, et qui sait, au besoin, forcer la guérison?

Hélas! le Destin en avait décidé autrement. Tous les efforts sont restés impuissants à arrêter les progrès du mal. Il y a quelques mois, il avait voulu repartir pour Aurillac, comptant sur l'air natal pour réaliser le miracle tant attendu. C'est là qu'après une lente et cruelle agonie, la mort est venu le délivrer.....

La *Gazette des hôpitaux* ne pouvait laisser partir cet ami de toujours sans lui adresser un dernier adieu. Elle prie Madame Richaud de bien vouloir accueillir ses plus respectueuses condoléances.

L. BABONNEIX.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les rayons ultra-violets et leur emploi dans le trait du rachitisme, par le docteur André LIGNIÈRES, ancien externe des hôpitaux de Paris. Thèse de Paris. — Paris, Ollier-Henry.

Recherches sur le rétablissement de la circulation collatérale après ligature de l'artère axillaire, par le docteur Lucien MASSÉ, interne des hôpitaux. Thèse. — Imprimerie Cadoret à Bordeaux.

REVUE GÉNÉRALE

LES NÉVRALGIES SCIATIQUES

LEURS FORMES ANATOMO-CLINIQUES ET ÉTIOLOGIQUES

Par le docteur J.-A. CHAVANY,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chef de Laboratoire à l'Hospice d'Ivry.

Sous ce titre élargi à dessein nous entreprenons l'étude des réactions algiques dans le territoire du nerf sciatique ou dans celui des racines qui le constituent; ces réactions douloureuses peuvent être déclanchées par des causes infiniment nombreuses et variées pouvant porter sur l'une quelconque des parties constituantes du nerf depuis son origine radiculaire au niveau de la moelle jusqu'à ses extrémités périphériques.

Groupant autour du phénomène algie la cohorte des signes subjectifs et objectifs concomitants — en insistant sur ces derniers — nous tâchons de camper un certain nombre de tableaux cliniques très différents les uns des autres, entités cliniques qui doivent nous permettre de rattacher l'algie sciatique à sa cause véritable et partant de la traiter d'une manière beaucoup plus efficace. *La sciatique*, en effet, *n'a souvent que la valeur d'un symptôme que le médecin doit chercher à situer dans son cadre nosologique*. A là notion restreinte des anciens classiques qui voyaient dans la sciatique névralgie et dans la sciatique névrite toute la *maladie*, nous essayons de substituer la notion de sciatique réaction locale douloureuse d'un processus beaucoup plus général et qu'il s'agit de dépister.

Après un *rappel anatomique* rapide et indispensable nous détaillerons la *symptomatologie générale* de la névralgie sciatique, nous nous étendrons ensuite sur les *formes cliniques anatomiques* et surtout *étiologiques*; nous nous appesantirons sur ces dernières qui font à notre avis tout l'intérêt du sujet; ayant ensuite discuté du diagnostic nous montrerons que seul l'examen complet du malade fera connaître la cause de la maladie permettant ainsi d'instituer un traitement approprié.

I. NOTIONS ANATOMIQUES

Le nerf sciatique est un nerf mixte à la fois *sensitif* et *moteur* notion qu'il convient de ne jamais oublier dans la thérapie de cette affection.

Ses origines. — Il naît du plexus sacré. Dans la conception actuelle ce plexus est normalement constitué par le tronc lombo-sacré (5e racine lombaire + une grosse anastosmose venant de la 4e) et par la 1re paire sacrée; la 2e racine sacrée se bifurque (nerf bijumeau) en une branche supérieure allant au plexus sacré et une branche inférieure allant au plexus honteux : c'est donc à son niveau que se trouve le clivage entre le plexus sacré et le plexus honteux. On enregistre dès à présent les étroites connexions à leur origine entre le plexus sacré et le plexus lombaire (d'où viennent le crural et l'obturateur). C'est dans le petit bassin que se trouve l'origine apparente du nerf au point où les branches du plexus convergent en un seul cordon unique.

Mais il est très intéressant de rappeler le trajet des rameaux nerveux en amont de ce point; à leur sortie de la moelle racines antérieures et racines postérieures avant de se fusionner ont d'abord un trajet intrarachidien et intradural, recouvertes de leurs gaines méningées baignant dans le liquide céphalo-rachidien du cul-de-sac dural et participant à la constitution de la queue de cheval. Après leur fusion elles émergent de la dure-mère et vont, véritables funicules (Sicard), sortir du rachis par les trous de conjugaison pour aller constituer le plexus puis le nerf. Au cours de ce trajet accidenté de la moelle au tronc nerveux nombreuses sont les causes pathologiques qui pourront intervenir.

Son trajet. — Une fois constitué le nerf ne va pas tarder à émerger hors du bassin au niveau de la *grande échancrure sciatique*. De ce point au pli fessier il parcourt la région fessière profonde logé à ce niveau dans la *gouttière ostéo-musculaire ischio-trochantérienne*. Puis il chemine à la face postérieure de la cuisse dans un canal musculaire vertical formé en dehors par la longue portion du biceps, en dedans par le demi-tendineux et le demi-membraneux. Le nerf se divise enfin au niveau de l'angle supérieur du losange proplité en ses deux branches terminales le sciatique proplité externe et le sciatique proplité interne.

Ses anomalies de bifurcation. — Elles sont importantes à connaître; le nerf peut se diviser très haut voire même au niveau du plexus : dans ce cas ce dernier se trouve élevé en deux plans :

Un plan ventral qui donne le S. P. I.
Un plan dorsal d'où naît le S. P. E.

Le plan ventral est surtout constitué par S_1 et S_2, très peu par L_5, le plan dorsal au contraire est constitué par le tronc lombo-sacré et très peu par S_1. Cette anomalie permet de comprendre l'origine haute du nerf S. P. E., aux dépens de la partie haute du plexus ; elle vérifie la loi de Sherrington à savoir que les nerfs destinés à la partie antérieure des membres naissent toujours au niveau des racines les plus élevées du plexus. Au point de vue pratique elle permet de saisir le mécanisme de la névralgie isolée du sciatique proplité externe qui survient à la suite d'un accouchement laborieux; elle est due à la compression du tronc lombo-sacré par la tête fœtale au moment où elle franchit le détroit supérieur.

II. SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE

Nous allons décrire ici la névralgie sciatique en général en détaillant les différents symptômes qui permettent de faire le diagnostic sans tenir compte ici ni du siège de la lésion causale ni de la nature de cette lésion. *La douleur* étant l'élément dominant c'est elle que nous envisagerons d'abord puis nous passerons méthodiquement en revue les *divers troubles d'ordre nerveux* qui peuvent graviter autour d'elle.

A. L'élément douleur. — Douleur subjective. — C'est le symptôme capital de la sciatique; le malade vient consulter parce qu'il souffre.

SIÈGE. — Cette douleur qui a débuté souvent au niveau de la région lombaire (nous verrons plus loin l'importance de ce lumbago-primitif) se manifeste surtout à la face postérieure de la cuisse depuis la fesse jusqu'au creux proplité ; le patient en précise la topographie en faisant le geste « de frotter une

allumette ». La douleur irradie parfois vers la jambe et le pied. Mais il faut bien savoir qu'au niveau de la cuisse elle déborde souvent en avant (territoire du crural), en dedans (territoire de l'obturateur), c'est même la règle en cas de sciatique dite *a frigore*.

CARACTÈRES. — D'abord légère et continue, simple sensation d'endolorissement, elle ne tarde pas à présenter des *paroxysmes* très pénibles qui surviennent soit spontanément (le plus souvent nocturnes alors) soit à l'occasion de la toux, de l'éternuement, de la défécation, d'un simple mouvement. Ces accès douloureux que le malade compare à du feu, à un broiement, à une morsure profonde, peuvent être passagers ou au contraire subintrants, créant alors un véritable état de mal.

Douleur objective. — Nombreux sont les procédés qui ont été mis en œuvre pour réveiller et objectiver la douleur au cours de la sciatique : ils se basent soit sur la compression du nerf sur le plan osseux sous-jacent soit sur l'élongation du nerf et de ses racines.

a. COMPRESSION DIRECTE DU NERF. — C'est la recherche des *points de Valleix*. Ils sont nombreux s'échelonnant sur toute la longueur du membre inférieur; il convient de retenir les plus importants :

Le point lombaire, situé dans l'angle sacro-vertébral.

Le point fessier, placé à l'extrémité supérieure de la grande échancrure sciatique.

Le point trochantérien, dans la gouttière interischio-trochantérienne.

Le point péronéo-tibial à l'extrémité supérieure du péroné, là où le sciatique proplité externe contourne le col de cet os.

Les deux premiers ne correspondant pas au nerf sciatique lui-même mais aux rameaux postérieurs du plexus lombo-sacré montrent bien la diffusion du processus causal.

Ce sont là les points les plus constants. Ajoutons-leur :

Le point malléolaire externe par compression du nerf saphène externe dans la gouttière malléolaire externe.

Le point plantaire externe par pression du nerf plantaire externe sur la crête du 5e métatarsien.

b. ELONGATION DU NERF ET DE SES RACINES. — *Manœuvre de Lasègue*. — Le malade étant couché sur le dos, on fléchit directement la cuisse sur le bassin en ayant soin de maintenir la jambe étendue sur la cuisse; au cours de ce mouvement passif, la douleur ne tarde pas à se réveiller au niveau de la fesse et de la face postérieure de la cuisse et cette manifestation douloureuse empêche de parachever le mouvement. On a décrit de *nombreuses variantes* du signe de Lasègue dont voici les deux principales :

1° On dit au malade debout de ramasser un objet à terre en tâchant de maintenir les jambes étendues sur les cuisses; au cours de ce mouvement, on voit le membre inférieur malade se fléchir inévitablement ou bien le pied se déplacer et se porter en arrière pour éviter l'élongation du nerf et la douleur consécutive (Néri).

2° Si le malade est couché sur le dos et qu'on lui demande de s'asseoir, en tâchant de ne pas plier les genoux, ou ne tarde pas à voir, au cours du mouvement, le membre inférieur malade se fléchir : c'est le *signe du genou relevé de Sicard* réalisant un véritable Kernig unilatéral (Roussy).

Manœuvre de Bonnet. — La flexion-abduction de la cuisse sur le bassin réveille la douleur par le même mécanisme : c'est là un signe très constant.

Douleurs contro-latérales. — Elles sont fréquentes au cours de la sciatique; elles s'observent au niveau du membre malade lorsqu'on mobilise le membre sain : ce sont elles qui expliquent le signe décrit par Moutard-Martin et Parturier (douleur provoquée dans le membre inférieur sain par la flexion sur le bassin du membre inférieur malade).

Mentionnons au cours de cette description de la douleur au cours de la sciatique que la guerre a fait éclore toute une série de petits procédés tendant à éprouver la véracité des affirmations des sciatalgiques et ayant tous pour but de dépister les simulateurs : un pareil luxe symptomatologique n'est plus de mise aujourd'hui.

Conséquences de la douleur. — TROUBLES DE LA DÉMARCHE. — Lorsque la douleur n'est pas trop vive pour confiner le malade au lit (ce qui est rare) « la marche se fait en saluant »; ces mouvements de salutation sont dus à la flexion de la jambe sur la cuisse en même temps que le tronc s'incline en avant. Le plus souvent, d'autre part c'est toute la plante du pied malade qui porte sur le sol et non la pointe seulement.

LES ATTITUDES ANTALGIQUES. — Elles sont dues à la vigilance musculaire qui s'établit pour créer une immobilité relative et partant pallier à la douleur; elles consistent essentiellement en *raideur vertébrale* due à la contracture des muscles paravertébraux de la colonne lombaire : le plus souvent cette contracture prédomine manifestement d'un côté, d'où apparition d'*attitudes scoliotiques*.

Ces scolioses dorso-lombaires ont fait l'objet de nombreuses controverses depuis que Brissaud les a pour la première fois signalées. Pendant longtemps assez mystérieuses elles s'expliquent facilement aujourd'hui à la lumière des travaux de Sicard. La scoliose peut être *croisée* (sa concavité est tournée du côté sain) et le malade a le corps penché du côté de la jambe saine : il s'agit alors probablement d'une compression des filets nerveux au niveau des trous de conjugaison (arthrite vertébrale) et la scoliose a pour conséquence d'écarter l'une de l'autre les parois de ces trous. Elle peut être *homologue* (sa concavité est tournée du côté malade) : cette attitude est paradoxale en apparence, puisque le poids du corps porte sur le côté malade; en réalité la courbure rachidienne vient ici détendre le nerf ou ses racines. Lorsque cette scoliose homologue n'est pas apparente on peut la faire apparaître (Néri) en disant au malade debout, les talons joints de fléchir le tronc en avant; le genou du côté malade se fléchit (nous l'avons déjà signalé) mais le tronc aussi s'incline du côté malade. Signalons la possibilité de scolioses *alternantes* d'abord homologues puis croisées.

Ces scolioses (loco dolenti) peuvent comme cela se produit dans le mal de Pott s'accompagner de *courbures de compensation* (de sens inverse) siégeant au-dessus d'elles sur la colonne vertébrale et ayant pour but de rétablir l'équilibre de cette colonne. L'*abaissement du bassin du côté malade* peut se produire pour permettre au pied de reposer par

toute sa face plantaire sur le sol, le genou étant fléchi (Babinski). Cet auteur a aussi signalé la rotation du tronc. Enfin, alors que le malade debout repose sur toute sa surface plantaire du côté malade, lorsqu'il est dans le décubitus horizontal on note que le talon du côté malade est sur un plan plus élevé que celui du côté sain (2 à 3 centimètres environ de différence) : c'est le *signe de l'ascension talonnière de Sicard*; ce phénomène n'est pas spécial à la sciatique, il peut se rencontrer dans toutes les manifestations douloureuses du membre inférieur.

Ces attitudes antalgiques (et leur essence même permet de le comprendre) cessent ordinairement en même temps que les phénomènes douloureux qui leur ont donné naissance; on peut cependant les voir persister un certain temps après la cessation de l'élément douleur (Chauffard, Rouget).

B. **Les divers autres troubles d'ordre nerveux.** — Ayant analysé à fond le symptôme douleur et tous les éléments plus ou moins disparates qui gravitent autour de lui, nous allons passer en revue avec la méthode que comporte tout examen neurologique les différents troubles du système nerveux que l'on peut rencontrer au cours de l'évolution de la sciatique.

Les troubles de la motilité volontaire. — Il est certain que les troubles moteurs pour un nerf mixte comme le sciatique font contraste par leur très faible intensité avec la touche grossière des phénomènes douloureux. Par les procédés habituels de la mise en valeur de la force musculaire (exécution des divers mouvements actifs, recherche de la force segmentaire) on ne décèle habituellement aucun trouble moteur. Souvent il existe cependant un léger déficit moteur que l'on peut dépister par le *signe de la pointe* décrit par Chiray et Roger. Le malade étant debout et pieds nus peut se dresser sur la pointe du bon pied et maintenir cette attitude un certain laps de temps; il est dans l'incapacité de le faire sur le pied du côté malade. Ce phénomène, comme le font remarquer les auteurs, est absolument indépendant du facteur douloureux et tient à une légère parésie du triceps sural ou du long péronier latéral.

Les troubles du tonus musculaire. — L'hypotonie est beaucoup plus manifeste. La simple palpation des masses musculaires peut la révéler au niveau de la masse des fessiers par exemple; à ce niveau on note aussi l'*abaissement du pli fessier* du côté malade ainsi que la déviation du sillon interfessier vers le côté malade (Barré). Le tonus des muscles postérieurs de la cuisse est diminué. Le triceps sural peut voir son tonus abaissé; on dépiste l'hypotonie à son niveau par la simple palpation du tendon d'Achille (plus dépressible que normalement) ou par la recherche du *signe de l'équerre* (Barré) : le malade étant à genoux sur une chaise, on constate que le pied du côté malade retombe à angle droit, tandis que le pied du côté sain fait un angle obtus avec la jambe. Cette hypotonie est importante à enregistrer au cours d'une sciatique et il convient de toujours tâcher de la mettre en évidence.

Les troubles des réflexes. — On a longtemps écrit que dans la névralgie sciatique les réflexes tendineux n'étaient pas modifiés et que leur atteinte était l'apanage des sciatiques névrites; nous savons aujourd'hui que l'on ne peut tabler sur cette division arbitraire en sciatique névralgie et sciatique névrite, et il est nettement établi que les modifications des réflexes ne préjugent absolument en aucune façon de la gravité de l'affection.

En fait le *réflexe achilléen* (qui a son centre en L_5, S_1) est souvent diminué au cours de la sciatique banale, souvent même aboli (Babinski, 1896) et cette abolition se produit alors d'une manière précoce et rapide. Alors qu'il persiste on peut enregistrer l'abolition du *réflexe rétromalléolaire* (Barré), réflexe périosté plus fragile que les réflexes tendineux qui emprunte les mêmes voies et répond au même segment médullaire que le réflexe achilléen. Si l'on veut explorer l'arc réflexe qui passe par S_1, S_2, il faut interroger le *réflexe péronéo-fémoral postérieur* (Guillain et Barré; contraction du biceps par percussion de son tendon au niveau de son insertion à la tête du péroné). Le réflexe rotulien est ordinairement indemne. Les réflexes de posture sont normaux au niveau du membre atteint.

L'*exagération de la contractilité idiomusculaire* est manifeste au niveau des muscles innervés par le sciatique : Villaret et Faure Beaulieu l'ont étudiée au niveau des jumeaux; mais dans la sciatique banale — comme d'ailleurs un certain nombre de symptômes — elle dépasse le domaine du sciatique et s'extériorise au niveau des muscles fessiers sous la forme de l'*exagération du réflexe glutéal* signalée par Lhermitte : l'excitation des téguments de la partie postérieure de la fesse, en marge du sillon interfessier détermine la contraction énergique du muscle grand fessier.

Signalons pour terminer cette étude de la réflectivité que l'abolition du réflexe achilléen peut, dans certains cas persister très longtemps après la guérison de l'algie.

Les troubles objectifs de la sensibilité. — Nous avons insisté sur les gros troubles de la sensibilité subjective qui sont pour ainsi dire le substratum de la sciatique banale. En regard les troubles de la sensibilité subjective apparaissent minimes; ils sont loin d'être constants : théoriquement ils peuvent servir à parfaire par leur topographie le diagnostic d'origine radiculaire ou tronculaire de la maladie; en pratique il est loin d'en être ainsi. Quand ils existent, c'est surtout la sensibilité tactile qui est touchée, les sensibilités douloureuse et thermique étant ordinairement épargnées; on note surtout de l'hypoesthésie (parfois de l'hyperesthésie), il est très rare que l'on enregistre des zones anesthésiques. Cela se comprend aisément quand on sait quels troubles profonds dans la conduction nerveuse exige la constitution de zones anesthésiques vraies. La sensibilité profonde (osseuse et musculo articulaire) sont aussi indemnes.

Les troubles trophiques. — L'amyotrophie est chose tardive au cours de la sciatique et en tout état de cause, elle reste ordinairement légère. Comme les très légers phénomènes parétiques, comme l'hypotonie elle a tendance à prédominer sur le segment distal du membre; c'est ainsi que le muscle pédieux semble un des premiers atteints : c'est le *signe du pédieux* (Barré) que l'on recherche en commandant au malade de redresser fortement les orteils, le muscle ne fait alors plus sous la peau sa saillie normale. Il est rare que le processus amyotrophique frappe à première vue l'observateur;

le plus souvent il faut le mettre en évidence par des mensurations comparatives avec le membre sain. Cette amyotrophie peut être marquée par un degré plus ou moins marqué d'*adipose sous-cutanée* que l'on met en évidence par la palpation directe du pannicule adipeux.

Au niveau des muscles touchés, on note parfois la présence de *contractions fibrillaires* soit spontanées, soit provoquées par la percussion au niveau du mollet (Barré), au niveau de la fesse (Rose).

Les troubles vaso-moteurs. — La peau ordinairement sèche (car la sécrétion sudorale diminue) prend ordinairement une teinte cyanotique au niveau du segment distal lorsque le malade est debout.

Landouzy avait déjà noté la *diminution* de la température locale atteignant parfois un degré. Barré insiste à nouveau à juste titre sur cette hypothermie en précisant qu'elle se produit de préférence au niveau de la face interne de la jambe et à la plante du pied.

Les troubles des réactions électriques. — Les troubles de l'excitabilité électrique sont fréquents : Néri (1917) les a groupés sous le vocable de petits signes électriques de la sciatique; ils consistent essentiellement en une hypoexcitablité faradique et galvanique du nerf et des muscles innervés par le sciatique. Ils peuvent dans les cas sérieux aller jusqu'à la réaction de dégénérescence partielle forte avec lenteur des contractions, tendance au galvano-tonus et seuil plus bas sur le tendon qu'au point moteur.

L'excitabilité faradique de la plante du pied provoque l'extension du gros orteil et même des autres orteils (par phénomène de diffusion). On note souvent des différences d'excitabilité entre le S.P.E et le S.P.I. et dans le S.P.E. lui-même des différences parfois marquées entre le musculo-cutané et le tibial antérieur.

Quand les réactions apparaissent normales par les procédés classiques, Bourguignon a pu noter des modifications de la chronaxie. Enfin Néri plus récemment (1920) étudiant la transmission de la sensibilité électrique au travers des nerfs sensitifs a pu montrer qu'au cours de la sciatique cette transmission était diminuée ou abolie tant que durait le syndrome douloureux.

III. LES FORMES CLINIQUES

Il est un fait certain c'est que l'on peut aujourd'hui répudier sans crainte la vieille distinction faite par Landouzy entre la sciatique névralgie et la sciatique névrite. Entre les deux en effet il n'y a point de différence essentielle étiologique ou clinique, seule l'intensité et la durée pourraient les séparer : on a pu dire à juste titre que « *la névralgie est une névrite passagère et la névrite une névralgie qui dure* ». Nous nous proposons de scinder les formes cliniques de la sciatique en deux grandes classes :

A. *Suivant la localisation des lésions.*
B. *Suivant leur cause.*

A. **Formes suivant la localisation de la lésion causale.** — L'aperçu anatomique que nous avons donné au début de notre travail montre la grande importance que peut avoir le siège de l'altération nerveuse dans la symptomatologie même de la maladie. Il permet d'entrevoir aussi en combien de points différents le nerf sciatique peut être touché depuis son origine radiculaire au niveau de la moelle jusqu'à ses dernières ramifications dans les muscles ou dans la peau.

D'une facon générale certainement très schématique mais commode, on peut avec Stœber, un élève de Barré (*Th. de Strasbourg*, 1922), les grouper en :

Sciatiques hautes,
Sciatiques moyennes,
Sciatiques basses.

Ce groupement se rapproche d'ailleurs assez de de celui antérieurement proposé par Sicard.

1° **Les sciatiques hautes.** — Le nerf est touché au niveau de ses origines mêmes radiculaires d'abord, funiculaires ensuite. Le processus morbide qui déclanche la sciatique à ce niveau frappera presque forcément les origines voisines voire même communes de nerfs autres que le sciatique : le crural, l'obturateur, le fessier; c'est pourquoi il est certain qu'une affection de ce genre mérite à plus juste titre l'appellation de *lombo-sciatique* (Sicard). C'est pour cela que l'on retrouve toujours ou presque dans les sciatiques hautes le point crural (Sicard), le point obturateur (Barré) alors que les points de Valleix sont inconstants. Le signe de Lasègue peut faire défaut ici, mais le signe de Bonnet manque rarement. Au point de vue des autres troubles, l'attention sera attirée par leur topographie plus ou moins radiculaire.

Le signe de la toux (Dejerine), de l'éternuement (Sicard), sont presque l'apanage des sciatiques hautes; mais alors que Dejerine pensait qu'il se produisait par choc radiculaire et signait la radiculite, Sicard pense qu'il peut se produire même en cas de funiculite par heurt de la masse abdominale brusquement refoulée sur les trous de conjugaison.

Peut-on cependant séparer cliniquement les radiculites et les funiculites? D'une façon générale on peut dire que :

a. Dans les radiculites le rachis n'est pas contracturé, il est mobile et non douloureux (nous n'avons en vue ici que les radiculites pures et non point celles qu'on note au cours du mal de Pott ou des tumeurs de la moelle). L'examen du liquide céphalo-rachidien est d'une grande utilité, nous y reviendrons à propos de chaque forme étiologique.

b. Dans les funiculites on note la contracture douloureuse du rachis s'augmentant à chaque mouvement et se compliquant souvent de scoliose. La pression, la percussion des funicules au niveau des trous de conjugaison sur les parois latérales du rachis réveille la douleur. Ici les modifications du liquide céphalo-rachidien ne sont pas comparables aux précédentes.

2° **Les sciatiques moyennes.** — Ces sciatiques, véritables *plexites* sont le plus souvent occasionnées par une lésion du petit bassin ou encore par une arthrite de l'articulation sacro-iliaque. Dans ce dernier cas, elles ont été décrites par Barré et Le Mansois sous le nom de *sciatique sacro-iliaque.* Nous résumons ici leurs caractères.

La douleur est de deux ordres : *locale* d'origine articulaire, réveillée par la pression directe sur l'articulation sacro-iliaque en arrière sous le tégument, en avant par le toucher rectal, réveillée encore par la compression du bassin en appuyant for-

tement sur les deux crêtes iliaques; *irradiée* à la fesse, à la face postérieure de la cuisse, au niveau des adducteurs. L'intégrité du crural est importante pour le diagnostic.

Seul le réflexe rétro-malléolaire est aboli, l'achilléen, le péronéo-fémoral postérieur continuant à persister, faits très importants pour le diagnostic avec les sciatiques hautes.

L'hypotonie et l'amyotrophie prédominent sur les muscles de la fesse : on peut cependant y rencontrer l'atrophie du pédieux et le signe de l'équerre.

3° **Les sciatiques basses.** — Les sciatiques basses ou tronculites semblaient constituer autrefois la forme la plus fréquente de la maladie, la forme classique : elles ont aujourd'hui perdu un terrain considérable depuis que l'on sait mieux dépister les radiculites et les funiculites.

Dans cette forme les douleurs sont *localisées* uniquement sur le trajet du nerf sciatique, réveillées par la pression au niveau des divers points de Valleix. Les signes de Lasègue et de Bonnet sont franchement positifs. La contracture antalgique est le plus souvent homologue. Les réflexes achilléen et rétro-malléolaire sont abolis, par contre le péronéo-fémoral postérieur persiste. L'atrophie quand elle dure assez longtemps peut être massive ou au contraire se localiser soit au S.P.E. soit au S.P.I. L'hypotonie et la différence de température sont de règle.

B. **Formes étiologiques.** — Ce sont de beaucoup les formes les plus intéressantes, car la névralgie sciatique avons-nous dit n'est somme toute qu'un symptôme qui dans l'immense majorité des cas pose un problème étiologique, qu'il convient de résoudre pour instaurer non seulement un traitement symptomatique, mais un traitement de la cause souvent beaucoup efficace.

Nous allons passer en revue les formes les plus fréquentes que nous étudierons dans l'ordre suivant :

1° La sciatique commune dite rhumatismale, la plus courante en pratique;

2° Les sciatiques secondaires dues à la syphilis; à la tuberculose, aux proliférations néoplasiques diverses;

3° Les sciatiques dues à des causes locales de second plan.

4° Les sciatiques dues à des causes générales en dehors du rhumatisme.

1° **La névralgie sciatique commune.** — Si dans des cas on peut incriminer le *rhumatisme* comme cause de cette forme, il en est d'autres où cette cause ne peut être identifiée et pour lesquels on peut vraiment parler de névralgie essentielle. Parmi les agents provocateurs importants mentionnons le froid humide. L'influence saisonnière est certaine; la maladie se voit de préférence dans les mois de janvier, février, mars, à tel point que Lasègue a pu discuter, à ce propos, la notion d'épidémicité. L'âge est aussi un facteur important (entre trente et cinquante ans). Le rhumatisme agirait par le mécanisme de la *névrodocite* invoqué par Sicard; il provoquerait une réaction inflammatoire au niveau des divers canaux ostéo-fibreux que traverse le nerf et au niveau des formations séreuses qui sont annexées à ces canaux rigides, d'où la compression du nerf ou de ses funicules et les réactions douloureuses consécutives. De la sorte on conçoit aisément (Sicard) que le sciatique puisse être lésé au niveau des trous de conjugaison, au niveau de sa sortie du bassin dans la grande échancrure sciatique, dans la gouttière ischio-trochantérienne à la face postérieure de l'articulation coxo-fémorale, enfin à la face externe du col du péroné. Dans la grande majorité des cas l'inflammation rhumatismale porte sur les trous de conjugaison, c'est pourquoi la sciatique banale est le plus souvent une lumbo-sciatique, une sciatique haute.

En clinique elle présente un début brusque, par *lumbago* initial. Puis, trente-six à quarante-huit heures après, l'algie sciatique apparaît très vive confinant souvent le malade au lit car les mouvements exaspèrent la douleur et le malade a peur de marcher dans la crainte de souffrir. La douleur présente un caractère continu très net avec des paroxysmes passagers. Cette douleur n'est pas localisée au seul territoire du nerf, elle déborde sur les nerfs voisins obturateur et surtout crural. La phase algique aiguë peut durer deux à trois semaines puis elle fait place à un endolorissement qui allant en s'estompant permet au malade demarcher à nouveau : cette phase moins pénible peut durer de six semaines à deux mois.

Dans cette forme la douleur est le symptôme majeur dominant tous les autres : on y retrouve avec complaisance tous les tests douloureux que nous avons décrits y compris la douleur réveillée à la percussion des dernières apophyses tranverses lombaires. Les phénomènes moteurs qu'on y observe se rapportent tous à des manifestations antalgiques. Pas de troubles subjectifs de la sensibilité. Les modifications des réactions électriques sont ordinairement très légères. *L'abolition du reflexe achilléen peut être précoce; nous ne saurions trop répéter qu'elle n'a aucune valeur pronostique;* elle peut persister après la guérison de l'algie souvent très longtemps (dix ans et plus, Sicard).

La ponction lombaire pratiquée dans des cas d'étiologie douteuse peut montrer une hyperabulminose modérée mais sans réaction lymphocytaire (Sicard).

Il faut dans cette forme commune se méfier des rechutes et même des récidives à de très longs intervalles.

Mentionnons que cette sciatique rhumatismale, causée le plus souvent par le rhumatisme vertébral, alterne parfois (Nobécourt) avec la *névralgie brachiale*, qui présente avec elle de grandes analogies et dont nous donnons une description détaillée dans un autre travail écrit en collaboration avec notre maître le docteur Ch. Foix.

Il nous paraît loisible d'annexer à cette forme rhumatismale la *sciatique goutteuse* ou l'accès typique de goutte qui peut survenir en même temps que la sciatique ou au contraire alterner avec elle. Elle est désespérante par sa chronicité.

2° **Les épisodes sciatalgiques secondaires.** — Il faut bien se pénétrer de cette idée que l'algie sciatique n'est souvent qu'un symptôme dont il faut chercher et trouver la cause ailleurs que dans le rhumatisme; il faudra avoir présent à l'esprit que la *syphilis*, la *tuberculose*, *le cancer* sont souvent le point de départ de la manifestation douloureuse.

α. Les sciatiques dues a la syphilis. — Il peut s'agir de *sciatique radiculaire spécifique*, affection qui peut se présenter à l'état pur au cours de la syphilis du névraxe à la période secondaire ou tertiaire de la malade.

Le début en est assez brusque sans lumbago prémonitoire. D'ordinaire la douleur n'est pas continue, mais hachée, intermittente sous forme de véritables élancements partant d'un état quasi normal; n'évoluant sur ce fond douloureux persistant que l'on retrouve dans la sciatique commune. Elle est plus localisée que cette dernière, atteignant seulement les racines du sciatique. On y rencontre très fréquemment des troubles objectifs de la sensibilité (hypoesthésie, anesthésie) prédominant surtout dans le territoire de S_2 et surtout de S_1. L'amyotrophie lorsqu'elle existe présente nettement aussi une topographie radiculaire. Ces manifestations sont souvent *bilatérales*.

Dans sa forme typique elle évolue en deux phases : une phase *algique* avec la seule douleur et les troubles objectifs de la sensibilité : une phase *névritique* avec la disparition des douleurs et l'abolition des réflexes achilléens.

Souvent très *bénigne* elle passe inaperçue et le médecin n'enregistre que la deuxième phase, celle de l'aréflexie.

On ne saurait trop insister dans ces cas sur l'importance des renseignements fournis *par la ponction lombaire*, indispensables pour poser le diagnostic. Cette radiculite est le fait de la méningite syphilitique, c'est dire que l'on notera toujours dans le liquide l'hyperalbuminose, la lymphocytose et souvent un Bordet-Wassermann positif. Ce dernier sera aussi fréquemment positif dans le sang.

A côté de cette radiculite syphilitique isolée on peut rencontrer des radiculites sciatiques au cours du *tabes*, mais dans ce cas les troubles sphinctériens, les irradiations douloureuses vers le périnée et les organes génitaux doivent suspecter le tabes que vient confirmer la présence d'autres signes de la maladie (signe d'Argyll).

On peut encore rencontrer l'algie sciatique au cours de la *méningite syphilitique chronique gommeuse de la queue de cheval* (méningite fibrineuse de la queue de cheval). Ici l'algie est bilatérale (avec prédominance fréquente d'un côté) les troubles moteurs (paralysie) sont précoces, de même que les troubles sphinctériens), les troubles sensitifs objectifs débordent le territoire du plexus sacré et frappent le pourtour anal (plexus honteux). On enregistre une très forte réaction méningée (albumine, lymphocytose énorme); le syndrome de Frouin (liquide xanthochromique avec coagulation massive) n'est pas rare. Le Bordet-Wassermann est positif; mais il faut savoir que cette réaction perd beaucoup de sa valeur diagnostique en cas de liquide xanthochromique.

β. Les sciatiques au cours de la tuberculose. — Ne faisant que citer la *sciatique prétuberculeuse de Landouzy*, première manifestation d'une imprégnation phymateuse de l'organisme, nous mentionnerons brièvement aussi les sciatiques de type radiculaire que l'on peut rencontrer au cours de la *méningite tuberculeuse*, surtout dans sa forme granulique (il n'est pas rare dans ces cas que la lymphocytose habituelle à cette forme de méningite soit remplacée par une polynucléose plus ou moins éphémère qui peut prêter à erreur).

Mais c'est surtout le *mal de Pott lombaire et sacré* qu'il faut envisager. La radiculo-sciatique se produit ici par le mécanisme de la pachyméningite qui déborde largement en haut et en bas les lésions osseuses. Elle est l'apanage de l'enfance.

Dans une première phase la maladie pottique est uniquement algique; les douleurs sont alors bilatérales de topographie assez nettement radiculaire, calmées par le repos et l'immobilisation prolongée sur un lit dur, mais présentant des paroxysmes la nuit lorsque le malade dort. On peut déceler des zones hypoesthésiques à topographie radiculaire. Les réflexes tendineux diminués ou abolis au niveau de la lésion sont plus vifs au-dessous.

Il est indispensable à cette période de pratiquer un examen complet du malade. La *colonne lombaire est méthodiquement explorée :* on note sa contracture massive (véritable bloquage des corps vertébraux), son immobilité douloureuse; on met en évidence par la palpation, par la percussion les points douloureux épineux localisés, toujours les mêmes à des examens successifs. La *radiographie* doit être pratiquée (de face et de profil) : elle est souvent d'interprétation difficile; on pourra discuter sur le pincement des disques (qui doit être manifeste pour avoir de la valeur), sur l'abrasement des angles des corps vertébraux, sur la raréfaction tissulaire de ces corps vertébraux. La radio doit donner des renseignements qui s'imposent à première vue; s'ils prêtent à interprétation, ils prêtent souvent à erreur. Enfin la *ponction lombaire* est souvent d'un grand secours en montrant la dissociation albumino-cytologique (Sicard et Foix) qui vient plaider en faveur d'une compression. Le diagnostic de mal de Pott à à cette période une très grosse importance, car convenablement traité, surtout chez l'enfant, il guérit très bien.

Pour en terminer avec la tuberculose nous ne ferons que citer les *abcès froids* qui causent des sciatiques en venant irriter le nerf; ils proviennent le plus souvent des os ou des articulations voisines (colonne vertébrale, articulation sacro-iliaque ou coxo-fémorale).

γ. Les sciatiques au cours des proliférations néoplasiques diverses. — a. *Le cancer vertébral.* — Dans sa forme typique classique que nous considérons comme la plus fréquente, il s'agit d'une métastase osseuse d'un cancer à distance (sein, estomac, utérus) souvent déjà diagnostiqué et convenablement traité.

Son début est essentiellement algique; des douleurs très intenses, continues, persistant durant le jour et la nuit sans accalmies ouvrent la scène : elles sont à topographie radiculaire, elles peuvent s'accompagner d'éruptions zostériformes: elles constituent longtemps le seul signe de la maladie, car le cancer vertébral agit surtout par la compression des racines au niveau des trous de conjugaison (il y a peu de pachyméningite). Le diagnostic s'appuiera à cette période préparaplégique sur les commémoratifs et sur la *radio* qui montre un ou deux corps vertébraux tassés, aplatis en galette hyper- ou hypo-transparents aux rayons X avec intégrité des disques intervertébraux (gros signe diagnostique avec le mal de Pott).

b. *La tumeur juxta-médullaire énucléable siégeant au niveau de la queue de cheval.* — C'est une variété topographique intéressante par sa fréquence du grand groupe des tumeurs de la moelle. Elle a été mise en valeur en France par Sicard et son élève Laplane et appelée par eux *lumbago xanthochromique* ou forme pseudo-pottique. Schématiquement elle se présente de la sorte.

Il s'agit de malades dans les antécédents desquels

on note déjà plusieurs crises sciatalgiques et qui viennent consulter pour des phénomènes douloureux. Ils se présentent à nous avec une raideur douloureuse de la colonne lombaire s'accompagnant d'irradiations dans les membres inférieurs sur le trajet du sciatique (topographie ordinairement radiculaire). Notre maître Clovis Vincent et nous-même avons insisté sur le caractère plus diffus, plus douloureux de la contracture rachidienne (remontant parfois très haut) et s'opposant au caractère limité parcellaire de la rigidité pottique (plus intense aussi localement). Les douleurs tant locales qu'irradiées ne sont pas influencées par l'épreuve du repos au lit comme dans le mal de Pott, bien au contraire le décubitus dorsal semble les exagérer et ce caractère contribue à entretenir l'agitation très spéciale à cette catégorie de malades. On est frappé par l'absence de syndrome neurologique concomitant quoique l'on note assez fréquemment des modifications dans les réflexes. L'*épreuve du lipiodol sous-arachnoïdien* (Sicard) est ici capitale pour le diagnostic; elle montre un arrêt (dôme à concavité inférieure) de l'huile iodée au-dessus de la tumeur assez volumineuse ordinairement pour bloquer complètement la cavité arachnoïdienne. Cette forme d'arrêt du lipiodol s'oppose à l'arrêt horizontal des pachyméningites (Pott) ou frangé des arachnoïdites. L'examen du liquide céphalo-rachidien décèle dans l'immense majorité des cas une dissociation albumino-cytologique très manifeste avec grosse augmentation du taux de l'albumine et parfois aussi le syndrome de Frouin (xanthochromie avec coagulation massive du liquide céphalo-rachidien).

Ouvrant une petite parenthèse nous annexons ici les *douleurs dites cordonales* que l'on rencontre au cours de l'évolution des compressions (surtout par tumeur) qui siègent au-dessous de la compression. Barré tout dernièrement les a bien distinguées des douleurs radiculaires. Elles peuvent siéger au niveau du sciatique, mais elles restent rarement localisées à un territoire nerveux et elles ne tardent pas à frapper les territoires voisins (crural). Cette tendance à l'extension et à la bilatéralité doit frapper l'observateur; les douleurs cordonales s'accompagnent souvent de sensations brusques et transitoires de dérobement des jambes et d'une sorte d'ataxie des membres inférieurs, transitoire elle aussi. Elles sont souvent très précoces dans l'évolution des compressions par tumeur et les signes neurologiques objectifs qui les accompagnent sont ordinairement très discrets.

c. Une sciatique rebelle doit faire penser à l'*ostéosarcome* de la tête du fémur ou du corps fémoral que la radio révélera.

d. La situation originelle du sciatique dans le petit bassin fait aisément comprendre comment *des tumeurs ou des proliférations néoplasiques ou inflammatoires du pelvis* peuvent engendrer le symptôme sciatique, soit par compression directe ou ganglionnaire, soit par envahissement néoplasique de proche en proche, soit par des phénomènes d'hyperhémie pure. Il faudra donc toujours rechercher par un examen rigoureux chez un sciatalgique les néoplasies du rectum, de la prostate, de la vessie et s'il s'agit d'une femme, le cancer utérin et les affections néoplasiques ou inflammatoires des annexes salpingo-ovariennes (quoique dans ce dernier cas on se trouve plutôt en présence de névralgie obturatrice.

3° Les sciatiques dues à des causes locales de second plan. — *a.* LE TRAUMATISME portant directement sur le nerf sciatique donne rarement le syndrome algique pur. On se trouve en présence d'un syndrome sensitivo-moteur où l'élément moteur l'emporte de beaucoup sur l'élément sensitif. C'est le cas des injections de mercure, de quinine, d'alcool faites maladroitement dans le nerf lui-même. A côté de ces faits il convient d'enregistrer l'algie sciatique brusque véritablement *réflexe* (qui ordinairement dure peu) et qui se produit assez souvent même lorsque l'injection est poussée loin du nerf.

Après l'*accouchement* on peut noter des algies isolées, souvent localisées dans le territoire du sciatique poplité externe dues à la compression du tronc lombo-sacré par la tête fœtale au cours d'un accouchement laborieux ou encore à la suite d'une application de forceps. Dejerine délaissant la pathogénie mécanique croit qu'il s'agit plutôt d'accidents infectieux.

b. PARMI LES MALFORMATIONS DE LA COLONNE LOMBO-SACRÉE il faut envisager la sacralisation douloureuse de L_5 : il s'agit de l'augmentation de volume en épaisseur et en longueur de l'apophyse transverse de L_5, lésion osseuse qui s'accompagne d'une condensation du tissu fibreux voisin, d'où compression de L_5. On enregistre des signes de sciatique et des signes de lumbago. La douleur qui s'atténue par la station horizontale est accrue par les mouvements de flexion et d'extension du tronc : la radio aide au diagnostic.

En regard de cette malformation, il faut placer les spondylites lombo-sacrées d'évolution subaiguë ou chronique d'origine infectieuse banale ordinairement, syphilitique parfois (Dufour); elles se traduisent par un lumbago chronique et des douleurs dans les membres inférieurs à type parfois de sciatique. La radio montre outre les becs de perroquet l'ossification ligamenteuse en nappes engainantes soudant toute une partie du rachis.

c. LES VARICES. — La sciatique à forme tronculaire est fréquente chez les variqueux (Quénu) par atteinte des vasa nervorum. Sa fréquence augmente lorsque les varices se compliquent de phlébite. Elle est ordinairement d'intensité moyenne, c'est plutôt une sensation de tension douloureuse dans le domaine du sciatique; elle cède au traitement chirurgical (exérèse) ou médical (injections intravariqueuses de substances sclérosantes) des varices.

Mentionnons à ce propos la suggestion de Martinet pour qui la sciatique banale sera souvent due à une stase veineuse au niveau des trous de conjugaison ou à une hyperhémie veineuse intrarachidienne créant de véritables varices intrarachidiennes influencées par le traitement à l'hamamelis.

La phlegmatia alba dolens peut aussi engendrer comme séquelle un véritable état sciatalgique à tendance chronique.

4° **Les sciatiques dues à des causes générales en dehors du rhumatisme.** — Quelques causes générales peuvent aussi engendrer la sciatique.

Parmi les *intoxications* mentionnons l'*alcoolisme* qui cependant crée plutôt des polynévrites sensitivo-motrices que des névralgies pures. A côté de l'alcool citons le plomb, le mercure, l'oxyde de carbone. Le *diabète* est lui un grand générateur de névralgies et il occasionne souvent des névralgies sciatiques.

Il faut toujours penser à sa possibilité et toujours rechercher le sucre dans les urines d'une personne déjà âgée qui vient consulter pour sciatique ; il s'agit alors ordinairement de manifestations douloureuses bilatérales, rebelles aux hypnotiques mais pouvant céder au régime et à la cure d'insuline.

Parmi les infections il faut retenir *le paludisme* qui donne une algie sciatique d'allure intermittente, souvent bilatérale qu'il ne faut pas confondre avec les sciatiques réflexes dues aux piqûres intrafessières de quinine. Fournier a décrit une *sciatique blennorragique* qui survient au cours de l'uréthrite aiguë à gonocoques. La douleur va de la fesse au genou, elle dure 15 jours environ et récidive avec chaque nouvelle poussée d'uréthrite. Dans la *grippe* la sciatique peut faire partie du cortège algique très marquée de cette affection qui cependant est davantage myalgique que névralgique. Mentionnons pour terminer les sciatiques en rapport avec l'infection puerpérale.

VI. DIAGNOSTIC

Il convient d'éliminer par un examen complet et méthodique du malade toutes les affections qui ne rentrent pas dans le cadre que nous venons cependant d'élargir considérablement des algies sciatiques.

C'est ainsi qu'on éliminera :

Le rhumatisme musculaire, dans lequel la douleur est beaucoup plus diffuse, réveillée par la palpation directe des masses musculaires et non point par la pression ou l'élongation du nerf ou de ses racines. *La courbature musculaire douloureuse* qui survient à la suite d'un effort, d'une marche, d'une séance d'équitation ou d'escrime se différenciera de la même façon ; elle cède d'ailleurs très rapidement à l'hydrothérapie et aux massages.

Les autres névralgies. — *La névralgie crurale* a ses points spéciaux sur le trajet du nerf (pli de l'aine, pointe du triangle de Scarpa, face antérieure de la cuisse, condyle interne du fémur). Il ne faut cependant pas oublier qu'en cas de funiculite rhumatismale elle coexiste fréquemment avec la névralgie sciatique.

Il en est de même de la *névralgie obturatrice* qui lorsqu'elle existe à l'état isolé se reconnaît à ses points douloureux au niveau des adducteurs et à ses troubles paresthésiques siégant à la face interne de la cuisse. Sa constatation commande la recherche d'une hernie obturatrice causale et chez la femme la possibilité d'une lésion utéro-annexielle.

La névralgie du fémoro-cutanée ou névralgie paresthésique de Roth que l'on voit chez les goutteux et les obèses diabétiques se caractérise par des douleurs plus ou moins vives sur la face antéro-externe de la cuisse se manifestant au cours de la marche ou de la station debout ; ces douleurs s'accompagnent d'une anesthésie cutanée en raquette contrastant avec une douleur très vive au pincement de la peau au même niveau.

Les arthrites de la hanche. — C'est là un gros diagnostic et peut-être le plus important en pratique. A ce propos nous nous permettons de donner un conseil général ; il est du plus grand intérêt d'explorer méthodiquement la hanche de tout individu qui vient consulter pour un syndrome algique ou moteur des membres inférieurs ; *la clef du diagnostic véritable est souvent dans cette exploration.* Il convient d'analyser la douleur spontanée et la douleur provoquée par les diverses manœuvres mises en œuvre, il faut rechercher la contracture de vigilance des muscles péri-articulaires, contracture qui entraîne une limitation très nette des mouvements passifs imprimés à l'article (opérer toujours dans cette recherche par comparaison avec le côté sain) ; enfin il est de toute utilité de clore l'axamen par une radiographie des deux hanches. Cette manière de procéder montrera souvent que la lésion est purement périphérique et ne siège en aucune façon dans le système nerveux. C'est ainsi que chez l'enfant et chez l'adolescent on dépistera un début de coxalgie, chez l'adulte on diagnostiquera une arthrite sèche, chez le vieillard on mettra en lumière un morbus coxæ senilis (ordinairement très douloureux, bilatéral et entraînant une impotence fonctionnelle à peu près complète.

Le même examen méthodique révélera une arthrite sacro-iliaque, une sacro-coxalgie qui dans certains cas nous l'avons vu peuvent présenter le symptôme algie sciatique dans leur symptomatologie à distance.

Les fausses sciatiques. — Ont été surtout observées au cours de la guerre chez des simulateurs ou des exagérateurs. C'est à cause d'elles et pour les dépister que la séméiologie de la névralgie sciatique s'est considérablement accrue de toute une pléiade de petits signes organiques dont nous avons rapporté un grand nombre.

L'*hystérie* enfin peut aussi créer de toutes pièces le syndrome algie sciatique, mais il est cependant à remarquer qu'à l'heure actuelle le pithiatisme crée plutôt des syndromes moteurs que des syndromes algiques ; dans la grande majorité des cas elle sera facile à dépister, survenant brusquement souvent après une crise nerveuse et s'accompagnant d'une anesthésie massive à topographie très étendue.

CONCLUSIONS

Nous avons surtout voulu insister dans ce travail sur la multiplicité des formes étiologiques de la sciatique qui justifie bien à nos yeux le titre de « névralgies sciatiques » donné à notre revue. De cette longue description la conclusion logique est qu'en présence d'une algie sciatique le problème de beaucoup le plus important qui se pose au médecin est celui de l'étiologie. Certes la sciatique dite rhumatismale est chose fréquente, mais il ne faut pas s'obnubiler devant ce diagnostic et il est prudent de ne s'y arrêter que lorsque un examen complet du sujet a permis d'éliminer tous les autres. Dans les cas douteux la radiographie doit immédiatement être mise en œuvre de même que l'examen sérologique du sang ; il ne faudra pas lorsque besoin sera, se passer des très précieux renseignements que peut fournir l'examen du liquide céphalo-rachidien recueilli par ponction lombaire. L'analyse complète des urines, le toucher rectal, le toucher vaginal chez la femme seront toujours pratiqués ; c'est grâce au faisceau d'arguments fournis par tous ces procédés que l'on pourra étayer un diagnostic étiologique concret d'où découlera logiquement un traitement qui pourra être alors plus que symptomatique.

Nous nous proposons, dans une étude ultérieure, de revenir sur ce traitement.

LIVRES NOUVEAUX

Manuel de cardiologie pratique (1), par M. le professeur SCHRUMPF-PIERRON, de la clinique médicale, nouvelle Université du Caire.

Il y a quatre ans, le professeur Schrumpf-Pierron publiait un *Diagnostic cardiologique*, préfacé par le professeur Vaquez, destiné aux cardiologues désireux d'étudier les méthodes subtiles de la cardiologie moderne; ouvrage très documenté mais d'une lecture tant soit peu aride pour le praticien et surtout l'étudiant.

Aujourd'hui, M. Schrumpf-Pierron qui, entre temps a été nommé professeur de clinique médicale à la nouvelle Université du Caire, s'adresse au contraire, dans un *Manuel de cardiologie pratique* précédé d'une préface du professeur Bard, aux praticiens et aux étudiants.

Ces deux livres sont donc très différents l'un de l'autre. Dans le second, l'auteur a laissé de côté tout ce qui est inutile, trop scientifique, trop spécialisé. Il s'est efforcé de faire le choix, nécessaire pour un manuel, entre ce qui est indispensable et ce qui peut être passé sous silence ; il y est parfaitement arrivé.

Un grand soin a été apporté aux dispositions typographiques qui facilitent la lecture et la compréhension : titres et sous-titres en différents caractères, accentuation de tous les passages qui sont principalement à retenir, concentration en quelques lignes des principes fondamentaux, rien n'a été négligé pour faciliter la tâche du lecteur.

Les méthodes instrumentales ne sont rappelées que dans la mesure où elles sont nécessaires à la pratique, « parce qu'il ne faut pas que le praticien s'exagère l'importance de ces méthodes subtiles » ; presque toute la place est accordée à des prescriptions cliniques, mises à la portée de tous et rédigées pour cela avec une clarté et une simplicité qui ne laissent rien à désirer. Un soin tout particulier est accordé à la thérapeutique cardiovasculaire.

Livre à la fois très personnel et très utilitaire, dans lequel l'esprit scientifique se concilie admirablement avec l'esprit pratique et pédagogique ; en faisant honneur à des Maîtres tels que Vaquez et Bard ce manuel sera d'un aide précieux aussi bien aux praticiens qu'aux étudiants. L. G.

L'Opothérapie endocrinienne. Bases physiologiques, syndromes, posologie de l'opothérapie par les glandes à sécrétion interne (2), par le docteur GUY LAROCHE.

C'est pour le médecin que le docteur Guy Laroche a écrit ce livre de pratique basé sur la physiologie et la clinique. Il y apprendra comment les glandes agissent sur l'organisme, comment sont préparés les produits qui lui sont proposés, sous quelle forme ils peuvent être administrés, dans quel cas. Enfin il connaîtra autant qu'il est possible de le faire actuellement les réactions multiples secondaires provoquées dans l'organisme par les glandes.

Après un chapitre consacré à la fabrication des produits opothérapiques et à la posologie en général, le docteur Guy Laroche prend chacune des glandes dont la fonction endocrinienne est reconnue par la plupart des médecins et physiologistes : *le corps thyroïde, les glandes parathyroïdes, le thymus, les capsules surrénales, l'hypophyse, les glandes génitales et les îlots de Langherans du pancréas.* Il indique pour chacune de ces glandes son action physiologique, son rapport avec les autres organes, les syndromes cliniques, les tests cliniques et biologiques; la thérapeutique : produits, posologie, indications, contre-indications. Un chapitre entier est consacré à l'insuline.

On doit faire, dit l'auteur dans sa préface, de l'opothérapie endocrinienne lorsqu'on la juge nécessaire, et toujours s'appuyer sur les fondations solides de la physiologie normale et pathologique.

En donnant ces conseils aux praticiens, le docteur Guy Laroche met entre leurs mains le meilleur guide pour les suivre. L. G.

(1) In-8, 67 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, N. Maloine.
(2) Un vol. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Consultations de thérapeutique oculaire à l'usage des praticiens (1), par le docteur H. VILLARD, professeur agrégé d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Ce petit livre a été conçu et rédigé pour pouvoir être consulté rapidement par le médecin dans toutes les maladies de l'œil qu'il rencontre et qui ne sont pas du domaine exclusif de la spécialité. Aussi l'auteur s'est limité volontairement à l'étude thérapeutique des maladies du segment antérieur et des annexes de l'œil.

Qu'il s'agisse d'un *eczéma des paupières, d'une variété quelconque de conjonctivite, d'un leucome, d'un glaucome, d'une plaie de la cornée, etc.*, le médecin trouve une courte définition de cette maladie, puis les caractères cliniques qui permettent de la reconnaître pour établir un diagnostic et préciser un traitement rationnel; enfin une indication des traitements. L. G.

Le traitement moral : de l'autosuggestion à l'éducation de la volonté (2), par le docteur Paul-Emile LÉVY (de Paris), ancien interne des hôpitaux.

Ce nouvel ouvrage du docteur Paul-Emile Lévy condense, sous une forme remarquablement claire et vivante, les idées déjà exposées par lui dans ses livres antérieurs : *Education de la Volonté*, et *Neurasthénie et Névroses*.

Tout en rendant hommage aux travaux de Babinski, P. Janet, etc., l'auteur souligne cependant le rôle prépondérant, joué par l'école Nancéienne, dont il est lui-même le continuateur. Quatre étapes ont marqué l'évolution de la psychothérapie : d'abord, *hypnotisme*, de Liébeault; puis *suggestion à l'état de veille*, de Bernheim. Les deux dernières constituent l'œuvre personnelle du docteur P.-E. Lévy : *l'autosuggestion*, décrite par lui, il y a vingt-cinq ans, et qu'on a prétendu, ces derniers temps, redécouvrir, en lui attribuant, d'ailleurs, une forme beaucoup trop simpliste ; plus récemment, *l'éducation de la volonté*, ou *cure de direction*, qui représente vraiment l'aboutissant définitif de la psychothérapie.

Ici, plus aucun procédé hypnotique, ou d'apparence plus ou moins impressionnante, mais de simples conversations familières, *explicatives*, avec le malade traité. Le but du traitement, réellement *causal*, est de modifier le *terrain morbide* lui-même, en corrigeant la mentalité générale. Joint au traitement physique, toujours nécessaire, il parviendra ainsi à déterminer une guérison, non plus temporaire, comme il advenait trop souvent par la méthode suggestive, mais durable et complète, sans rechute ultérieure.

Le champ d'action de la psychothérapie est très étendu. Il englobe principalement la plupart des maladies dites *fonctionnelles* : En première ligne, les psychonévroses, hystérie, neurasthénie, phobies, angoisses, obsessions; les troubles du caractère, émotivité, timidité, sensualité, sur laquelle Freud s'est concentré trop exclusivement; les troubles nerveux localisés, si nombreux et si variés : névralgies, douleurs diverses, insomnie, migraines, vertiges, palpitations, etc., enfin les maladies non lésionnelles des diverses organes, telles que dyspepsies, entérites, où l'efficacité de la thérapeutique psychique se montre particulièrement remarquable, etc.

Riche en idées neuves, ce livre sera lu et médité avec profit. L. G.

Théorie des vitamines et ses applications. Essais de vitaminologie (3), par Jean LORENZINI (de Pavie), avec préface de Ch. RICHET.

Cet ouvrage n'est pas une compilation plus ou moins fidèle des travaux parus sur la question. C'est une étude critique complétée par des données expérimentales nouvelles et des faits cliniques qui permettent de déterminer la position biologique des vitamines. L. G.

(1) Un vol. de 184 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.
(2) Un vol. in-16, 64 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Hachette.
(3) Un vol. in-8. — Prix : 8 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine,
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine.
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.
L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Étudiants français, 20 francs par an.
Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — L'ouverture des concours pour les prix à décerner à MM. les élèves internes en médecine de quatrième année (année 1925-1926) aura lieu :

Pour le *concours de médecine*, le lundi 18 janvier 1926, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu;

Pour le *concours de chirurgie et d'accouchements*, le jeudi 21 janvier 1926, à 16 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les élèves qui désireront y prendre part seront admis à se faire inscrire au bureau du Service de santé de l'administration tous les jours, de 14 à 17 heures, du 16 au 28 novembre 1925 inclusivement.

Les mémoires prescrits comme épreuve des concours devront être déposés au bureau du Service de santé au plus tard le samedi 28 novembre 1925, à 17 heures, dernier délai.

— Concours de l'externat. — L'épreuve écrite du concours de l'externat aura lieu à la date fixée, le mercredi 28 octobre 1925, à 9 h. 30, au gymnase municipal Huyghens, 10, rue Huyghens (XIVe).

Seront seuls admis dans la salle les candidats porteurs du bulletin spécial qui leur a été délivré par l'administration au moment de leur inscription au concours.

Les candidats étant obligatoirement tenus d'occuper les places marquées à leur nom sont invités à se présenter dès 8 h. 45.

BOURSES DE DOCTORAT. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 26 octobre 1925.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et être âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre.

Les registres d'inscription seront clos le 17 octobre, à seize heures.

Conditions d'admission a concourir et nature des épreuves. — Sont admis à concourir :

A. — *Ancien régime d'études.* — 1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions qui ont obtenu un minimum de 75 points à l'examen de certificat d'études physiques, chimiques et naturelles et à l'examen du certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de 1re année.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions qui ont subi avec la note bien le premier examen probatoire :

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions qui ont subi avec la note bien le deuxième examen probatoire :

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions qui ont subi avec la note bien le troisième examen probatoire,

B. — *Nouveau régime d'études.* — Ces candidats pourvus de quatre, huit, douze ou seize inscriptions qui ont subi avec la note bien l'examen de fin d'année correspondant à leurs inscriptions.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites, savoir :

Etudiants à quatre inscriptions : Une composition d'anatomie :

Ostéologie, arthrologie, myologie, angiologie.

Etudiants à huit inscriptios : *a.* Une composition d'anatomie (névrologie, splanchnologie) ou une composition d'histologie.

b. Une composition de physiologie.

Etudiants à douze inscriptions : *a.* Une composition de médecine.

b. Une composition de chirurgie.

Etudiants à seize inscriptions : *a.* Une composition de médecine.

b. Une composition de chirurgie ou une composition sur les accouchements.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

N. B. — Peuvent obtenir sans concours une bourse de

doctorat en médecine de 1re année, les candidats qui justifient :

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de 75 points au moins à l'examen du certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de 80 points au moins audit certificat.

Soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention assez bien au certificat d'études supérieures de sciences portant sur la physique, la chimie et l'histoire naturelle, soit de la mention assez bien au baccalauréat et de la mention bien audit certificat.

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG. — Le *Journal officiel* du 16 septembre 1925 publie le décret suivant, en date du 8 septembre 1925, portant incorporation dans les cadres généraux du personnel enseignant et scientifique et du personnel scientifique non-enseignant de l'Université de Strasbourg :

« ARTICLE PREMIER. — Les membres du personnel enseignant et scientifique des facultés de l'Université de Strasbourg nommés au titre et selon les règlements du statut local sont respectivement incorporés dans les cadres généraux correspondants, savoir :

Professeurs ;
Chargés de cours et maîtres de conférences ;
Chefs de travaux ;
Préparateurs,

avec le grade, à la classe et avec l'ancienneté de classe déterminée, pour chacun d'eux, par la durée de ses services.

Les trois fonctionnaires dont les noms suivent et qui rentrent dans la catégorie définie par l'alinéa 1er du présent article, sont incorporés conformément aux dispositions dudit alinéa.

M. le docteur Schaaf, radiologiste à la Faculté de médecine, dans le cadre des préparateurs des facultés de médecine des départements.

M. Burr, conservateur adjoint du musée zoologique, dans le cadre des chefs de travaux des facultés de médecine des départements.

M. Scherdlin, conservateur adjoint du musée zoologique, dans le cadre des préparateurs des facultés des sciences des départements.

ART. 2. — Les membres du personnel enseignant et scientifique des facultés et de l'observatoire de l'Université de Strasbourg, nommés depuis le 11 novembre 1918 et n'appartenant ni au cadre local ni au cadre général, mais remplissant les conditions prévues par les règlements qui régissent ce dernier cadre, sont respectivement incorporés dans les cadres généraux correspondants, savoir :

Professeurs ;
Chargés de cours et maîtres de conférences ;
Astronomes et aides-astronomes ;
Chefs de travaux ;
Préparateurs,

avec le grade, à la classe et avec l'ancienneté de classe qu'ils auraient acquis s'ils avaient été nommés dans les conditions normales.

Les quatre fonctionnaires dont les noms suivent et qui rentrent dans la catégorie définie par l'alinéa 1er du présent article sont incorporés conformément aux dispositions dudit alinéa.

M. Briquet, conservateur des collections du service de la carte géologique d'Alsace et Lorraine, dans le cadre des chefs de travaux des facultés des sciences des départements.

Mlle Gillet, secrétaire du service de la carte géologique d'Alsace et Lorraine, dans le cadre des préparateurs des facultés des sciences des départements.

M. le docteur Ohlmann, radiologiste à la faculté de médecine, dans le cadre des préparateurs des facultés de médecine des départements.

Mme Houard, conservateur des collections de l'institut de botanique de la faculté des sciences dans le cadre des préparateurs des facultés des sciences des départements.

ART. 3. — Les fonctions d'agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg sont exercées soit par des agrégés soit, à titre transitoire, par les chargés de cours actuellement en service, qui sont incorporés dans le cadre général sans modification d'appellation ni d'attributions.

Le traitement des chargés de cours visés à l'alinéa précédent est égal à celui des agrégés sans toutefois que cette disposition puisse réduire le montant de leurs émoluments actuels.

Les dispositions des décrets des 13 mars 1924 et 6 février 1925 sont applicables à ces chargés de cours.

ART. 4. — L'emploi de directeur du service de la carte géologique d'Alsace et de Lorraine est maintenu dans le cadre du personnel de l'Université de Strasbourg jusqu'à la cessation des fonctions de son titulaire actuel. Le traitement y afférent est celui de professeur de faculté.

M. de Margerie, directeur du service de la carte géologique d'Alsace et de Lorraine, est incorporé dans le cadre du personnel de l'Université de Strasbourg, à l'emploi prévu à l'alinéa 1er du présent article.

ART. 5. — Le présent décret prend effet du 1er janvier 1924. »

PRÉPARATION MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 19 septembre 1925 publie, p. 9117 à 9122 :

1° La liste nominative des élèves de l'Ecole du service de santé militaire qui ont subi avec succès les épreuves du brevet de préparation militaire supérieur en 1925 ;

2° La liste nominative des élèves de l'Ecole du service de santé de la marine qui ont subi avec succès les épreuves du brevet de préparation militaire supérieur en 1925 ;

3° La liste nominative des jeunes gens bénéficiant des dispositions de l'article 37 de la loi du 1er avril 1923 et ayant obtenu le brevet de préparation militaire supérieur avec indication des sections d'infirmiers dans lesquelles ils doivent être incorporés en fin de sursis.

TÉMOIGNAGE OFFICIEL DE SATISFACTION. — Un témoignage officiel de satisfaction a été accordé à M. le médecin de 2e classe Degoul (A.-J.-J.-A.), du port de Lorient : (*J. O.*, 17 septembre 1925).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec une très vive peine la mort de notre excellent confrère le docteur Courgey, d'Ivry, décédé à la Talmouse, près de Crépy-en-Valois, dans sa soixante-dix-huitième année.

Le docteur Courgey avait consacré sa vie aux œuvres sociales et notamment à la préservation de l'enfance. C'était un homme de bien dans toute l'acception du mot, c'était aussi une grande et belle intelligence qui avait compris tout ce que l'on peut obtenir du peuple en allant à lui.

Nous conserverons pieusement le souvenir de cet homme aimable et bienveillant qui n'a jamais eu que des amis.

Que madame Courgey veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde et très respectueuse sympathie.

EXAMEN SPÉCIAL POUR LES INFIRMIERS ET INFIRMIÈRES VICTIMES DE LA GUERRE. — Le délai pour le dépôt des dossiers des candidats ou candidates à l'examen spécial institué pour les infirmiers, infirmières ou masseurs, victimes de la guerre, fixé à l'article 1er du décret du 25 novembre 1924, est prorogé jusqu'au 25 novembre 1926.

SUR UN CAS DE SCLÉROSE LATÉRALE AMYOTROPHIQUE

A DÉBUT PSEUDO-POLYNÉVRITIQUE AVEC PRÉCOCITÉ DES TROUBLES VASO-MOTEURS

Par P. HARVIER et JEAN BLUM.

Nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre, depuis près d'un an et demi, un cas de sclérose latérale amyotrophique, dont le début nous semble présenter quelques particularités dignes d'être signalées.

L... (Timothée), âgé de quarante et un ans, ouvrier agricole, vient nous consulter au mois de *mars 1924* pour des troubles apparus six mois auparavant (en *septembre 1923*) au niveau du membre inférieur gauche, troubles dont la persistance l'inquiète à juste titre.

Après un travail prolongé ou une marche un peu longue, sa jambe gauche est moins souple dans ses mouvements et son pied lui paraît fléchir. Lorsqu'il se tient sur la pointe des orteils, le pied cède brusquement et retombe sur le sol par toute sa face plantaire.

De temps à autre, la nuit, il ressent, toujours dans ce même membre gauche, de petits sursauts involontaires qu'il attribue à la fatigue de la journée, en même temps que quelques engourdissements passagers.

Son travail s'en trouve gêné et il attache d'autant plus d'importance à tous ces phénomènes qu'il avait joui jusque-là d'une excellente santé.

De fait, on se trouve en présence d'un sujet très musclé et même d'une force peu commune.

On constate un degré très minime d'atrophie du quadriceps gauche — une légère hypertrophie des jumeaux correspondants — un peu de steppage et l'examen neurologique se borne à mettre en évidence un affaiblissement dans l'extension du pied gauche, unique localisation et seule modification de la force segmentaire.

Tous les réflexes tendineux sont normaux et égaux, non seulement au membre inférieur, mais au membre supérieur : pas le moindre signe de la série pyramidale; aucun trouble de la sensibilité.

Mais l'attention est attirée par l'abaissement notable et constant de la température locale à gauche : il est facile de l'apprécier, par comparaison avec le côté opposé, au niveau de l'extrémité inférieure du membre, au pied surtout, d'où il gagne l'ensemble de la jambe pour s'atténuer dans la région du creux poplité.

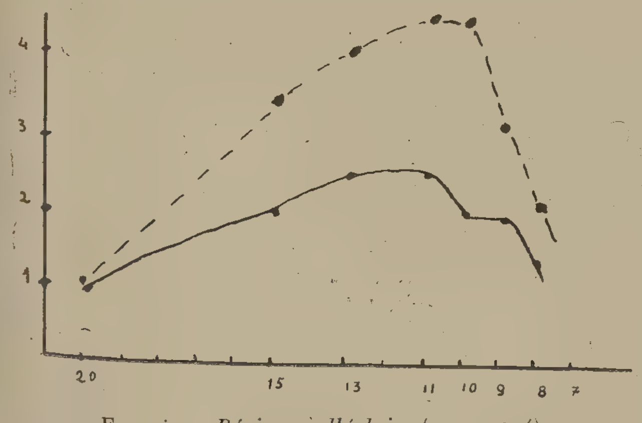


FIG. 1. — *Région malléolaire* (mars 1924).

En trait pointillé — — — —, tracé oscillométrique du côté droit.
En trait plein ————, Id. gauche.

Les mesures oscillométriques prises au Pachon au niveau des malléoles mettent en évidence une diminution appréciable de l'indice oscillométrique à gauche.

L'examen somatique ne donne pas de renseignements bien particuliers : la ponction lombaire retire un liquide normal sauf une discrète hypercytose : quatre lymphocytes par millimètre cube avec 0g25 d'albumine : le Wassermann est négatif.

Deux mois plus tard, en mai 1924, le tableau clinique s'est précisé.

La faiblesse des extenseurs des orteils a fait des progrès : le steppage limité au membre inférieur gauche est de plus en plus marqué, la force segmentaire considérablement diminuée dans le domaine des raccourcisseurs du pied.

La réflectivité n'est pas davantage modifiée que lors du precédent examen.

Mêmes troubles vaso-moteurs, même aspect de la courbe oscillométrique.

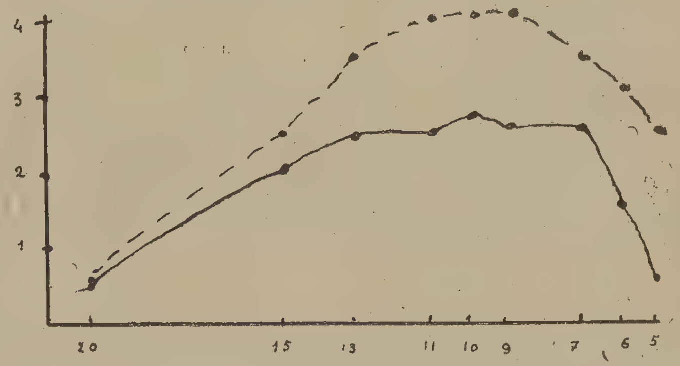


FIG. 2. — *Région malléolaire* (mai 1924).

Les secousses fibrillaires ne sont notées pour la première fois que quelques semaines après, au dixième mois de la maladie, assez nombreuses sur les deux cuisses, surtout à gauche, plus rares au niveau des jambes.

Pendant plusieurs mois, de juillet 1924 à avril 1925, l'affection semble se stabiliser : elle prend le masque d'une polynévrite du membre inférieur gauche.

La marche est devenue de plus en plus difficile, du fait du steppage.

Le pied est ballant et il existe une atrophie notable de la musculature de la cuisse, se traduisant à la mensuration par une différence de 1cm5 à 2 centimètres : elle contraste avec l'hypertrophie persistante des jumeaux (36 centimètres à gauche contre 34cm5 à droite).

Au niveau de tous ces muscles on constate des secousses fibrillaires spontanées.

La recherche de la force musculaire donne les résultats suivants :

La flexion du pied est à peine possible à gauche et l'extension est très diminuée par rapport au côté opposé;

Les mouvements des orteils sont à peu près supprimés, sauf le mouvement de flexion qui persiste à l'état d'ébauche;

L'extension de la jambe gauche est affaiblie, tandis que la flexion est normale;

L'adduction des genoux et l'extension de la cuisse paraissent également d'une force normale.

Les réflexes rotuliens restent égaux des deux côtés : par contre, l'achilléen gauche est affaibli.

Le cutané plantaire se fait en flexion. Le réflexe d'adduction du pied (Juster) est négatif.

Le crémastérien, normal à droite, est faible à gauche et de tous les réflexes abdominaux, seul le supérieur droit semble conserver son intégrité absolue.

Aux membres supérieurs, aucune modification : pas trace d'amyotrophie; force musculaire et réflectivité parfaites.

La sensibilité n'est atteinte dans aucun de ses modes.

Les troubles vaso-moteurs s'accentuent; le refroidissement gagne le milieu de la cuisse gauche et au Pachon les courbes ne sont pas moins caractéristiques.

L'*examen électrique* confirme les données cliniques :

L'excitation du S.P.E. ne fait pas contracter le jambier antérieur : il fait contracter les autres muscles du groupe antéro-externe, mais plus faiblement que du côté droit.

Hypoexcitabilité faradique très marquée du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil,

Hypoexcitabilité faradique moins marquée des extenseurs communs des orteils et des péroniers.

Au galvanique, la contraction du jambier antérieur et de l'extenseur propre est légèrement ralentie; les autres muscles du même territoire se contractent assez brusquement.

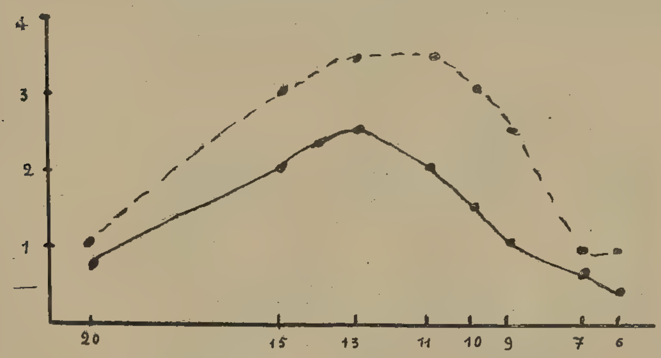


FIG. 3. — *Région malléolaire* (avril 1925).

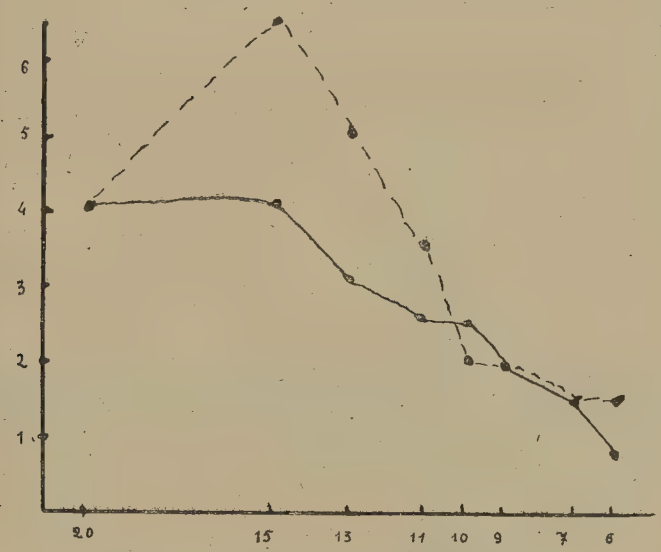


FIG. 4. — *Canal de Hunter* (avril 1925).

Hypoexcitabilité faradique et galvanique assez marquée des jumeaux et des muscles de la loge interne de la plante du pied.

Hypoexcitabilité faradique et galvanique très marquée du pédieux.

En résumé : réaction de dégénérescence très marquée du jambier antérieur et de l'extenseur propre du gros orteil; hypoexcitabilité plus ou moins prononcée pour les autres muscles de la jambe et du pied gauches, quel que soit le territoire nerveux auxquels ils appartiennent.

En *mai 1925* le processus a gagné le membre opposé jusque-là indemne; des troubles parétiques de la jambe droite sont signalés par le malade et leur traduction objective ne laisse aucun doute :

Diminution de la force dans le domaine des extenseurs du pied droit, sans atteinte d'autres groupes musculaires.

L'amyotrophie a fait des progrès considérables à gauche, et a gagné les jumeaux.

Le réflexe achilléen gauche a disparu et le réflexe patellaire du même côté est affaibli par rapport au côté opposé : la percussion du tendon rotulien décèle pour la première fois une ébauche de contro-latéral bilatéral.

Pas de modification des réactions électriques :

Hypoexcitabilité faradique et galvanique très marquée dans le territoire du S.P.E. gauche avec lenteur de la secousse : réaction de dégénérescence nette.

A droite, légère hypoexcitabilité des muscles innervés par le S.P.E., mais secousse brusque.

Le malade est soumis à un dernier examen en *juillet 1925* et si le diagnostic avait pu rester jusque-là en suspens, il devenait alors manifeste. En effet :

L'*atteinte des membres supérieurs* se révèle, à cette date, par de l'engourdissement des doigts gauches et une certaine difficulté dans l'accomplissement des mouvements délicats et, objectivement, par une diminution de la force des fléchisseurs, et surtout des extenseurs de la main gauche et une préhension moins bonne des objets.

Un *signe de Babinski* bilatéral apparaît, certes ébauché à gauche, mais particulièrement net à droite ou à l'extension du gros orteil s'ajoute un éventail complet.

Une dernière mesure oscillométrique se montre absolument identique aux précédentes.

En somme, il s'agit d'une sclérose latérale amyotrophique rentrant dans le cadre des formes pseudopolynévritiques, dans laquelle les troubles vasomoteurs ont pris d'emblée une telle importance qu'il nous a paru intéressant de les relever.

Ce type clinique de la sclérose amyotrophique est bien connu et nous ne nous y attarderons pas.

Les rapports récents discutés à la dernière Réunion annuelle de Neurologie ont à nouveau insisté sur le polymorphisme extrême de la maladie de Charcot.

Tantôt c'est la forme classique, schématique, débutant par les membres supérieurs pour envahir secondairement les membres inférieurs et se compliquer de troubles bulbaires.

Parfois, le début est bulbaire et l'extension se fait aux membres, d'abord les supérieurs, puis les inférieurs.

Dans d'autres cas enfin, les membres inférieurs sont initialement atteints et la paralysie y réalise le type soit d'une paraplégie spasmodique, soit moins souvent d'une polynévrite.

Notre observation rentre dans cette dernière catégorie de faits, sur lesquels Patrikios a insisté et dont nous relevons quatre exemples caractéristiques dans sa thèse (obs. XVIII à XXI) :

Début par le pied.

Envahissement progressif de tout le membre, puis du membre opposé.

Atteinte ultérieure du membre supérieur.

Nous avons pu suivre chez notre malade, degré par degré, la marche de l'affection, les étapes progressives de son évolution ascendante, en notant toutefois combien a été tardif dans ce tableau de poliomyélite antérieure avec conservation des réflexes, le premier symptôme de perturbation pyramidale (contro-latéral, puis Babinski).

Par contre, les troubles vaso-moteurs se sont montrés d'une précocité et d'une intensité remarquables. Dès le premier examen, alors que le tableau clinique se réduisait à une amyotrophie minime avec affaiblissement de la force segmentaire, l'attention était attirée par le refroidissement marqué et constant du membre et la mesure de la tension artérielle montrait du même côté une diminution notable de l'indice oscillométrique; la série des graphiques, portant sur près de deux ans d'évolution, confirmait la persistance et même l'accentuation de ces symptômes.

Ces faits, d'ordre banal au cours de toute une série d'affections médullaires [myélite transverse, syringomyélie, paralysie infantile (Souques)], n'ont été que rarement signalés dans la sclérose latérale amyotrophique.

Néri, dans son rapport à la dernière réunion neurologique internationale, insiste même sur la rareté des troubles vaso-moteurs; à ce propos, il rappelle le cas d'une malade observée dans le service du

professeur Guillain, chez laquelle des troubles vaso-moteurs, non précisés d'ailleurs, s'accompagnaient de sensations subjectives pénibles au niveau de l'extrémité des doigts. Il relève également l'observation de Van Bogaert (1), dans laquelle des phénomènes d'ordre vaso-moteur intenses et paroxystiques s'associaient à un syndrome douloureux de type sympathique; mais, dans cette observation, tous les signes de la sclérose latérale existaient au complet.

Nos constatations sont superposables aux précédentes et, bien que réduite à ces seules manifestations cliniques — hypothermie et hypotension — la perturbation du système sympathique n'y est pas moins évidente.

Mais le point intéressant de notre observation est la précocité même de ces troubles, à une phase de la maladie, où le diagnostic ne pouvait être posé avec certitude.

LA FONCTION PSYCHIQUE DE RECONNAISSANCE

Par R. BENON,

Médecin du Quartier des Maladies mentales de l'Hospice général de Nantes.

A. Il importe, à notre avis, en psychologie normale, de décrire à part la fonction cérébrale de reconnaissance. Elle fera nécessairement l'objet d'un chapitre spécial dans les ouvrages à venir touchant les sciences psychologiques. Elle doit être distinguée de la perception, puisque percevoir n'est pas reconnaître. Elle ne doit pas non plus être confondue avec la mémoire : la reconnaissance des souvenirs dont parlent les auteurs qui traitent de la mémoire, n'est pas la reconnaissance sur laquelle nous attirons l'attention. La reconnaissance d'un souvenir, facilement évoqué, bien localisé dans le temps et l'espace, est un phénomène purement représentatif, purement idéatif. La reconnaissance que nous étudions est un phénomène psychique secondaire à une *sensation* déterminée, ou à plusieurs sensations. La sensation éveille des souvenirs, et l'objet, la personne, le lieu sont immédiatement ou progressivement reconnus.

B. La pathologie nerveuse ou mentale de la fonction psychique de reconnaissance nous paraît très importante; nous voulons en faire un résumé succinct. Elle comprend : l'agnosie, la paragnosie, la confusion mentale, le délire d'interprétation.

I. **L'agnosie**. — L'agnosie est la non-reconnaissance, consciente, par les organes sensoriels, des objets, des personnes ou des lieux. Généralisée, l'agnosie porte sur tous les sens. Partielle, elle touche un seul sens, ou même une fonction spéciale de ce sens; elle représente alors des types cliniques curieux et rares. On distingue (agnosie partielle) :

1. L'agnosie auditive ou surdité psychique, qui est la non-reconnaissance ou la non-identification des bruits qui se passent autour du patient, quoique celui-ci ne soit atteint ni de surdité proprement dite, ni de surdité verbale (aphasie sensorielle ou aphasie de Wernicke);

2. L'agnosie visuelle ou cécité psychique, qui est la non-reconnaissance ou la non-différenciation par la vue des objets, des personnes, des lieux, etc. La vue, — organe le plus intellectuel des sens, — comporte plusieurs variétés d'agnosie, qui sont : l'asymbolie (non-identification des objets, de leurs formes, de leurs lignes, de leurs couleurs), l'agnosie topographique (non-reconnaissances des lieux), etc.;

3. L'agnosie tactile, ou astéréoagnosie, — la plus commune des agnosies, — qui est la non-reconnaissance des objets et de leur usage, par le toucher;

4. L'agnosie gustative, ou agnosie différentielle, qui est la non-reconnaissance des saveurs par le goût;

5. L'agnosie olfactive, ou anosmie différentielle, qui est la non-reconnaissance des odeurs par l'odorat;

6. L'auto-agnosie, qui est la non-reconnaissance de notre moi physique. Elle indique un trouble de la cénesthésie (laquelle, dit J. Tastevin, est l'ensemble des sensations faibles, mais innombrables, qui, localisées aux multiples parties du corps, nous donnent à tout instant le sentiment de son existence).

II. **Paragnosie**. — Les phénomènes de paragnosie englobent tous les phénomènes de fausse reconnaissance (para, gnosie, reconnaissance, à côté). La paragnosie n'est pas la paramnésie pour les mêmes raisons que l'agnosie diffère de l'amnésie. Les illusions simples sont-elles des paragnosies? Ce sont, à notre avis, des troubles de la perception et non pas des troubles de la reconnaissance : la reconnaissance nécessite de la part du sujet l'analyse, la réflexion; dans l'illusion, l'erreur sensorielle est immédiate. Les illusions de fausse reconnaissance qu'on observe si nettement dans la psychose de Korsakoff, dans certains délires systématisés chroniques, sont des paragnosies. Tous les sens, naturellement, peuvent être l'objet de phénomènes paragnosiques; la vue est l'organe qui en est le plus souvent le siège.

Déjà vu. — Les illusions du déjà vu, du déjà entendu, etc., représentent, pour nous, des troubles de la fonction psychique de reconnaissance, c'est-à-dire des paragnosies. Le sujet est particulièrement conscient de son état et s'étonne du sentiment qu'il éprouve, des réflexions et des objections de l'observateur.

Audition colorée. — Nous pensons que l'audition colorée doit, aussi, être classée parmi les phénomènes paragnosiques. Des sensations auditives produites par des sons ou des mots, et qui éveillent des perceptions et des reconnaissances de couleurs, cela ne constitue-t-il pas une variété de paragnosie?

III. **La confusion mentale**. — La confusion mentale est un syndrome psychopathique, essentiellement caractérisé par des troubles complexes, généralisés, inconscients, de la perception, de la reconnaissance et de l'attention, qui ne laissent après eux aucun souvenir dans la mémoire du sujet. Ils diffèrent donc des troubles agnosiques, dans lesquels l'attention est bien conservée et sensiblement normale. On doit faire rentrer dans la confusion mentale :

1. La carphologie,
2. Le coma vigil,
3. Le délire tranquille,
4. Le délire professionnel,

(1) Van Bogaert. *Revue neurol.*, nov. 1924.

5. Le délirium tremens,
6. L'ataxie (et l'ataxo-adynamie) des états infectieux : fièvre typhoïde, rhumatisme articulaire aigu, variole, méningite cérébro-spinale, etc.

Il importe de fixer deux formes de confusion mentale : 1. la confusion mentale aiguë avec agitation, et avec ou sans fièvre; 2. la confusion mentale subaiguë, sans agitation, et, en général, sans fièvre.

Confusion mentale aiguë. — La confusion mentale aiguë, c'est la confusion mentale avec propos très incohérents, incompréhensibles même, et grand désordre des actes. C'est l'ataxie des auteurs ou l'ataxo-adynamie, quand il y a alternatives d'agitation et de dépression; c'est encore le coma vigil, expression qui tend, sans doute, à mettre en relief l'inconscience du sujet en même temps que son agitation. Cette confusion mentale aiguë s'accompagne le plus souvent de fièvre : elle doit être distinguée, croyons-nous, du délire aigu, autre psychopathie avec fièvre, qui est soit de la manie avec fièvre, soit du délire hallucinatoire avec fièvre.

Confusion mentale subaiguë. — La confusion mentale subaiguë est moins incohérente que la précédente dans ses manifestations intellectuelles et motrices. La conversation avec le patient est relativement possible, quoique son attention soit très troublée. On constate assez facilement les troubles de la reconnaissance qui portent sur les lieux, les personnes, les objets et le temps. Par moments, on note de la carphologie, du « délire » tranquille (marmottement de paroles vagues et incompréhensibles). Interpellé vivement, au cours de ces troubles profonds, ou frappé par une voix connue, le patient se ressaisit un peu, répond aux questions posées, mais en faisant de grosses erreurs de lieux et de temps, etc. Quelquefois, on observe nettement du délire professionnel : les troubles de la reconnaissance des lieux, des personnes, des objets sont alors bien caractérisés et considérablement développés. L'expression délire est mauvaise pour désigner de tels états, mais elle est consacrée par un assez long usage.
La confusion mentale subaiguë peut aboutir à l'incohérence totale et à l'agitation (confusion mentale aiguë); elle peut se compliquer d'hallucinations (confusion mentale hallucinatoire), etc.

IV. **Délire interprétatif chronique.** — Nous pensons que le délire d'interprétation chronique est un délire paragnosique. Les interprétations multiples, fantastiques, mobiles, ne constituent pas la base de ce délire; ce sont les illusions de fausses reconnaissances, les troubles paragnosiques qui sont essentiels. Avec J. Tastevin, nous avons souvent discuté de la nature de cette psychose chronique : il attachait, lui, une grande importance aux phénomènes parathymiques que présentent incontestablement de tels malades. Les vésanies systématisées, plus ou moins progressives et incurables, hallucinatoires ou non, représentent un gros chapitre de la pathologie mentale encore plein d'obscurités.

*
* *

Cette petite étude de clinique mentale démontre, croyons-nous, qu'on doit pouvoir arriver, en psychologie normale et pathologique, par l'examen des faits, à des précisions subjectives aussi grandes que dans les autres sciences. Une conception positive et une bonne terminologie des phénomènes psychiques, exemptes de préoccupations métaphysiques et d'interprétations finalistes, ne doivent pas être au delà du savoir humain.

ACTUALITÉS

QU'EST-CE QUE LE MAL DES MONTAGNES?

Les nombreux accidents de montagnes, relatés, ces derniers temps, par les journaux, ont porté beaucoup de gens à en accuser « l'Alpe homicide ». Accusation un peu injuste, car, à y regarder de près, le rocher et le glacier ne jouent qu'un rôle peu considérable dans l'événement. Assurément une glissade, un manque de prise, une chute de pierres dans une cheminée, l'effondrement d'un pont de neige sont le plus ordinairement à l'origine des accidents, mais deux facteurs interviennent presque toujours pour les expliquer, l'imprudence et le mal des montagnes. Combien de gens ont trouvé la mort parce que, sans expérience et sans guide, ils se sont risqués à des ascensions qu'ils ne supposaient pas difficiles. Un moment d'inattention suffit dans les passages un peu dangereux. Quant au mal des montagnes, son intervention, pour être plus exceptionnelle, n'est point cependant sans effet. On sait que, sauf de très rares et discutables observations, il ne tue pas, mais, surtout quand l'excursionniste est seul ou que la troupe n'est pas encordée, il peut provoquer, par ses vertiges, ses malaises, le sommeil invincible qu'il cause parfois, une chute mortelle. Malheureusement, les pauvres victimes ne sont plus là pour indiquer les causes de la catastrophe qui restent mystérieuses, mais il est à noter que, plus d'une fois, les guides ont constaté que des alpinistes assez expérimentés lâchaient pied tout à coup et justement dans des passages qui n'étaient pas particulièrement dangereux. La cause, dans ces cas-là, doit être cherchée parfois dans un accès de mal des montagnes. Qu'est-ce donc, au juste, que ce mal, sur lequel on a déjà tant discuté?

*
* *

Le mal des montagnes, qu'il ne faut pas confondre, comme on le fait trop souvent, avec le mal des altitudes, propre, par exemple, aux aviateurs, est un mal capricieux : il prend un peu à toutes les hauteurs, à partir de 1.200 à 1.500 mètres, frappe aujourd'hui certaines personnes qu'il épargne le lendemain à peu près dans les mêmes circonstances; il y a des excursionnistes qui ne l'ont jamais éprouvé tandis que d'autres y sont fort sujets. Cela signifie sans doute que des facteurs très variables entrent en jeu pour le produire. Parmi ces facteurs, le premier qui se présente à l'esprit et qu'invoqua Paul Bert est la diminution de la tension de l'oxygène dans l'air à mesure que l'on s'élève et cette anoxhémie entraîne des phénomènes toxiques par formation de produits mal comburés, qui déterminent la céphalée, la torpeur, les nausées et les vomissements, l'oligurie, etc., le tout pouvant aboutir au coma, dont on n'arrive à triompher qu'en descendant le patient à une altitude assez basse. Pour H. Guillemard et R. Moog, les symptômes du mal des mon-

tagnes se ramènent à ceux d'une crise d'urémie plus ou moins intense. A cette théorie s'oppose, pour ainsi dire, celle de A. Mosso, qui veut que ce mal soit dû à l'acapnie, c'est-à-dire à une insuffisance de l'acide carbonique dans le sang, car le mélange d'oxygène et d'acide carbonique, — Bayeux vient de le démontrer encore, — s'absorbe mieux que l'oxygène pur. Mais, au point de vue physiologique, cette conception se heurte à une difficulté signalée par Laignel-Lavastine, à savoir que l'augmentation de l'acide carbonique sanguin excite le pneumogastrique, ralentit les battements du cœur et produit des nausées et des vomissements. Aussi Héger et ses élèves ont-ils proposé une troisième théorie destinée surtout à expliquer le syndrome dyspnéique du mal des montagnes, syndrome qui consiste en anhélation, tachycardie, cyanose, état asphyxique et s'associe quelquefois au syndrome d'intoxication précédemment décrit. En effet, la raréfaction de l'air et la diminution conséquente de la pression barométrique entraîneraient la gêne de la circulation des poumons, leur hyperémie et par contre-coup, la surcharge du cœur droit. La dyspnée du mal des montagnes est donc une dyspnée cardiaque, une sorte d'hyposystolie transitoire.

Je dois avouer sans vergogne qu'aucune de ces théories ne me paraît complètement satisfaisante. Et voici pourquoi. Il est admis, dans tous les cas, que la décompression atmosphérique représente un facteur très important du mal des montagnes. Cela semble de toute évidence. Cependant un fait subsiste, qu'a rappelé le docteur Henri Bouquet, qui est un alpiniste très expérimenté. Un sujet est pris de malaises à l'altitude de 2.500 mètres par exemple, mais, comme il est très énergique et a l'amour-propre d'arriver au but qu'il s'était proposé, il s'efforce de triompher de ces troubles pénibles et continue sa course; ralentissant sa marche, s'arrêtant souvent, ménageant ses efforts, il parvient enfin au sommet et, là, il s'aperçoit que son mal a disparu, et pourtant, à ce sommet où il se trouve, la décompression atmosphérique est évidemment plus forte qu'au point où ont débuté les accidents. Considérons maintenant un sujet qui accomplit une longue escalade, plus difficile, ainsi que cela arrive souvent, à la descente qu'à la montée; il n'a rien ressenti en approchant de la cime et c'est seulement en revenant aux approches du gîte qu'il éprouve les symptômes du mal des montagnes. Ces cas sont exceptionnels, je le veux bien, mais il n'en faut pas moins tenir compte pour une explication rationnelle, de même qu'il faut tenir compte de la constatation suivante : c'est d'ordinaire au cours des excursions longues mais relativement faciles, comme celle du Mont-Blanc, que le mal se montre, tandis qu'il n'apparaît presque jamais pendant les ascensions difficiles comme celle de la Meije. Ici entre sans doute en jeu un double élément, psychique et physique. En effet, quand on exécute une escalade dangereuse, l'attention est absorbée entièrement, sous peine de mort, par la manière dont il faut placer ses mains et ses pieds, reconnaître et assurer la solidité de l'appui, ce qui ne permet pas aisément à l'esprit de s'attacher à des malaises qui semblent d'abord peu importants; en second lieu, par suite même des obstacles qu'elle oppose, l'escalade est très lente, si bien qu'il faut parfois plus d'une heure pour franchir quelques mètres : au contraire, quand il s'agit de franchir des champs de neige, comme au Mont-Blanc, par le côté des Grands-Mulets, la montée s'accomplit beaucoup plus vite, puisqu'elle peut atteindre 300 mètres, sans compter le déplacement horizontal, par heure, et dans des conditions telles que l'esprit n'est pas distrait par la nécessité de veiller constamment à sa propre sécurité. C'est ce qui explique que par le côté, plus rude, de l'Aiguille du Goûter ou des Aiguilles Grises, l'ascension du Mont-Blanc expose plus rarement au mal des montagnes.

*
* *

Abstraction faite du facteur psychique dont le rôle n'est point négligeable, et tout en reconnaissant une influence certaine à la décompression de l'air et par conséquent à l'altitude, il semble donc bien que l'origine du mal des montagnes doive être cherchée dans une intoxication provenant du double surmenage des muscles et du cœur.

Le surmenage, c'est-à-dire le travail excessif et continu, de quelque organe que ce soit, entraîne l'accumulation des déchets de fonctionnement, qui sont toxiques, et, naturellement, l'effort à fournir augmente, pour un même rendement, à mesure que cette accumulation se réalise. Aussi les premiers signes du mal, et l'accroissement de l'azote du sang signalé par Moog, apparaissent-ils, en général, à une altitude moyenne déterminée par la différence entre le niveau du point de départ et celui du point qui a été atteint. Mais, au travail nécessité par l'ascension, s'ajoute la décompression de l'air qui fournit moins d'oxygène; le cœur est donc obligé, pour la double raison du travail musculaire et de l'anoxhémie, de multiplier la rapidité de son rythme, et de plus en plus : c'est la phase de tachycardie douloureuse, de polypnée et de dyspnée, allant jusqu'à l'angoisse. Le phénomène respiratoire est donc la conséquence de la fatigue cardiaque, qui agit, pour sa part, sur l'intoxication générale. Bref, ces deux formes du mal des montagnes, la forme toxique et urémique et la forme asphyxique et cardiaque, avec l'action commune de la dépression barométrique, se compliquent toujours, mais l'une peut se montrer plus vite que l'autre, suivant les dispositions propres à l'individu.

Cette théorie est jusqu'à présent la seule qui explique convenablement les particularités, en apparence capricieuses, du mal. Elle explique que dans les escalades très difficiles, le mal apparaît rarement, parce que, la montée étant très lente, le surmenage cardiaque est moins accusé et l'effet de la dépression barométrique moins sensible; le caractère énergique de l'individu peut ici, comme dans d'autres circonstances, maîtriser les premiers signes du mal, attendu justement que ce caractère indique un équilibre très solide du système nerveux. Elle explique également les susceptibilités particulières de chacun; l'entraînement, et Henri Bouquet y insiste, est une obligation pour les alpinistes, puisqu'il tonifie et endurcit progressivement leurs muscles et leur cœur et, par conséquent, les expose moins au surmenage. Pour la même raison, toute fatigue préliminaire prédispose au mal des montagnes : nuits passées en chemin de fer, indispositions quelconques, indigestions, quand on n'intercale pas entre l'arrivée et le départ pour l'ascension, une période de repos suffisante; c'est alors que se montrent, sinon fatalement, au moins dans beaucoup de cas et de façon précoce, la céphalée ou la migraine ophtalmique, l'inappétence, l'oliguríe, les nausées

et les vomissements, signes évidents d'une auto-intoxication d'allure urémique. C'est ce qui interdit aux azotémiques, aux néphritiques et aux cardiaques d'aborder les grandes ascensions. Elle explique enfin l'effet de certaines conditions physiques : un vent debout violent précipite les accidents parce qu'il augmente la fatigue de la marche; il en est de même de la montée dans des couloirs encaissés où l'air est moins renouvelé et moins riche en oxygène.

*
* *

La mort par mal des montagnes est absolument exceptionnelle, si même elle existe. C'est donc une affection bénigne et passagère. On y porte rapidement remède par le repos, qui ne doit pas être pourtant trop prolongé, et mieux encore par la descente, qui a une action psychique et décompressive; on peut aussi employer utilement, comme le recommande BAYEUX, les inhalations ou injections hypodermiques d'oxygène, qui, non seulement parent à l'anoxhémie, mais aussi stimulent les muscles et le cœur et accroissent les oxydations intra-organiques. Ces malaises ne laissent aucune trace et d'ailleurs on peut les éviter par un entraînement convenable, par la lenteur calculée de la marche et l'usage pendant la course d'alimnnts légers, nervins, toni-cardiaques et toni-musculaires, café, thé, chocolat, sucre, qui n'ajoutent pas la fatigue digestive à celle de l'escalade, de telle sorte que le mal des montagnes, si pénible qu'il soit parfois, ne saurait éloigner des satisfactions et des splendeurs qui attendent l'alpiniste. Heureux ceux auxquels l'âge et la santé permettent encore ces joies !

J. LAUMONIER.

REVUE DES THÈSES

De la résection dans les tumeurs blanches anciennes du genou (1), par M. le docteur Louis MÉNARD (de Berck).

Ce travail très documenté est basé sur 23 observations de résection du genou pratiquées soit par M. Victor Ménard, soit par M. Sorrel (de Berck-sur-Mer).

L'auteur y discute longuement les indications de la résection. Elle est toujours indiquée, dit-il, dans les arthrites tuberculeuses du genou datant de l'enfance et de l'adolescence, une fois la croissance terminée. L'ancienneté de la lésion est une audition favorable à la résection.

Les chapitres suivants exposent en technique opératoire, les rechutes locales ou à distance de l'infection tuberculeuse.

Ce travail où se reflètent les idées et l'expérience du père de l'auteur, M. Victor Ménard, est à lire par tous ceux que la question intéresse.

M. LANCE.

Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical de la petite hernie ombilicale chez l'enfant (2), par M. le docteur R. DUCHAMP DE LAGENESTE.

Dans ce travail l'auteur reprend toute l'histoire de la hernie ombilicale de l'enfant. Il préconise le procédé opératoire suivant : incision latérale curviligne encerclant la cicatrice ombilicale qui sera conservée; soulèvement du lambeau et de la cicatrice ombilicale; libération du sac qui est ouvert latéralement, exploré, fermé en bourse, sectionné; ouverture de la gaine des droits et reconstitution de la paroi en deux plans : suture de la gaine postérieure des droits, suture des droits et de la gaine antérieure; suture de la peau.

Les nombreuses observations qui suivent démontrent l'excellence des résultats obtenus par ce procédé simple et esthétique.

M. LANCE.

(1) *Th. de Paris*, 1925. — Louis Arnette, édit.
(2) *Th. de Paris*, 1925. — Louis Arnette, édit.

Les tendances psychopathiques constitutionnelles (1), par le docteur Maurice-Christiau HYVERT.

Conclusions. — On peut décrire, à l'heure actuelle, dans le déséquilibre mental, des tendances psychopathiques constitutionnelles. Dans un but théorique, elles ont été divisées en quatre groupes, correspondant aux données les plus constantes de l'observation clinique.

I. *Les tendances émotives*. — Elles se caractérisent par une affectivité excessive, avec amoindrissement de la volonté. Elles sont plutôt l'apanage des sujets intelligents, et s'observent rarement chez les débiles. Elles s'accompagnent de signes physiques variés, et en particulier de troubles vasomoteurs. On peut leur rattacher les tendances anxieuses avec leurs deux éléments caractéristiques : l'un psychique (sentiment d'inquiétude douloureuse), l'autre physique (sensation de constriction pénible). Ces tendances sont à la base d'autres troubles divers : obsessions, phobies, doute et scrupule.

II. *Les tendances cyclothymiques*. — Elles se manifestent par des oscillations, par des alternatives d'excitation et de dépression, avec ou sans influence des circonstances extérieures.

III. *Les tendances perverses*. — Elles comprennent les troubles variés qui intéressent les instincts d'association, de reproduction et de conversation. La perversion globale nous donne les antisociaux pervers.

On peut leur joindre les tendances mythomaniaques qui sont une aptitude spéciale au mensonge et à la simulation morbides.

IV. *Les tendances paranoiaques*. — Elles se caractérisent par un orgueil morbide particulier et immodéré, par la méfiance, la susceptibilité extrême et une adaptabilité des plus réduites. Le jugement est toujours dévié et dominé par le raisonnement passionnel.

V. Chacun de ces quatre ordres de tendances n'est presque jamais isolé en clinique. On les rencontre plus souvent associés. Tantôt l'un semble prénominer au point de caractériser à lui seul un état de déséquilibre donné. Tantôt et plus souvent encore, à côté des tendances qui prédominent, s'observent d'autres tendances dont l'importance est moins grande. Les tendances émotives méritent par leur fréquence, une place de premier plan.

VI. Ces diverses tendances psychopathiques constitutionnelles premettent de prévoir jusqu'à un certain point la nature de la psychose vers laquelle pourra évoluer le sujet, sans que cette évolutiou soit nécessairement fatale. Le petit paranoiaque a plus de chances qu'un autre de s'acheminer vers le délire d'interprétation, le mythomane vers le délire d'imagination, l'anxieux vers la névrose d'angoisse et le cyclothmique vers la psychose maniaque dépressive. Mais, sauf pour le paranoiaque, ce mode d'évolution ne présente rien d'absolu.

VII. En considérant l'individu au point de vue exclusif de ses rapports avec le monde extérieur, on a décrit deux catégories de sujets : les adaptés (cycloïdes ou syntones) et les inadaptés (schizoïdes) qui, en dehors de la vie sociale, concentrent leurs sentiments et leurs pensées dans une vie tout intérieure (Kretschmer, Bleuler). M. Claude admet la schizoïdie tout en limitant son domaine. Pour lui, elle représente un terrain tout préparé pour l'évolution d'une forme particulière de la démence précoce : la schizophrénie. Cette forme diffère de la démence précoce vraie ou hébéphrénie.

VIII. Ces notions sur les états constitutionnels, ne sont pas entièrement nouvelles. La doctrine des tempéraments est aussi vieille que la médecine. Les aliénistes modernes les ont préci-

(1) *Th. de Paris*. — Valence-sur-Rhône, Imprimerie Ducros et Lombard.

sées, élargies. Morel rattache étiologiquement ces états à la dégénérescence. Kraepelin, Dupré, Krestchmer et M. Claude ont décrit des groupes de tendances bien déterminés.

Les causes véritables et complètes qui conditionnent ces états nous échappent encore ; mais, les travaux de M. Claude et de son école, travaux d'ordre biologique et qui mettent en jeu les systèmes endocrino-neuro-végétatifs, nous permettent d'entrevoir, pour un jour prochain, et pour quelques-unes au moins des tendances psychopathiques, des conceptions nouvelles, à la fois plus exactes et plus claires, tout en étant incontestablement plus conformes à la vérité clinique.

Contribution à l'étude des contre-indications d'ordre rénal pour l'emploi de l'ouabaïne chez les cardiaques (1), par le docteur Edouard BIZETTE.

Le docteur Bizette a montré que ce précieux médicament exerce une influence salutaire sur l'albuminurie des cardiaques dont elle abaisse le taux dans tous les cas; et que cette diminution de l'albuminurie est souvent totale et définitive pour les cardiaques ne présentant que de l'imperméabilité rénale passagère. Les essais tentés sur des cas de néphrite chronique l'ont amené à conclure que sous l'action du glucoside, l'albuminurie disparaît presque totalement mais d'une façon moins durable et qu'en définitive on peut, semble-t-il, rapporter sa diminution et la durée de celle-ci au degré d'intensité des lésions rénales. Le résultat est encore aussi net mais tout à fait transitoire dans les néphrites syphilitiques à grosse albuminurie?

Cette influence heureuse de l'ouabaïne Arnaud a conduit le docteur Bizette à comparer l'action de la digitale avec celle de l'ouabaïne sur l'élément pathologique « albuminurie ». Les résultats obtenus lui ont permis de conclure que la digitale ne peut agir que sur l'albuminurie des faux cardio-rénaux, mais qu'elle reste sans effet sur l'albuminurie de la néphrite chronique.

Parallèlement à l'étude de cette action remarquable de l'ouabaïne, il a été fait des essais de ce médicament sur la rétention azotée qui l'ont conduit à ne pas considérer l'azotémie comme une contre-indication à l'emploi du glucoside. Aucun trouble n'est constaté, bien mieux, la diurèse est provoquée et la tension artérielle diastolique subit un abaissement plus ou moins accentué.

Le docteur Bizette conclut que l'albuminurie ne représente donc pas une contre-indication à l'emploi de l'emploi de l'ouabaïne, mais qu'on doit manier ce médicament avec prudence, et il indique la posologie suivante qu'il a toujours employée, sans avoir à signaler le moindre accident, concurremment au régime approprié : le régime lacté.

Le premier jour, injecter par voie intra-veineuse la dose de 1/8 de milligramme, les trois jours suivants 1/4 de milligramme « pro die ».

Le sixième jour, atteindre la dose de 1/2 milligramme, le malade ayant été la veille, privé du médicament. Veiller à bien faire le mélange sang et ouabaïne qui devra être ensuite poussé très lentement dans la veine.

Il a également utilisé l'ouabaïne Arnaud « per os » en employant la solubaïne (solution au millième d'ouabaïne Arnaud), la seule dont il se soit servi pour ses recherches, fut donnée à la dose de XL gouttes par jour pendant quatre à six jours avec des résultats aussi concluants.

Etude sur les psychoses érotomaniaques (2), par le docteur M.-M.-Aug. HACQUARD.

Résumé et conclusions. — 1° Définie par ses caractères extrinsèques, l'érotomanie correspond au délire amoureux — amour-obsession et encore plus illusion d'être aimé — chronique, fixe, unique ou prévalant évoluant sous la forme « d'une poursuite d'abord optimiste, puis hostile ».

Définie par ses caractères intrinsèques, l'érotomanie est une « psychose passionnelle » développée chez des sujets dont « l'aptitude obsessionnelle » et les tendances paranoïaques sont activées par « l'orgueil sexuel » et le désir amoureux.

2° Il convient de distinguer l'érotomanie de l'érotisme instinctif (satyriasis, nymphomanie) et des perversions sexuelles, secondement de la simple obsession érotique et de l'érotisme épisodique qui s'observe au cours d'autres psychoses : psychoses démentielles, excitation maniaque, intoxications, érotisme diffus ou transitoire dans le délire polymorphe aigu, chez les délirants mystiques, érotisme accompagnant parfois les hallucinations génitales chez les délirants persécutés.

3° L'érotomanie essentielle est tantôt :

a. *Prémonitoire*, c'est le cas le plus fréquent, souvent précédée d'érotomanie fruste, passagère, elle parcourt divers stades : phases d'espoir, de dépit et de rancune de M. de Clérambault; érotomanes contemplatifs ou modérément obsédants d'Esquirol; érotomanes persécuteurs et érotomanes persécutés-persécuteurs de Garnier. Ces diverses phases constituent l'érotomanie pure de M. de Clérambault, n'aboutissant pas au polymorphisme.

Mais le plus souvent, et cette éventualité seulement constitue l'érotomanie prémonitoire de M. de Clérambault, à la suite ou à la place de la troisième phase se développent des idées de grandeur et de persécution, cette dernière exercée par des tiers et non seulement relative aux incidents de la poursuite, mais encore revêtant la forme de persécution générale. Cette éventualité réalise un des types de l'érotomanie mixte de M. de Clérambault, englobant d'autre part les deux variétés suivantes :

b. *Secondaire* à un autre délire et notamment à un délire de persécution.

c. *Associée* ou développée simultanément avec un autre délire, notamment avec un délire mystique.

4° L'érotomanie, qui peut se développer à tous les âges, est surtout fréquente à l'âge adulte et dans le sexe féminin. Elle a une durée indéfinie sans tendance à la démence, sauf dans les cas où le polymorphisme est très accusé et s'accompagne d'hallucinations.

5° Le diagnostic de l'érotomanie est à faire avec l'amour passionné, dont on a longtemps confondu les réactions avec celles des érotomanes, avec les autres délires passionnels (délires de revendication et de jalousie) et, par suite de l'adjonction si fréquente d'idées de persécution dans l'érotomanie et aussi d'idées érotiques dans le délire de persécution, avec cette catégorie de malades que nous appelons persécutés érotiques.

6° Les réactions des érotomanes découlent soit de l'amour (poursuite bienveillante, exceptionnellement vol par amour), soit de l'exaspération amoureuse et d'idées de persécution surajoutées (poursuite hostile, quérulance, voies de fait, homicide virtuellement possible).

Les érotomanes sujets à des réactions hostiles doivent, en qualité de psychopathes atteints d'un délire chronique, être longuement séquestrés et n'être libérés qu'en s'entourant des plus sérieuses garanties.

L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1925.

(2) *Th. de Nancy*, 1925. — Nancy, Société d'impressions typographiques.

NOTES DE PRATIQUE

NÉPHRITE CHRONIQUE

1° Alimentation : Au premier déjeuner, 350 g. de lait et 30 g. de pain. — A midi, 200 g. de viande sans sel, 250 g. de légumes sans sel, fruits cuits, 80 g. de pain. — A 4 heures, tasse de lait. — Au dîner, bouillie sucrée, un œuf, 60 g. de pain. — Eau comme boisson.

2° Médications : 20 jours par mois, un cachet de 0g50, deux à trois fois par jour, de Théosalvose pure ou phosphatée. Les dix autres jours, chlorure de calcium (0g50 pro die) ou extrait de feuille de noyer (2 g. pro die en sirop).

3° Hygiène : Massages, frictions sèches au gant de crin, port de flanelle.

LIVRES NOUVEAUX

La syphilis. Son aspect pathologique et social (1), par E. JEANSELME, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, médecin à l'hôpital Saint-Louis. (Collection). « Science et Civilisation », publiée sous la direction de M. SOLOVINE.

Aucune maladie peut-être n'est actuellement aussi répandue et n'exerce autant de ravages que la syphilis. Contagieuse au plus haut degré, elle peut atteindre l'individu par des voies multiples, miner son organisme profondément, compromettre gravement sa descendance et porter par là atteinte à la race elle-même, Nul moyen, par conséquent, ne devrait être négligé pour signaler ses dangers et pour la combattre.

M. le professeur Jeanselme, s'est proposé d'étudier, en se basant sur les recherches les plus récentes, toutes les questions se rattachant à la syphilis. Après avoir fait l'historique de son origine et de sa propagation à travers l'Europe, il montre de quelle façon s'opère la contagion et donne une description détaillée de tous les processus morbides qu'elle détermine et de leurs conséquences parfois très graves. Les études consacrées à la syphilis ignorée, méconnue ou latente et à la syphilis héréditaire offrent un intérêt tout particulier.

M. Jeanselme passe ensuite en revue tous les moyens qui peuvent mettre l'individu à l'abri de la syphilis et examine d'une façon minutieuse les différents remèdes dont on dispose aujourd'hui pour la guérir. Le pouvoir curatif de chacun d'eux et les inconvénients qu'il offre sont bien mis en évidence et des indications précieuses sont données pour l'emploi de l'un ou de l'autre selon la nature des cas. Toutes les méthodes, enfin, qui permettent de vérifier si la guérison est réelle, sont discutées avec toute la précision nécessaire.

Une nouveauté dans cet ouvrage est la place importante accordée à la syphilis fléau social. Les ligues, les dispensaires, les mesures législatives des pays étrangers et de France sont décrites avec détail et donnent une idée de l'effort gigantesque déployé pour vaincre ce terrible mal.

Ce livre, remarquable à tous les points de vue, sera ainsi un guide sûr non seulement pour le médecin, qui y trouvera un exposés précis de l'état actuel de la syphiligraphie, mais encore pour tous ceux qui ont le souci de leur santé et de celle de leurs enfants. Tout jeune homme surtout devrait le lire, afin de voir à quelles misères il s'expose s'il ne sait éviier la contagion possible.

Les débuts de la tuberculose pulmonaire (2), par le docteur L. RIBADEAU-DUMAS, médecin de la Maternité de Paris.

Il n'y a pas encore de traitement curatif de la tuberculose pulmonaire, comme il y a un traitement spécifique de certaines infections microbiennes ou de la syphilis. Mais comme on l'a dit : « la tuberculose est la plus évitable des maladies », les méthodes de prophylaxie restent en honneur. Or, actuellement, des recherches nombreuses et patientes ont permis d'assigner à la tuberculose des causes bien déterminées.

On sait par exemple que la tuberculose est une maladie qui débute le plus souvent dans l'enfance. Les conditions de l'infection dans le tout jeune âge, ont établi les modes de contagion de la luberculose et par conséquent, laissent entrevoir la possibilité d'éviter à l'enfant une maladie qui est d'autant plus grave qu'elle l'atteint à un âge plus jeune. Dans la suite, la tuberculose reste une maladie résolutive qui, dans certaines circonstances, réveille son activité première et provoque l'apparition de manifestations morbides, à toutes les époques de l'existence.

Il semble bien que dans la grande majorité des cas, le début réel de l'infection à bacilles de Koch se passe dans les poumons.

Ce petit livre n'a d'autre ambition que de vulgariser des notions basées sur un très grand nombre de faits expérimentaux et cliniques. Il expose précisément les faits tels qu'ont pu les recueillir l'anatomie pathologique et l'observation des malades. Il mène à des conclusions pratiques, c'est-à-dire aux mesures qui permettent d'éviter une inoculation particulièrement dangereuse dans le jeune âge, à certaines périodes de la vie, et dans certaines circonstances.

Il ne s'agit pas ici d'hypothèses, mais bien de faits démontrés. La prophylaxie bien comprise donne des résultats efficaces. Malheureusement elle n'a jusqu'ici été appliquée que dans des milieux restreints. Il importe que ceux qui sont responsables de la santé d'une famille, connaissent les conditions de contagion d'une maladie familiale telle que la tuberculose. Peut-être, si nos connaissances à ce point de vue étaient répandues, les médecins n'auraient-ils pas tant de difficulté à faire admettre les moyens préventifs qu'ils proposent.

C'est dans ce but que cet ouvrage a été composé, but qui serait rempli, si la collaboration du médecin et de la famille pouvait mettre fin aux drames que l'on observe quotidiennement dans les foyers où germe la tuberculose.

(1) Un vol., VII-405 pages, avec 24 figures, 1 tableau, 6 courbes et 3 plans. — Prix : 18 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

(2) Un vol. in-18 illustré. — Prix : 10 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

Freud, l'homme, la doctrine, l'école (1), par Fr. WITTELS. Traduit de l'Allemand par Mlle L.-C. Herbert.

Les ouvrages consacrés à Freud et au Freudisme sont nombreux ; ceux du docteur Ch. Blondel, *la Psychanalyse*, et du docteur J. Laumonnier, *le Freudisme*, sont récents, mais les idées du savant viennois sont d'un contenu si riche qu'elles provoquent sans cesse de nouveaux exposés et de nouvelles recherches. M. Wittels a connu Freud, il a travaillé avec lui, il apporte donc un témoignage personnel, ce qui ne l'empêche pas de garder son esprit critique et de se séparer de Freud sur plusieurs points. Le livre de M. Wittels contient les grandes lignes d'une biographie : l'auteur nous montre Freud à Vienne d'abord, puis à Paris et à Nancy auprès de Charcot et de Bernheim ; plus tard le maître est entouré d'élèves qui sont en même temps des collaborateurs, les plus connus sont Adler, Stekel, Iung ; M. Wittels suit Freud dans l'élaboration de ses théories, il signale les uns après les autres les ouvrages du médecin-psychologue au fur et à mesure de leur publication, montrant comment est née la psychanalyse et comment de nouvelles observations sont venues préciser compléter, approfondir la doctrine. On sait que les idées de Freud provoquent chez les uns une adhésion enthousiaste et soulèvent les critiques des autres, M. Wittels fait remarquer que Freud travaille, encore, « nul ne saurait prédire ce que peut accomplin un cerveaux de génie » : il n'est pas encore possible de prononcer un jugement définitif, mais avant de juger il faut comprendre et pour cela le livre de M. Wittels nous apporte une aide précieuse en nous faisant assister à l'élaboration de ce que l'on appelle aujourd'hui « Le Freudisme ».

Barême à l'usage des médecins praticiens pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente en matière d'accidents du travail (2), par le docteur Lucien MAYET, docteur ès sciences, chargé de cours à l'Université de Lyon, médecin expert près les Tribunaux.

Ce petit livre — dont une grande partie de l'édition s'est trouvée souscrite d'avance — a été destiné par l'auteur à guider les praticiens auxquels leurs clients, victimes d'accidents du travail, demandent quelques renseignements sur le degré de l'incapacité dont ils restent atteints.

En réalité, l'ouvrage du docteur Mayet sera bientôt entre les mains de tous ceux qui, à un titre quelconque, ont à s'occuper d'accidents du travail.

Clarté, concision, précision, schémas chaque fois qu'il est utile de préciser un angle d'ankylose ou la valeur d'un segment de membre, telles ont été les directives suivies. Elles traduisent le plan de l'ouvrage et indiquent les services qu'il rendra.

L. G.

(1) Un vol. in-16. — Prix : 9 fr. — Paris, Félix Alcan.

(2) Un volume de 128 pages, format 9,5 × 15,2 centimètres, avec figures schématiques dans le texte. — Prix : 6 fr. ; franco par poste, 6 fr. 15 ; franco par poste recommandée, 6 fr. 65. — Paris, A. Poinat.

QUESTION D'INTERNAT

VAISSEAUX DE L'ESTOMAC [1]

La gastro-épiploïque gauche. — ORIGINE. — Branche de la splénique.

TRAJET DIRECTION. — D'abord *rétro-gastrique* puis *sous-gastrique.*

TERMINAISON. — Par l'anastomose déjà vue.

RAPPORTS. — 1° **Rétro-gastrique.** — Elle se trouve dans le *ligament gastro-splénique*, fermeture gauche de l'arrière cavité :

En arrière et à gauche, elle répond à la face interne de la rate ;

En avant et à droite, au corps de l'estomac ;

En bas, l'angle splénique EST LOIN, elle répond à une courte partie du côlon transverse.

2° **Sous-gastrique.** — Elle se trouve entre les deux feuillets du grand épiploon et s'anastomose avec la gastro-épiploïque droite pour former :

Le grand cercle artériel. — Il est LOIN de la grande courbure, à un ou deux centimètres d'elle. Il donne vingt à trente rameaux qui naissent à angle droit formant soit un tronc commun pour les deux faces de l'estomac, soit des rameaux isolés.

En bas, il donne des rameaux épiploïques.

III. LES VAISSEAUX COURTS. — La grosse tubérosité est irriguée par des vaisseaux parallèles et non perpendiculaires.

POUR LA FACE POSTERIEURE. — ORIGINE. — Ils naissent classiquement de la splénique dans l'épiploon pancréatico-splénique ; en réalité ce sont six à huit vaisseaux qui naissent :

Un du tronc splénique ;

Un de l'origine de la gastro-épiploïque plusieurs des branches hilaires de la splénique.

L'un est important.

La tubérositaire postérieure. — ORIGINE. — Elle vient de la splénique.

TRAJET. — Sous le péritoine postérieur de l'arrière-cavité elle chemine pour se distribuer à l'œsophage, au cardia, à la tubérosité.

Pour la face antérieure. — La *tubérositaire antérieure* branche de la coronaire stomachique irrigue la face antérieure de la grosse tubérosité.

IV. ANASTOMOSES ENTRE LES DEUX SYSTÈMES ARTERIELS. — Les deux systèmes artériels, les cercles et les vaisseaux courts sont anastomosés par un *riche réseau sous-séreux* d'où partent des rameaux qui perforent la musculeuse.

VEINES

Origine des veines. — Des ramuscules du réseau sous-épithélial *convergent en étoiles.* Du centre de l'étoile part une *veine verticale* qui forme un *réseau dans la celluleuse* d'où partent des troncs collecteurs qui perforent la musculeuse pour former un *réseau sous-séreux.* C'est de là que naissent des ARCS VEINEUX homologues des arcades artérielles.

I. L'ARC VEINEUX DE LA PETITE COURBURE. — 1° **Finit à gauche en veine coronaire stomachique.** — TRAJET DIRECTION RAPPORTS. — *Dans une portion viscérale,* elle suit l'artère.

Puis intraligamentaire, dans la faux, elle décrit au-dessus d'elle une courbe de plus grand rayon.

Dans sa portion pariétale, elle SURCROISE, le tronc cœliaque. puis :

Dans sa portion de la faux de l'hépatique, elle accompagne l'artère hépatique commune.

Et se termine au flanc gauche de la veine porte PRÈS de son entrée dans le petit épiploon.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 74, p. 1210.

2° **Finit à droite pylorique.** — TRAJET DIRECTION RAPPORTS. — Partie du bord supérieur du pylore, et de la première portion du duodénum, elle croise l'aire du triangle interportocholedocien, répondant à la gastroduodénale et à la pancréatico duodénale supérieure droite, puis ascendante, se jette à la face antérieure de la veine porte, HAUT dans le petit épiploon.

II L'ARC VEINEUX DE LA GRANDE COURBURE. — 1° **Finit à droite en veine gastro-épiploïque droite.** — TRAJET DIRECTION. — D'abord sous-gastrique avec l'artère, quitte celle-ci sous la première portion du duodénum, puis *prépancréatique* décrit une courbe inscrite dans l'anneau duodénal vers la veine mésentérique supérieure au moment où elle s'engage derrière le pancréas. Elle se termine en un tronc unique ou anastomosée avec la *veine colique droite supérieure* formant la *veine gastro-colique.*

2° **Finit à gauche en veine gastro-épiploïque gauche**, la plus volumineuse des veines de l'estomac.

TRAJET DIRECTION. — Analogue à celui de l'artère; elle se jette dans la veine splénique.

BRANCHES. — Après avoir reçu des rameaux gastriques et des rameaux épiploïques.

III LES VEINES COURTES. — Ont une disposition analogue à celle des artères.

IV. LES ANASTOMOSES ENTRE LES SYSTÈMES VEINEUX. — Citons seulement l'anastomose entre la gastro-épiploïque droite et la pylorique en une VEINE PRÉPYLORIQUE de siège inconstant mais qui pour l'école américaine marque la limite du pylore ; la pyloric vein.

LYMPHATIQUES

Naissent de la muqueuse et de la musculeuse.

I. LES LYMPHATIQUES DE LA GRANDE COURBURE. — **Les ganglions sous-pyloriques.** — Au nombre de trois à six se trouvent sous les vaisseaux gastro-épiploïques droits. Il faut les enlever dans les gastrectomies pour néo du pylore. UN GROS DANGER dans ce temps opératoire : le voisinage de l'artère colique moyenne dont la blessure nécessite la résection du côlon transverse. On éloigne ce rapport gênant par le décollement colo-épiploïque.

Les ganglions rétro-pyloriques se trouvent le long de la gastroduodénale. Rappelons que la ligature de cette artère est un temps important de toute pylorectomie. On rabat à droite le moignon pylorique, et on lie l'artère dans l'angle de la partie mobile et de la partie fixe de la première portion du duodénum.

II. LES LYMPHATIQUES DE LA PETITE COURBURE — Résument tous les lymphatiques de l'estomac. Ils forment un groupe le long de la petite courbure, un autre dans la faux au-dessus et à distance de la veine et de l'artère.

La gastrectomie doit donc être très étendue vers le cardia et il faudra préventivement lier la coronaire stomachique dans la faux.

III. LES LYMPHATIQUES DE LA GROSSE TUBÉROSITÉ vont aux ganglions situés à la queue du pancréas.

NERFS

LE PNEUMOGASTRIQUE GAUCHE suit la paroi antérieure de l'œsophage et de l'estomac et longe la petite courbure véritable hile de l'estomac. Il est anastomosé au :

SYMPATHIQUE venu du plexus cœliaque en deux réseaux péri-artériels autour de la coronaire stomachique et de la pylorique.

LE PNEUMOGASTRIQUE DROIT forme un plexus surtout postérieur et joue un faible rôle dans l'innervation de l'estomac,

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Lyon. — Le concours pour une place de chef de clinique obstétricale s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gaucherand.

BOURSES DE PHARMACIE. — L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de pharmacie aura lieu au siège des facultés de pharmacie et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie le lundi 26 octobre 1925.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de la faculté près laquelle ils désirent poursuivre leurs études. Ils devront être Français et âgés de dix-huit ans au moins et de vingt-huit ans au plus. Cette dernière limite d'âge est reculée d'un temps égal à celui que le candidat aura passé sous les drapeaux pendant la guerre. Les registres d'inscription seront clos le 17 octobre 1925, à seize heures.

Conditions d'admission a concourir et nature des épreuves. — Sont admis à concourir :

1° *Ancien régime d'études.* — Les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note bien les examens de fin de 1re et 2e année et l'examen semestriel.

2° *Nouveau régime d'études.* — *a.* Les candidats pourvus de 4, 8 ou 12 inscriptions qui ont subi avec la note bien l'examen de fin d'année correspondante à leurs inscriptions.

b. Les candidats pourvus de 15 ou 16 inscriptions qui ont obtenu la note bien au troisième examen de fin d'année.

Les épreuves du concours consistent en compositions écrites portant sur les matières énumérées dans le programme suivant :

A. — *Ancien régime d'études.* — Elèves à 4 inscriptions. — 1° Physique et chimie ;
2° Botanique.

Elèves à 8 inscriptions : 1° Chimie organique ;
2° Matière médicale et pharmacie.

Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie galénique ;
2° Chimie analytique et toxicologie.

Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

B. — *Nouveau régime d'études.* — Elèves à 4 inscriptions : 1° Physique et chimie minérale ;
2° Botanique.

Elèves à 8 inscriptions : 1° Chimie organique ;
2° Matière médicale et pharmacie.

Elèves à 12 inscriptions : 1° Pharmacie chimique ;
2° Chimie analytique et toxicologie.

Elèves à 15 ou 16 inscriptions : 1° Chimie biologique et microbiologie ;
2° Pharmacie galénique.

Quatre heures sont accordées pour l'ensemble de ces épreuves.

N. B. — Les candidats qui justifient soit de la mention bien au baccalauréat de l'enseignement secondaire et de la mention assez bien à l'examen de validation de stage, soit de la mentien assez bien au baccalauréat et de la mention bien à l'examen de validation, peuvent obtenir sans concours une bourse de première année.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Par décret royal, en date du 9 août, M. le médecin inspecteur général Vincent, membre de l'Institut et de l'Académie de médecine, professeur au Collège de France, a été nommé grand'croix de l'ordre de la Couronne de Belgique.

Cette haute distinction montre quelle grande estime nos amis de Belgique professent pour l'illustre savant français.

Qu'il veuille bien recevoir les vives et respectueuses félicitations de la *Gazette des hôpitaux*.

LÉGION D'HONNEUR. — Dans la dernière promotion des expositions nous avons été heureux de voir la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de notre confrère le docteur Georges Baillière, éditeur du *Paris médical*, trésorier de l'Association de la Presse médicale française.

Nous prions notre excellent confrère et ami de recevoir l'expression de nos bien sincères félicitations.

XXXIVe CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (5-10 octobre 1925). — *Lundi 5 octobre, à 2 heures.* — Séance d'inauguration dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Discours de M. Bérard, président du Congrès. Compte rendu de M. Auvray, secrétaire général.

A 3 heures. Première question mise à l'ordre du jour : *Résultats éloignés des différentes méthodes de traitement du cancer du rectum.* — Rapporteurs : MM. Gaudier (de Lille) et A. Schwartz (de Paris). Discussion.

Mardi 6 octobre, à 2 heures. — Deuxième question mise à l'ordre du jour : *Traitement de la tuberculose du genou à partir de l'adolescence* (quinze ans). — Rapporteurs : MM. Fredet (de Paris) et Vignard (de Lyon). Discussion.

Mercredi soir, 7 octobre, à 2 heures. — Suite de la discussion sur la deuxième question. Communications particulières.

Jeudi soir 8 octobre, à 2 h. 1/2. — Assemblée générale.

A 3 h. 1/2, séance de projections au grand amphithéâtre.

A 14 h. 1/2, présentation d'instruments.

A 7 h. 3/4, banquet par souscription (les dames sont admises), palais d'Orsay.

A 9 h. 3/4, soirée offerte au palais d'Orsay par M. le Président du Congrès et Mme Léon Bérard aux membres de l'Association et à leurs familles.

Vendredi soir 9 octobre, à 2 heures. — Troisième question mise à l'ordre du jour : *De l'appareillage actuel des fractures de l'humérus et du fémur.* — Rapporteurs : MM. Guyot (de Bordeaux) et Rouvillois (de l'armée). Discussion.

Samedi soir 10 octobre, à 2 heures. — Communications particulières.

Les matinées sont consacrées à des visites dans les hôpitaux.

Exposition. — Pendant la durée du Congrès, une exposition d'instruments de chirurgie, d'électricité médicale, pansements, de livres, revues et journaux médicaux sera installée, comme de coutume, dans le grand vestibule de la Faculté de médecine.

Le **XIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE** aura lieu à Paris, en mai 1926.

Le bureau est ainsi constitué : président, M. Antheaume, secrétaire général de la Société de médecine légale de France; vice-présidents, le professeur Sorel (de Toulouse) et M. Duvoir, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; secrétaire général, M. le professeur Etienne Martin (de Lyon); secrétaire général adjoint, M. Piédelièvre, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.

Questions mises à l'ordre du jour : 1° *Médecine légale.* — « Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse. » M. Vielledent (de Lille).

2° *Criminologie.* — « Le témoignage des psychopathes. » M. Rogues de Fursac (de Paris).

3° *Pathologie traumatique.* — « Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose). » M. Dervieux (de Paris).

UNE « SEMAINE DU LAIT » A LYON. — Du 5 au 12 novembre prochain, la Foire de Lyon organise une « Semaine du lait » que le ministre de l'Agriculture a bien voulu encourager en lui accordant son haut patronage. Le programme de la « Semaine du lait » aura un caractère industriel mais aussi scientifique qui ne manquera pas d'intéresser les médecins.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de Mlle Desmolières (de Paris); M. Marcel Théron, étudiant en médecine à Paris.

MOUVEMENT DE LA POPULATION FRANÇAISE. — Le ministère du Travail communique les résultats du mouvement de la population en France pour les 90 départements, au cours du deuxième trimestre des années 1925 et 1924.

L'excédent des naissances sur les décès a été, cette année, inférieur de 4.621 unités au chiffre enregistré l'an passé : les naissances avaient progressé de 8.413, mais les décès ont augmenté de 13.034. Notons une augmentation du nombre des mariages et un fléchissement des divorces.

Les résultats provisoires sont les suivants :

	1925	1924
Mariages	101.120	98.683
Divorces	5.265	5.752
Naissances d'enfants déclarés vivants	198.728	190.315
Mort-nés	8.239	8.142
Décédés de moins d'un an	16.800	16.004
Décès d'un an et plus	158.855	146.617
Total des décès	175.655	162.621
Excédents des naissances	23.073	27.694

NOTES DE PRATIQUE

PNEUMONIE GRIPPALE

Se souvenir que « le danger est au cœur et au rein ». Instituer le régime lacté, puis prescrire :

Le 1er jour, bromhydrate de quinine (1 g. à 1g50 à prendre en trois fois le matin, à une heure d'intervalle).

Le 2e jour, digitale (macération ou infusion).

Les jours suivants, 3 à 4 cachets pro die de Théosalvose caféinée ou spartéinée à 0g50 (à continuer à doses moindres pendant un certain temps).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité de stomatologie. *Fasc. VII :* **Maladies de la bouche,** par le docteur R. NOGUÉ. Un vol., 476 pages, nombreuses figures. — Prix : 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les Syndromes d'aortite postérieure (*aortite thoracique, aortite abdominale*), par Ch. LAUBRY, médecin de l'hôpital Broussais; A. MOUGEOT et J. WASER, anciens internes des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8 raisin de 240 pages, avec 19 figures dans le texte et 7 planches, dont 3 en couleurs, hors texte. (Bibliot. des grands syndromes. Directeur : H. ROGER, doyen de la Faculté de médecine de Paris. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin.

La Pratique chirurgicale illustrée, par Victor PAUCHET. *Fasc. VII.* Un vol. grand in-8 jésus de 256 pages, avec 188 figures, dessinées d'après nature, par S. DUPRET. Prix : 30 fr. — *Fasc. VIII.* Un vol. in-8 de 250 pages avec 265 figures dessinées d'après nature par S. DUPRET. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin.

Guide-formulaire des spécialités pharmaceutiques, par le docteur H. LEGRAND. Un fort vol. de 960 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Legrand.

Les grands narcotiques sociaux. Un volume in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, Norbert Maloine.

La Mélancolie : clinique et thérapeutique, par R. BENON, ancien interne de la Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris, médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes. Un vol. in-16 de 154 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

Manuel élémentaire de puériculture, par le docteur Clotilde MULON, médecin chef de la Pouponnière du Camouflage. Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 234 p. avec 21 fig. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LA PHYSIOLOGIE DE LA GASTRO-JÉJUNOSTOMIE

Par A. DEROCQUE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Lorsque Wölfler pratiqua en 1881 la première gastro-entérostomie, un raisonnement bien simple lui inspira cette opération : il s'agissait d'un cancer inopérable du pylore avec sténose très marquée, une nouvelle bouche gastro-intestinale assurant l'évacuation de l'estomac ne pouvait être que salutaire.

Les phénomènes de sténose pylorique, cancéreuse ou non, restent encore actuellement l'indication la plus formelle de la gastro-entérostomie qui donne alors véritablement des résultats merveilleux. Mais enhardis par ces succès, et séduits par la simplicité et la bénignité de l'opération, les chirurgiens élargirent rapidement le champ d'action de la gastro-entérostomie, et voulurent lui assigner deux autres buts :

Tantôt mettre entièrement au repos un pylore ou un duodénum ulcéreux, en dérivant le chyme par le *court-circuit* de la gastro-entérostomie.

Tantôt assurer une évacuation rapide d'un estomac présentant soit des troubles fonctionnels, soit des lésions de gastrite généralisée, soit des lésions ulcéreuses localisées en quelque point que ce fût. La gastro-entérostomie, opération de *drainage gastrique,* devait dans ce cas assurer le repos du réservoir stomacal.

C'est alors qu'on se laissa aller à des excès opératoires extraordinaires, et les conclusions du Ier Congrès international de chirurgie, tenu à Bruxelles en 1905, traduisent bien cette exagération.

Les rapporteurs étaient à peu près d'accord pour dire que l'anastomose gastro-intestinale s'imposait dans *tous* les cas de dyspepsie rebelle ou douloureuse. Mayo Robson affirmait que dans nombre de cas de diagnostic douteux, de gastrite chronique sans symptôme positif de maladie organique, il fallait, après échec du traitement médical, pratiquer la gastro-entérostomie ; Rotgans (d'Amsterdam) estimait que la gastro-entérostomie s'imposait lorsque le malade était atteint de douleurs violentes ou qu'il présentait de l'émaciation ; enfin Monprofit n'hésitait pas à proclamer : « Les affections de l'estomac sont presque toujours justiciables d'un traitement chirurgical » !

Bref la gastro-entérostomie était considérée comme une panacée universelle.

Ainsi pratiquée à tort et à travers, souvent dans des cas de troubles gastriques relevant d'autres lésions viscérales méconnues, cette opération, excellente lorsqu'elle est exécutée à bon escient, donna bien entendu des échecs, exagéra même les troubles présentés par les malades ; on commença à la décrier, et un peu avant la guerre certains chirurgiens entreprirent le procès de la gastro-entérostomie.

Actuellement encore les indications de cette opération sont loin d'être nettement établies, et on publie continuellement des statistiques absolument opposées en ce qui concerne les résultats éloignés. Cela tient surtout à ce que les différents chirurgiens font la gastro-entérostomie dans des cas entièrement différents. Les uns l'exécutent lorsqu'ils se trouvent en présence de grosses lésions rendant impossible une opération radicale. Les autres la pratiquent lorsqu'ils trouvent des lésions légères pour lesquelles ils croient une gastro-entérostomie suffisante, et même lorsqu'ils ne trouvent aucune lésion certains se laissent aller à des gastro-entérostomies « de complaisance ».

Si l'on veut arriver à tracer les limites des indications de cette intervention, il est nécessaire de connaître d'une façon précise quelles sont les pertubations physiologiques causées par la gastro-entérostomie. Quelle est l'action de l'anastomose sur l'évacuation et la sécrétion gastrique, sur les sécrétions intestinale, biliaire et pancréatique, tels sont les éléments indispensables pour déterminer dans quelles conditions l'intervention pourra amener une amélioration ou au contraire une aggravation dans l'état des malades.

L'étude de la physiologie de la gastro-entérostomie qu'Hartmann et Soupault entreprirent les premiers en 1899 sur des bases sérieuses, a donné lieu à de nombreuses contradictions, à des discussions souvent passionnées ; c'est l'état actuel de cette question que nous tenterons d'exposer.

Nos connaissances à ce sujet sont le fruit d'expériences sur les animaux et de l'étude des fonctions digestives des opérés par les méthodes habituelles d'exploration (tubage à jeun, repas d'épreuve, examen radiologique).

Nous étudierons successivement les phénomènes mécaniques, puis les phénomènes chimiques et sécrétoires.

Mode de remplissage de l'estomac. — L'examen radioscopique montre que l'estomac se déplisse de façon normale, ou plus exactement à peu près comme avant l'opération. Le déplissement de la portion prépylorique se fait néanmoins un peu plus lentement que dans un estomac non opéré, surtout si la bouche fonctionne activement. Parfois même le chyme n'atteint pas la portion de la zone gastrique située au delà de l'anastomose.

Forme et volume de l'estomac. — La forme de l'estomac est avant tout fonction du *tonus* gastrique ; or celui-ci est notablement amélioré par la gastro-entérostomie.

Lorsque avant l'intervention l'estomac était *orthotonique* et ne présentait aucune trace de dilatation l'opération n'amène généralement aucun changement. Dans quelques cas pourtant Palugyay a vu une réduction de la silhouette gastrique.

Lorsque l'estomac était *hypertonique* et spasmodiquement contracturé, l'opération a pour effet de calmer l'éréthisme gastrique ; la contracture se détend, l'estomac subit un mouvement de descente, et peut, dans les cas extrêmes, changer complètement de forme.

Mais dans la grande majorité des cas l'estomac avait tendance à l'*atonie* et à la dilatation. Les résultats de la gastro-entérostomie, bien que généralement très favorables, sont alors assez variables.

Il faut en effet mettre complètement à part les dilatations atoniques sans sténose pylorique qui ne sont nullement influencées.

Pour ce qui est des dilatations par sténose pylorique, la rapidité et l'importance de l'amélioration obtenue dépendent essentiellement du degré de l'atonie gastrique. Lorsqu'on opère au stade d'hypertrophie musculaire, on constate déjà au bout d'une

quinzaine de jours une diminution du contour gastrique, et dans la suite cette diminution continue : la limite inférieure de l'estomac remonte de plusieurs centimètres, et la réduction se poursuit jusqu'aux dimensions normales. Mais cette réduction est lente, progressive, et exige plusieurs mois.

Au contraire lorsqu'on intervient au stade de décompensation, on constate encore une diminution de l'estomac, mais dans la règle il n'y a pas retour aux dimensions normales, et, malgré un fonctionnement parfait de l'anastomose, l'examen après un an révèle encore une dilatation. Des cas où l'estomac avait retrouvé complètement sa forme et sa vigueur ont été signalés, mais il paraissent être l'exception.

Cette différenciation nous fait comprendre que dans une sténose réflexe par ulcère pylorique ou juxta-pylorique les résultats puissent être extrêmement brillants. Pour les sténoses organiques les résultats ne dépendent ni du degré, ni de la nature du rétrécissement, mais uniquement de son ancienneté. Une sténose lentement progressive aboutit à une déformation permanente parce que l'élasticité de l'estomac a été vaincue graduellement mais bien plus complètement. Si les estomacs cancéreux reviennent habituellement plus vite que les autres aux dimensions normales, cela tient à la rapidité de l'évolution de ces rétrécissements et non à leur nature.

On peut enfin voir après gastro-entérostomie des formes d'estomac très particulières :

a. **Aspect infundibuliforme**, sans région pylorique, comme on l'observe après pylorectomie.

b. **Le type hypotonique avec double cul-de-sac pré- et post-anastomotique**, a été décrit, comme le type précédent, par Caillé, Durand et Marre. L'estomac dans son ensemble est dilaté, mais le segment inférieur. au lieu de former une poche bombant vers le pelvis, s'étale en largeur, débordant plus ou moins la ligne médiane, présentant un bord inférieur à convexité tourné vers le diaphragme et non plus vers le pelvis. L'anse jéjunale semble jouer le rôle de ligament suspenseur du bas-fond gastrique ; en effet on voit à l'écran que le point le plus élevé de ce bas-fond, ainsi tiré en haut, correspond à la bouche gastro-jéjunale (voir figure).



Estomac hypotonique avec double cul-de-sac pré- et post-anastomotique.

(D'après Caillé, Durand et Marre.)

c. **Cul-de-sac interjéjuno-pylorique.** — Ce type, qu'on peut à certains points de vue rapprocher du précédent, a été signalé pour la première fois par Jonas. La radio montre que le point d'implantation de l'anse anastomosée est à un niveau égal à celui du canal pylorique, ou plus haut situé que lui. La stase localisée dans la zone entre bouche et pylore entraîne la dilatation de ce segment.

La formation de ce cul-de-sac tient essentiellement à la situation défectueuse de la bouche anastomotique.

d. **La forme en corne de bœuf**, est enfin assez fréquente lorsque la dilatation a rétrocédé et que le pylore était fixé par des adhérences.

Péristaltisme. — D'une façon générale le péristaltisme est peu influencé par la gastro-entérostomie. La fréquence, la durée, la profondeur des ondes ne sont en général pas modifiées par l'intervention. Néanmoins lorsque l'estomac a récupéré une tonicité normale, il présente des contractions péristaltiques très actives, intenses et fréquentes.

Parfois les contractions partent de très haut sur le segment supérieur de l'organe et s'arrêtent au niveau de la bouche gastro-jéjunale; le contraste est alors frappant entre l'immobilité de la région pylorique et le péristaltisme du reste de l'estomac.

Voie d'évacuation de l'estomac. — La voie d'évacuation du chyme gastrique a été extrêmement controversée, et a souvent donné lieu à des affirmations absolument contradictoires.

Lorsqu'il existe une sténose complète du pylore, il n'y a pas de discussion possible, le contenu gastrique passe nécessairement par la nouvelle bouche. Mais lorsque la gastro-entérostomie est pratiquée sur un estomac dont le pylore n'est pas sténosé, ou lorsque cet orifice redevient perméable après l'intervention, par quelle voie se fera l'évacuation, et quel est l'avenir anatomique et fonctionnel de la nouvelle bouche? Tel est le problème qui s'est posé aux chirurgiens.

I. **Evolution des idées.** — *a.* La nouvelle bouche draine l'estomac comme une cystostomie draine la vessie, telle était l'opinion des premiers opérateurs, opinion tout à priori et ne reposant sur aucun fait observé.

b. L'anastomose avec pylore libre ne fonctionne pas. — Cette opinion, directement opposée à la précédente, prit naissance à la suite des expériences de Kelling, et pendant plus de dix ans elle s'étaya sur des arguments théoriques, expérimentaux et opératoires.

α. *Arguments théoriques.* — Le contenu de l'estomac gastro-entérostomosé n'a aucune tendance à s'évacuer par la nouvelle bouche parce qu'il rencontre du côté opposé une pression égale à celle qu'il y a dans l'estomac. La seule cause qui puisse faire vider l'estomac c'est la contraction propre de l'organe; mais toutes les conditions favorisent l'issue des aliments par le pylore : ouverture dans l'axe de l'estomac, pression plus considérable de la région pylorique.

Bref il existe théoriquement tout un ensemble de causes qui mettent très nettement la nouvelle bouche en état d'infériorité vis-à-vis du pylore.

β. *Arguments expérimentaux.* — C'est sur les résultats expérimentaux que reposa la théorie du non-fonctionnement de la bouche, car les premières expériences parurent formelles.

Kelling exécute sur des chiens des gastro-entérostomies antérieures, postérieures, et en Y, et étudie le passage des aliments par des fistules intestinales. Ses conclusions sont fermes : l'anastomose avec pylore libre ne fonctionne pas.

Blake et Cannon, opérant sur dix chats à pylore perméable, pratiquent des gastro-entérostomies par des procédés variés, l'examen radioscopique leur montre que dans huit cas les aliments passent exclusivement par le pylore. Dans deux cas seulement une partie des aliments liquides passe par la bouche.

Leggett et Maury, employant chez des chiens gastro-entérostomosés le procédé du repas à la ficelle, constatent que dans tous les cas sauf un la balle alimentaire a franchi le pylore, entraînant avec elle la ficelle qui jalonne la route suivie.

Enfin en 1907 Tuffier, étudiant à la radioscopie un chien gastro-entérostomisé, arrive aux mêmes résultats, et Delbet, expérimentant également sur le chien, conclut que si la gastro-entérostomie fonctionne parfaitement à l'état passif sur le cadavre, elle ne fonctionne pas du tout à l'état actif sur le vivant.

γ. *Arguments opératoires.* — Certaines constatations opératoires paraissaient confirmer ces notions.

L'étude des fistules duodénales opératoires montrait à Berg dans deux cas et à Cameron dans un cas que la gastro-entérostomie sans exclusion du pylore n'empêchait pas le contenue gastrique de s'écouter par la fistule.

Des réinterventions sur d'anciens opérés ou des autopsies faisaient constater à plusieurs reprises l'oblitération de la bouche et Papadopoulos en 1910 en réunissait dix-neuf observations.

Ainsi la bouche ne fonctionnant pas semblait s'oblitérer spontanément, et Tuffier comparait cette réparation spontanée à la guérison des fistules opératoires vésico-vaginales, ou des fistules intestinales muco-cutanées quand l'intestin retrouve sa perméabilité.

Bref on allait jusqu'à dire que l'existence d'un pylore perméable entraînait, ou tout au moins favorisait l'oblitération de la bouche anastomotique.

c. Discussion. — Cette théorie de l'oblitération physiologique et parfois anatomique de la bouche trouvait néanmoins quelques adversaires. Hartmann ne concevait pas qu'une bouche bien ourlée par une muqueuse partout continue pût s'oblitérer spontanément uniquement parce qu'elle était inutilisée. Il faisait de plus remarquer que la forte musculature de l'intestin grêle du chien comparée à celle de l'intestin humain n'autorisait pas une assimilation absolue. Enfin le principal argument était que, le pylore du chien étant caché sous le rebord costal, on a tendance à placer la bouche sur la portion cardiaque; chez l'homme au contraire on établit généralement la bouche sur la portion pylorique de l'estomac.

Reprenant avec Métivet l'expérimentation sur le chien, et établissant des bouches gastro-intestinales tantôt sur la portion cardiaque, tantôt sur la portion pylorique, il arrive aux conclusions suivantes :

Lorsque la bouche siège sur la portion cardiaque, presque tout passe par le pylore. Lorsque la bouche siège sur la portion pylorique, le chyme passe presque exclusivement par la bouche.

Pour ce qui est de l'argument de l'oblitération anatomique de la bouche, constatée opératoirement ou à l'autopsie, Hartmann réunissant quarante-quatre cas publiés remarquait que quatre seulement s'accompagnaient de pylore perméable. *L'oblitération spontanée de la bouche peut donc se produire quel que soit l'état du pylore.* C'est un accident qui relève soit de l'envahissement de la bouche par l'extension du cancer ou de l'ulcère pour lequel on était intervenu, soit de la formation d'adhérences, soit de l'évolution d'un ulcus peptique, soit enfin d'un processus cicatriciel oblitérant dû aux lésions inflammatoires des tuniques gastriques dans la région de la suture.

II. **Opinion actuelle.** — Maintenant que l'examen radioscopique a été pratiqué sur un nombre considérable d'anciens opérés, on connaît bien les divers modes d'évacuation de l'estomac gastro-entérostomisé.

Nous devons néanmoins insister sur les difficultés qu'on a souvent en radiologie à déterminer la voie d'évacuation de l'estomac; il n'est pas rare que l'examen laisse un doute, et il est parfois nécessaire de le répéter plusieurs fois avant de conclure de façon certaine.

Il faut en particulier se garder de juger le fonctionnement d'un estomac gastro-entérostomisé par un simple examen après ingestion d'un ou deux verres de lait de bismuth; on peut en effet dans ces conditions faire des constatations très différentes à des séances successives, et voir tantôt ouvert, tantôt fermé, le pylore ou la bouche. Il est préférable d'avoir recours à un repas bismuthé, ce qui permet d'apprécier du même coup l'accélération ou le retard de l'évacuation gastrique.

Il faut remarquer en outre que la voie d'évacuation peut se modifier avec le temps : lorsque le pylore présentait une sténose spasmodique son fonctionnement s'améliore généralement après la gastro-entérostomie, et parfois même un pylore qui présentait à l'intervention une sténose organique serrée peut redevenir perméable dans un délai variant de quelques mois à plusieurs années.

Des nombreux travaux parus sur la voie d'évacuation de l'estomac, il résulte que l'évacuation par le pylore seul, sans participation de la bouche, est une exception. Faut-il incriminer alors une trop grande parcimonie dans l'établissement de l'ouverture anastomotique? Il n'existe aucun fait probant à cet égard. Dans la règle il s'agit d'une oblitération spasmodique ou anatomique de la bouche, ou bien celle-ci ne fonctionnant pas habituellement constitue néanmoins une soupape de sûreté qui entrera en jeu lorsque se produira un spasme du pylore.

Il reste donc deux mécanismes de vidange du réservoir gastrique.

a. Evacuation par l'anastomose seule. — C'est le mode d'évacuation constant lorsqu'il y a sténose pylorique serrée, mais il s'observe également lorsque le pylore est perméable, à condition que la bouche soit au voisinage immédiat du point le plus déclive de l'estomac.

b. Evacuation par l'anastomose et par le pylore. — C'est ce mécanisme qui paraît le plus fréquent, mais dans ce cas l'évacuation est presque toujours plus rapide et plus abondante par l'orifice anastomotique, et seule une faible partie du repas quitte l'estomac par la voie naturelle. Habituellement c'est par la bouche que débute l'évacuation, puis celle-ci se poursuit soit alternativement par l'un et l'autre orifice, soit simultanément ce qui est plus rare. La

quantité d'aliments qui passe par l'anastomose est d'autant plus importante que la bouche est plus proche du point déclive.

Aspect de la nouvelle bouche. — Son fonctionnement. — 1. Aspect. — A l'examen radiologique on voit, partant de la grande courbure, une ombre rubanée de 1 à 2 centimètres d'épaisseur, se dirigeant verticalement vers le bas, ou plus souvent un peu à gauche. Cette bande représente l'anse efférente de l'anastomose, mais l'examen de face ne permet pas de voir la bouche elle-même. Celle-ci se trouve un peu plus haut, sur la face antérieure ou sur la face postérieure de l'estomac suivant qu'il a été pratiqué une gastro-entérostomie antérieure ou postérieure, d'où la nécessité de l'examen en position oblique.

Parfois la radio montre en outre la branche afférente, ce qui résulte soit du remplissage par le duodénum, soit du reflux venant du néo-pylore, mais sans aboutir au circulus vitiosus.

2. Situation. — On est généralement surpris de trouver que l'anastomose n'est pas à la place où on l'avait fixée à l'opération. Cette modification relève de deux facteurs :

D'une part il est très difficile à l'intervention d'apprécier le point déclive de l'estomac; on opère en position horizontale, rien d'étonnant à ce qu'un examen en position verticale révèle une différence appréciable.

Il faut tenir compte d'autre part des modifications qui surviennent dans la forme et le volume de l'estomac dans les semaines qui suivent l'intervention, et qui entraînent également un déplacement de l'anastomose. En effet lorsque, sur un estomac très dilaté, on établit la bouche à la partie la plus déclive, au bout de quelques semaines la partie supérieure de l'organe se rétracte, et la bouche se trouve remontée et reportée vers la gauche. De même lorsque la gastro-entérostomie est pratiquée sur un estomac hypersthénique et hypertonique, elle fait cesser la contracture, et le bas-fond gastrique s'abaisse par rapport à l'anse jéjunale qui, bien fixée, ne peut suivre le mouvement.

Un point important à retenir est que d'une façon générale l'éloignement entre les situations primitive et secondaire de la bouche est d'autant plus faible que l'anastomose a été faite plus près du pylore. En outre Palugyay admet que les anastomoses isopéristaltiques subissent des déplacements moindres que les anastomoses anisopéristaltiques.

3. Fonctionnement. — La continence de la bouche avait été constatée dès 1894 par Rosenheim, mais depuis lors Jonas et Pers avaient admis l'incontinence de l'anastomose, et posé les caractéristiques suivantes du bon fonctionnement d'une gastro-entérostomie : absence de réplétion gastrique pendant l'ingestion, et sortie immédiate par la bouche.

Cette évacuation *en entonnoir*, qui réalise un véritable drainage gastrique, s'observe en effet quelquefois, mais c'est une éventualité rare qui se voit surtout lorsque l'estomac est atone et qu'on a fait une large bouche. D'ailleurs ce mode de vidange n'est pas souhaitable : il supprime complètement le temps gastrique de la digestion, et se trouve parfois responsable de diarrhée incoercible entraînant des troubles de nutrition extrêmement graves.

Dans la règle la bouche de gastro-entérostomie est *continente*. Dès que le repas opaque atteint l'anastomose, il en passe directement une petite quantité dans l'intestin, comme si la bouche avait été « surprise » à l'état de béance. Mais très rapidement il s'établit un véritable rythme d'évacuation, et le contenu stomacal s'échappe à intervalles à peu près égaux par petits paquets, par bouchées successives.

a. Mécanisme du rythme d'évacuation. — Par quel mécanisme ce rythme d'évacuation s'établit-il?

On a d'abord admis la formation d'un sphincter autour de l'anastomose, mais les recherches anatomiques d'Hartmann et Soupault, de Peterson et Machol, ont fait complètement abandonner cette opinion, et dans les quelques cas rares où l'on a cru voir une formation sphinctérienne, il semble qu'il s'agissait d'un simple tassement des fibres musculaires autour de la bouche gastrique.

Certains auteurs ont vu parfois l'évacuation rythmée par la respiration, mais c'est là un mécanisme exceptionnel.

En réalité on constate généralement que l'évacuation est rythmée par les contractions gastriques, et qu'elle se fait entre les contractions. Froin a bien mis en évidence ce mécanisme : chaque contraction diminue le diamètre de l'estomac, et, par là même, l'orifice de la bouche anastomotique. Quant au péristaltisme intestinal il s'oppose aussi à l'évacuation de l'estomac, puisqu'à chaque contraction la muqueuse intestinale vient s'appliquer sur l'orifice anastomotique. En résumé, conclut Froin, l'estomac se vide par un mécanisme inverse du mécanisme normal, c'est-à-dire pendant l'antipéristaltisme.

b. Influence du siège de la bouche. — Puisque le fonctionnement de la bouche est réglé par les contractions gastriques, il est logique de penser que le fonctionnement sera d'autant plus satisfaisant qu'on aura pratiqué l'anastomose dans une zone où les contractions sont plus énergiques. Or on sait que l'estomac présente deux portions distinctes, l'une cardiaque, l'autre antrale. La portion cardiaque est surtout un réservoir où les aliments sont attaqués par le suc gastrique, et les mouvements péristaltiques ne s'y rencontrent qu'à la partie inférieure où ils sont encore peu énergiques. La portion antrale est au contraire la portion motrice par excellence. Située dans cette zone la bouche doit avoir un fonctionnement bien plus régulier, et en effet les auteurs ont tous remarqué que la bouche fonctionne d'autant mieux qu'elle a été placée plus près du pylore.

c. Influence de la technique opératoire. — Les procédés opératoires ont-ils une influence notable sur le fonctionnement ultérieur du néo-pylore?

Il semble que les bouches des gastro-entérostomies antérieures fonctionnent aussi bien que celles des gastro-entérostomies postérieures. Aucun auteur ne spécifie l'influence de la direction verticale, oblique ou horizontale de la bouche.

On sait que l'orientation de l'anse anastomosée a beaucoup préoccupé les chirurgiens qui croyaient à la nécessité d'exécuter des anastomoses isopéristaltiques. La notion du fonctionnement de la bouche pendant l'antipéristaltisme paraît déjà théoriquement enlever beaucoup d'importance à cette manière de faire, et l'examen radioscopique montre un fonctionnement parfait des anastomoses anisopéristaltiques.

Si au point de vue physiologique pur la direction

de l'anse paraît indifférente, des considérations anatomiques paraissent devoir mieux guider le choix du chirurgien. En effet Mayo insiste sur ce fait que, à partir de l'angle duodéno-jéjunal, le jéjunum se porte légèrement en haut et à gauche, puis en bas et à gauche vers la fosse rénale. Si on tourne le jéjunum vers la droite, on donne à ce segment intestinal une direction opposée à sa direction première, et le mésentère tiraillé a tendance à ramener l'anse efférente vers la gauche.

Lorsque ce phénomène se produit brusquement après l'opération, il entraîne une torsion de l'anse anastomosée, véritable volvulus autour du point d'implantation gastrique, et cause des accidents graves qualifiés de circulus vitiosus.

Dans d'autres cas ce retour de l'anse à sa direction première se fait lentement, progressivement. Palugyay a vu ainsi huit fois des anastomoses rétrocoliques postérieures isopéristaltiques, verticales ou presque verticales, prendre secondairement une orientation anisopéristaltique. Pendant que s'effectue cette transformation le fonctionnement de la bouche devient progressivement défectueux, puis redevient normal quand la rotation de l'anse est terminée. L'époque à laquelle s'exécute cette rotation paraît essentiellement fonction de la rapidité avec laquelle l'anastomose trouve sa situation définitive, de la vitesse avec laquelle rétrocède la dilatation gastrique.

L'anastomose sans retournement de l'anse met à l'abri des accidents aigus de torsion, et la branche efférente n'a généralement pas tendance à changer de direction. Néanmoins Palugyay a vu une fois une gastro-entérostomie rétrocolique postérieure anisopéristaltique prendre secondairement et progressivement une orientation isopéristaltique. Peut être faut-il incriminer dans ce cas une disposition anatomique individuelle.

Le matériel de suture a-t-il enfin une influence sur le mode de fonctionnement de la bouche ? Il ne le semble pas. Dans la majorité des cas les anastomoses au bouton fonctionnent comme les anastomoses à la suture, mais signalons chez elles la bien plus grande fréquence des rétrécissements et oblitérations cicatricielles secondaires.

d. Influence de la médication interne. — Dans certains cas on peut encore améliorer notablement le fonctionnement défectueux d'une bouche gastro-intestinale.

Lorsque celle-ci présente des phénomènes d'occlusion spasmodique résultant d'un état vagatonique, Zweig conseille de donner de la paravérine qui serait alors la médication de choix (0gr 03 pour un cachet. Trois par jour). Néanmoins dans un cas d'Urrutia ce médicament s'est montré inefficace, tandis que la belladone, prise en pilules trente minutes avant chaque repas, a donné un résultat parfait.

Au contraire lorsque la bouche présente un certain degré d'incontinence, on peut obtenir un fonctionnement plus lent et plus régulier en faisant ingérer au moment même du repas du suc gastrique naturel, de la gastérine, ou encore une assez grande quantité d'acide chlorhydrique. Cette constatation semble démontrer que, bien que le suc gastrique se déverse dans le jéjunum, il peut avoir cependant sur le fonctionnement de la bouche anastomique une action analogue à celle qu'a sur le pylore l'arrivée du contenu gastrique dans le duodénum. La bouche serait donc susceptible de se comporter vraiment comme un néo-pylore.

Rapidité de l'évacuation. — La rapidité de l'évacuation gastrique après gastro-entérostomie a été étudiée par les diverses méthodes : tubages en série après repas d'épreuve, tubage à jeun, examen radiologique après repas bismuthé. Mais les divers auteurs ont obtenu des résultats assez différents et cette question est encore actuellement très controversée.

Il est bien entendu que, lorsqu'on pratique une gastro-entérostomie sur un estomac présentant une stase alimentaire marquée, l'opération diminue considérablement cette stase, et a un effet très salutaire à ce point de vue. Mais les deux points qui sont encore obscurs sont les suivants :

1° La gastro-entérostomie peut-elle faire disparaître complètement la stase ou même aboutir à une évacuation accélérée ?

2° Lorsqu'il n'y avait pas de stase avant l'opération, quel est l'effet de la gastro-entérostomie sur la rapidité de l'évacuation ?

C'est là où les opinions des auteurs divergent.

Pour Hartmann et Soupault, Deganello, Mathieu, Hayem, Mintz, les fonctions motrices de l'estomac s'exécutent toujours d'une façon insuffisante, d'où un *retard d'évacuation.* De même récemment Moreau et Murdoch constatent que l'estomac gastro-entérostomisé se vide mal, et trouvent un reliquat de baryte après six heures dans une très forte proportion des cas.

Mais Denéchau a remarqué que si l'évacuation se prolonge pour se terminer seulement à une heure tardive (un tubage deux heures après repas d'épreuve ramène encore des débris alimentaires), cette évacuation atteint néanmoins très rapidement son maximum et la presque totalité des aliments s'évacuerait de façon assez précoce.

Pour d'autres auteurs, Pers, Härtel, Leriche et Bressot, Hesse, Jonas, Bonar, Caillé, Durand et Marre, l'évacuation est presque toujours *plus rapide* que celle d'un estomac normal ; elle serait même réalisée en deux ou trois fois moins de temps. Gray, qui se range à cette opinion, pense que seul le temps pylorique de la digestion gastrique est modifié : il y aurait raccourcissement du temps pylorique, mais non du temps cardiaque.

On voit d'après cela combien il est difficile de se faire une opinion sur ce que doit être l'évacuation de l'estomac gastro-entérostomisé. Quelle est l'origine de ces divergences de vues ? La technique employée a-t-elle une influence sur la rapidité de l'évacuation ? C'est ce que quelques-uns se sont demandé.

Influence des dimensions de la bouche. — On a envisagé l'influence que peuvent avoir les dimensions de la bouche et Métivet a conseillé de régler ces dimensions d'après le but qu'on se propose d'atteindre. Mais pour la plupart des auteurs ce facteur n'a aucune importance. On sait en effet que lorsqu'il existe une sténose pylorique il faut que le rétrécissement ait atteint un certain degré avant que la stase s'établisse, et Moreau et Murdoch ont observé le retard d'évacuation aussi bien avec des bouches larges qu'avec des bouches petites.

Influence de la situation de la bouche. — *Accidents de stase.* — La situation de la bouche peut cer-

tainement être rendue responsable de certains cas de stase persistant après gastro-entérostomie. En effet lorsque l'anastomose est très haute, qu'il persiste un bas-fond, un cul-de-sac au-dessous de son niveau, et que l'estomac est hypotonique, la vidange du chyme par la bouche ne peut s'effectuer que lorsque le niveau du liquide a atteint une hauteur suffisante.

Cette stase entraîne parfois des troubles sérieux, et on a conseillé de favoriser le passage du chyme résiduel en faisant coucher le malade sur le dos ou sur le côté, évacuation passive. Sinon l'évacuation active n'a lieu que tardivement, grâce à une violente contraction terminale autrement puissante que le péristaltisme normal.

Accidents dus a une évacuation trop rapide. — En regard de ces accidents de stase, il faut signaler également les troubles que peut engendrer une évacuation gastrique par trop rapide. Lorsque l'estomac se vide par la bouche « à la manière d'un vase qui fuit », par écoulement total en quelques minutes, l'arrivée massive dans l'intestin d'aliments qui n'ont pas subi la digestion gastrique peut avoir de gros inconvénients. Les malades éprouvent après le repas une gêne, une pesanteur aux environs de la région ombilicale ou au-dessous; on constate à ce moment un clapotage très marqué au dessous de l'ombilic; la radioscopie montre qu'il s'agit non pas d'une dilatation gastrique comme auraient pu le faire croire les symptômes cliniques, mais d'une dilatation du grêle avec stase importante dans les premières anses. De là ce fait que les malades ne souffrent pas quand ils sont couchés mais lorsqu'ils sont debout. De là aussi l'utilité de leur faire porter une sangle qui exerce sur la partie sous-ombilicale de l'abdomen une contention suffisante, et de ne leur faire absorber qu'une petite quantité d'aliments à la fois.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 SEPTEMBRE 1925)

Extrait pancréatique de l' « Acanthias vulgaris »; son action comparée à celle de l'insuline du bœuf. — M. E. Ducloux et Mlle G. Cordier.

(SÉANCE DU 14 SEPTEMBRE 1925)

Greffes de douce-amère sur racines de belladone. — MM. L. Daniel et E. Potel.

Principes d'éducation vocale par la réalisation de l'accord vocal. — MM. Alfred Labriet et Raoul Husson.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La régénération de l'organisme humain par le sang, par le docteur H. Jaworski. Un volume in-16. — Prix : 12 fr. — Paris, N. Maloine.

Formulaire d'opothérapie clinique, organothérapie, par le docteur Marcel Laemmer. Un volume de 146 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude des cavernes pulmonaires tuberculeuses (1), par le docteur Henri Lazare-Maulde.

La pratique systématique de l'examen radiologique a montré qu'un grand nombre de cavernes pulmonaires tuberculeuses ne se manifestèrent pas par le syndrome stéthacousique classique et que les cavernes silencieuses considérées comme des raretés par les auteurs classiques étaient en réalité extrêmement fréquentes.

Devant ces faits, certains parlent de la défaillance de l'auscultation, d'autres mettent en doute la valeur des images radiologiques.

Dans sa thèse, M. Lazare-Maulde expose et discute les principaux travaux parus à ce sujet et apporte une intéressante contribution personnelle grâce aux importants documents cliniques et anatomiques rassemblés dans le service de son maître, M. Rist, à l'hôpital Laënnec.

Il a examiné d'abord l'ensemble des cavitaires non douteux hospitalisés de 1920 à 1924 en vue de l'établissement d'un pneumothorax artificiel (367 malades au total).

Dans 83,5 p. 100 des cas, les cavernes sont restées muettes à l'auscultation, les unes totalement silencieuses, les autres ne se manifestant pas par des symptômes cavitaires classiques. L'étiologie de cette matité des cavernes est très complexe; M. Lazare-Maulde attache surtout de l'importance aux plages inaccessibles, à la profondeur, enfin à l'état du parenchyme péricavitaire : le rôle de la condensation pulmonaire est capital.

Pour fixer la valeur des images radiologiques cavitaires, M. Lazare-Maulde a examiné tous les procès-verbaux (sans en omettre un seul) des 108 autopsies pratiquées dans le service de M. Rist du 1er janvier 1922 au 15 mars 1925 et les a comparés avec les images radiologiques constatées avant la mort. « Toutes les *images de Bouchard* plus ou moins typiques correspondaient à des cavernes, de même que 17 aspects *en mie de pain* et 2 aspects *en nid d'abeille*. Cavernes invisibles : 6 cas sur 91 cavitaires, soit 6,5 p. 100, également inaudibles. Sur 17 malades non cavitaires, pas une seule fois une image de Bouchard ou un aspect en nid d'abeille n'ont été constatés; une fois un aspect en mie de pain ne correspondait pas à une caverne, soit 5,8 p. 100 d'erreurs en trop.

En résumé, conclut M. Lazare-Maulde, le schéma d'auscultation cavitaire est perçu dans 22,3 p. 100 des cas; les rayons X donnent des résultats positifs dans 93,5 p. 100 des cas; les erreurs en trop sont de 11 p. 100 pour l'auscultation et de 5,7 p. 100 pour l'examen radiologique.

Il semble donc injuste que beaucoup considèrent encore l'examen radiologique comme une méthode de complément. En réalité, aucune méthode ne possède une valeur absolue et le terme de « méthode de complément » paraît assez dénué de sens. Il existe un ensemble de procédés d'exploration parmi lesquels l'examen radiologique est de beaucoup le plus fidèle.

L. G.

Le Chancre de la gencive (2), par le docteur René Miquel.

Le chancre de la gencive est une affection rare, mais non exceptionnelle, le chiffre des cas publiés dépassant de beaucoup la centaine. Sa connaissance est utile au syphiligraphe, au médecin stomatologiste, au dentiste.

Il est plus fréquent chez l'homme et son siège de prédilection est la face antérieure de la gencive supérieure. Il se présente sous deux aspects : la forme typique, la plus habituelle, et la forme atypique (chancre ulcéreux). Parmi les formes cliniques, la forme hypertrophique et la forme phagédénique doivent être signalées.

L'adénopathie du chancre de la gencive est assez souvent unique, volumineuse et inflammatoire, parfois fébrile. Cet aspect est surtout fréquent *au début du chancre*. Ultérieurement et dans le reste des cas l'adénopathie se présente avec les caractères habituels.

(1) *Th. de Paris*, 1925. — Imprimerie Maulde et Renou.
(2) *Th. de Paris*, 1924. — Paris, librairie Le François.

Le diagnostic différentiel porte principalement sur les gingivites, la polyarthrite alvéolo-dentaire, les manifestations de la syphilis à ses autres périodes, les tumeurs des mâchoires. Le diagnostic précoce sera facilité par la recherche du tréponème dans la sérosité du chancre et la pratique de la réaction de Bordet-Wassermann.

Par sa situation habituelle sur la gencive antérieure, le chancre des gencives est surtout un chancre vénérien ou osculatoire (Milian).

Parmi les nombreux cas de contagion médiate rapportés, la plupart sont attribués aux instruments de dentisterie; quelques-uns ne nous paraissent pas probants. Les plus vraisemblables sont ceux développés au niveau des dernières molaires, au point d'extraction de ces dents. Tous les traumatismes de la gencive, qu'ils soient produits par des interventions dentaires, des instruments de toilette ou des ustensiles divers, constituent des portes d'entrée par où pourra s'introduire le tréponème. L'asepsie instrumentale est obligatoire pour toute intervention dentaire.

Le pronostic est bon, mais l'auteur reconnaît parfois à ces chancres céphaliques une malignité spéciale due à leur localisation très voisine des centres nerveux que le tréponème peut atteindre précocement par les lymphatiques.

Le traitement sera d'autant plus heureux qu'il sera *rapide et intensif.* Il faudra *frapper vite et fort* en donnant la préférence aux arsénobenzols en injections intraveineuses.

L. G.

Traitement de l'épilepsie essentielle par la bellafoline associée au gardénal (1), par le docteur A. Viguier.

Dans un quart des cas, environ, le traitement habituel de l'épilepsie, c'est-à-dire le bromure ou le gardénal, reste sans effet. Or, l'association de la belladone au gardénal a donné dans ces cas, à certains auteurs, en particulier à Ducoste, d'excellents résultats discutés il est vrai par divers médecins.

Estimant que la cause de l'inconstance thérapeutique de cette méthode réside dans la variabilité en principes actifs et l'inconstance des préparations galéniques de belladone, le docteur Viguier a repris cette question, mais en utilisant, non l'extrait de belladone, mais les *alcaloïdes totaux* (bellafoline) isolés par Stoll, grâce à son procédé spécial de protection.

On sait que cette préparation où domine, comme dans la plante, l'hyoscyamine lévogyre, a une activité égale à celle de l'atropine avec une posologie et une toxicité moitié moindres.

Elle offre aussi, sur les préparations galéniques, la supériorité d'une activité *totale* et toujours égale, grâce à sa teneur constante en principes actifs, purs et rigoureusement dosés.

L'auteur cite dans sa thèse de nombreuses observations d'épilepsie essentielle traitée par l'association bellafoline gardénal et recueillies au dispensaire de l'asile Sainte-Anne.

En voici les conclusions : chez 15 malades, le gardénal utilisé isolément n'ayant produit aucun effet sédatif sur les crises épileptiques l'association de la bellafoline les a supprimées complètement ou les a beaucoup diminuées en nombre et en intensité.

Dans 22 cas, les manifestations de l'épilepsie désignées sous le nom d'équivalents (vertiges, absences, impulsions, irritabilité du caractère, migraines, etc.). Le traitement mixte gardénal et bellafoline a donné d'excellents résultats, alors que le gardénal employé seul dans ces formes est souvent inactif.

Il y a eu 2 insuccès seulement sur les 24 observations.

L'auteur ne signale aucune contre-indication à la bellafoline et n'a pas observé de signes d'intolérance.

Les doses utilisées ont été, en moyenne, de deux comprimés à un quart de milligramme par jour, et le docteur Marchand considère qu'il est inutile de dépasser chez ces malades quatre comprimés de bellafoline par vingt-quatre heures, c'est-à-dire un milligramme de principe actif.

La thèse du docteur Viguier est pratiquement fort intéressante parce qu'elle apporte une méthode nouvelle de traitement efficace, dans les cas d'épilepsie jusqu'ici rebelles à la thérapeutique.

L. G.

(1) *Th. de Paris*, juillet 1925. (Travail fait à la consultation de M. le docteur Marchand, au dispensaire de prophylaxie mentale de l'asile Sainte-Anne. Service de M. le docteur Toulouse.)

Les fractures fermées de la région condylienne du maxillaire inférieur (1), par le docteur Pierre Krivine, ancien interne provisoire des hôpitaux de Paris.

Les fractures de la région condylienne du maxillaire inférieur ne doivent pas être considérées comme des raretés, elles sont probablement les plus fréquentes des fractures mandibulaires. On doit les rechercher systématiquement, non seulement dans les contusions de la mâchoire, mais aussi à titre de lésion associée dans tous les cas de fracture du maxillaire,

Il existe trois variétés anatomiques et cliniques de fractures *condyliennes* :

I. Les fractures sous-condyliennes basses, sans déplacement, de cause directe le plus souvent.

II. Les fractures sous-condyliennes hautes, avec déplacement, de cause indirecte.

III. Les fractures condyliennes complexes, de cause indirecte, le plus souvent, avec trait de fracture souvent atypique et associé à d'autres lésions du maxillaire et du temporal.

Le diagnostic de la première variété (sous-condylienne basse) est difficile et presque uniquement radiologique.

Le diagnostic de la deuxième variété (sous-condylienne haute) est facile, mais la radiographie doit compléter la clinique.

Le diagnostic de la troisième variété (condylienne complexe) est souvent difficile, si l'on ne songe pas à rechercher la fracture. Dans tous les cas, il se fera facilement en associant l'examen radiologique à l'examen clinique.

L'importance considérable de l'examen radiographique implique la nécessité de faire de nombreux clichés suivant les trois plans et aussi de savoir interpréter correctement les images obtenues.

Le traitement de la première variété (sous-condylienne basse) est la *mobilisation* immédiate.

Le traitement de la deuxième variété (sous-condylienne haute) est la réduction *immédiate* de l'articulé avec immobilisation pendant un temps aussi court que possible, suivie d'une mobilisation secondaire active.

Le traitement de la troisième variété (condylienne complexe) obéit aux mêmes directives, tout en tenant compte de la nécessité de traiter en même temps les lésions associées.

Le pronostic fonctionnel parallèle en cela à l'aspect clinique est très favorable dans tous les cas *chez l'adulte*, malgré l'importance des lésions anatomiques, et l'ankylose est absolument exceptionnelle.

Chez l'enfant, au contraire, quelle que soit la variété de fracture, l'ankylose est fréquente et évolue insidieusement au début. Chez lui particulièrement, le diagnostic doit être fait précocement et le temps d'immobilisation supprimé et remplacé par une mobilisation intensive et permanente, accompagnée de la suppression de tous les foyers infectieux buccaux.

L. G.

La Fonction uréo-sécrétoire des hypertendus (2), par Jean Roesch.

Le dosage de l'urée sanguine, employé seul, est insuffisant pour donner une idée exacte du fonctionnement rénal. Il n'y a pas de rapport net entre le taux de l'urée sanguine et le chiffre de la tension maxima. Dans presque un tiers des cas d'hypertension, considérés d'une manière générale, la constante d'Ambard est normale. Elle l'est encore dans 18 p. 100 des cas d'hypertension maxima supérieure à 25.

Si, dans l'ensemble, les chiffres de la tension et de la constante évoluent parallèlement, ce rapport est loin d'être absolu et ne saurait être invoqué en faveur de la théorie rénale. Inversement, les constantes normales ne sont pas des preuves catégoriques contre la théorie rénale, puisque cette dernière les explique par l'hypothèse d'une néphrite hypertensive pure, sans troubles sécrétoires.

(1) In-8. — Paris, Editions de la *Semaine dentaire*.
(2) *Th. de Nancy*, 1925. — Nancy, Société d'impressions typographiques.

Il résulte de ces faits que l'interprétation de ces cas est très complexe et nécessite l'intervention de conceptions éclectiques.

Au point de vue pratique, on pourrait croire exagéré de soumettre les hypertendus dont le fonctionnement uréo-sécrétoire est inaltéré, à un régime hypo-azoté sévère; mais il semble que l'alimentation carnée puisse être un facteur direct d'hypertension. De toutes façons, la recherche de la constante devra précéder l'établissement du régime. L. G.

Recherches sur le rétablissement de la circulation collatérale après ligature de l'artère axillaire (1), par le docteur Lucien MASSÉ.

L'étude des clichés radiographiques permet de mettre en évidence, au niveau de l'artère axillaire, deux sortes de voies anastomotiques : les voies courtes représentées par les anastomoses intramusculaires et les voies longues représentées par les branches terminales des grosses collatérales qui forment, à côté de la voie principale, une voie collatérale secondaire cervico-scapulo-humérale et thoracique. Au niveau de la zone dangereuse de Derocque et Soupart, il existe des anastomoses importantes unissant la sous-scapulaire, le cercle des circonflexes et l'humérale profonde.

La dissection n'arrive pas à mettre en évidence les anastomoses intramusculaires, sauf au niveau du deltoïde et du long triceps. Malgré cela, on ne peut pas dire qu'au niveau du membre supérieur les anastomoses macroscopiques soient rares car par la dissection on peut constater des anastomoses par inoculation dans la fosse sous-épineuse, au niveau du cercle des circonflexes, et de nombreuses anastomoses rétiformes périostiques, péri-articulaires, péri-épiphysaires. Au niveau de la zone dangereuse, des anastomoses dissecables unissent l'humérale, mais surtout l'humérale profonde au cercle des circonflexes.

Chez le chien, après ligature de l'artère axillaire, la circulation se rétablit toujours quel que soit le mode d'interruption du courant sanguin. Ce rétablissement a lieu par dilatation des voies anastomotiques longues, préexistantes, peut-être avec néoformation des vaisseaux (point qu'on n'a pas pu élucider), puis par rétablissement du sens du courant principal à l'aide d'anastomoses directes développées entre les deux bouts de l'artère et dues à la dilatation des *vasa-vasorum*, ou, lorsque les bouts artériels sont très éloignés, à la dilatation des artères des nerfs qui prennent, au prorata de la durée des expériences, un volume considérable.

La clinique apprend que la ligature de l'artère axillaire peut se faire à tous les niveaux, la ligature des branches collatérales est même possible. Le pronostic est aggravé, quel que soit le niveau de la ligature, du fait de l'existence d'un volumineux hématome, de grosses lésions musculaires, osseuses, veineuses ou nerveuses, enfin du fait de l'infection. Celle-ci paraît être, plus que l'ischémie due à la ligature, le facteur le plus redoutable de gangrène, par la thrombose qu'elle provoque et les embolies qu'elle lance dans le système des collatérales. L. G.

Les Villages de tuberculeux en Angleterre [Papworth, Preston Hall, Barrowmore Hall] (2), par le docteur Robert WOLFSOHN.

La conception du sanatorium populaire, telle qu'elle est actuellement appliquée en France, n'est pas dirigée dans un sens qui permette un rendement thérapeutique et social avantageux.

Les villages de tuberculeux représentent la meilleure formule, à l'heure actuelle, pour l'application de la cure sanatoriale à la classe populaire :

a. L'hôpital y réalise la cure sanatoriale habituelle et offre aux colons la possibilité de recevoir immédiatement les soins nécessaires, à la moindre alerte;

b. La section industrielle donne aux malades la possibilité de gagner leur vie et de faire vivre leur famille;

c. Par là, et en réorganisant leur foyer sur de nouvelles bases durables, ce système rattache les tuberculeux à la vie;

d. Le village de tuberculeux protège la collectivité contre l'infection.

L'auteur montre que la réalisation en est possible en France, dès maintenant. L. G.

(1) *Th. de Bordeaux*, 1925. — Bordeaux, imprimerie Cadoret.
(2) *Th. de Paris*, 1924. — S. M. I. E., 44, rue de Lisbonne, Paris.

Traitement des gangrènes humides des diabétiques par la diathermie (1), par le docteur Démètre PAÏZIS.

La d'arsonvalisation diathermique, par son pouvoir calorigène au niveau des tissus traversés par le courant, par l'activation de la circulation qu'elle y amène, par l'exaltation du pouvoir défensif contre les agents pathogènes étrangers qui en résulte, cette dernière étant soit le résultat de l'amélioration de la circulation locale, soit un effet direct des courants de haute fréquence sur les cellules, peut être aussi par une action propre sur les microbes, doit logiquement agir sur les gangrènes humides des diabétiques.

Les huit succès complets sur neuf cas traités dont l'auteur rapporte les observations semblent confirmer cette hypothèse.

Les résultats observés, dès les premières séances de diathermie, sont :

Diminution des douleurs et de l'œdème, chute des escarres ;

Bourgeonnement intense des plaies;

Rétrocession des accidents toxi-infectieux généraux et chute de la température;

Les améliorations obtenues paraissent indépendantes du traitement par l'insuline, auquel plusieurs des malades avaient été soumis.

Les succès obtenus parfois chez des malades très gravement atteints permettent l'essai de ce traitement dans des cas qui paraissent relever uniquement du ressort de la chirurgie. L. G.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 7 JUILLET 1925

AUTORISANT LA REVISION DES PRIX DES BAUX A LONGUE DURÉE

Nous avons eu l'occasion d'indiquer précédemment la jurisprudence de la Cour de cassation décidant que, lorsqu'*un bail* avait été conclu entre deux parties, il demeurait, quelle qu'en pût être la durée, applicable dans toutes ses dispositions jusqu'à sa terminaison. La Cour de cassation appliquait le principe de droit bien connu : *la convention fait la loi des parties*. Il en résultait que le loyer, tel qu'il avait été fixé lors de la signature du bail, restait sans augmentation, en dehors de celle qui avait pu être prévue par la convention, jusqu'à l'expiration de la durée convenue; les lois, accordant des prorogations et permettant l'augmentation du prix des loyers, étaient inapplicables, car, disait-on, cette augmentation était la compensation de la prolongation de l'occupation, *accordée par la loi*. Ainsi, si on suppose un bail conclu pour trente années le 1er janvier 1913 moyennant un loyer annuel de 5.000 francs, ce loyer demeurait à 5.000 francs jusqu'au 31 décembre 1942 sans que le propriétaire pût invoquer, pour demander l'élévation du loyer, le changement des conditions économiques et l'augmentation du coût de la vie.

Le législateur a estimé qu'une situation semblable ne pouvait être maintenue et qu'il était contraire à l'équité que le propriétaire, dont le locataire bénéficiait d'une prorogation, pût augmenter son loyer, alors que celui dont le locataire était titulaire d'un bail ne le pouvait pas. De cette idée est née la loi du 7 juillet 1925 *autorisant la revision des prix des baux à longue durée*, loi qui intéresse tous les locataires, puisqu'elle ne fait aucune distinction relativement à la destination des lieux.

C'est une loi de circonstances; et, comme toutes les lois de circonstances, elle est dangereuse; dangereuse, parce qu'elle

(1) *Th. de Lyon*. — Lyon, Imprimerie Bosc frères et Riou.

s'écarte du droit commun. Et cependant, au cours des discussions qui ont eu lieu devant le Parlement lors de l'examen des dernières lois sur les baux à loyers, on a maintes fois déclaré qu'il fallait revenir au droit commun! A la décharge du législateur, on peut dire que nous traversons une période exceptionnelle et qu'il ne fait, en somme, qu'élargir l'application d'une théorie, la théoriede l'imprévision, déjà admise par le Conseil d'Etat avant la guerre, dans des cas, il est vrai, extrêmement restreints, en matière de travaux publics par exemple. Cette théorie se résume ainsi : lorsque postérieurement à la conclusion d'une convention ou d'un marché, des circonstances qu'il était impossible de prévoir lors de cette conclusion ont eu pour conséquence de rendre la convention ou le marché plus onéreux, celui qui subit ces circonstances exceptionnelles a droit à une indemnité. Mais ce n'est qu'avec beaucoup de circonspection qu'on peut raisonner ainsi; car, pousser une théorie semblable à son extrême limite aurait bientôt pour résultat d'anéantir les effets d'une convention. Il faut reconnaître que le législateur, dans la loi du 7 juillet 1925, a essayé de limiter autant que possible les conséquences de cette théorie de l'imprévision.

1. Principe. — L'article 1er pose, en principe, que les prix des baux à loyer, normaux ou prorogés par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1898 ayant pris cours ou conclus avant le 24 octobre 1919 et d'une durée contractuelle de plus de neuf années, peuvent être majorés.

La loi ne fait aucune distinction entre les locaux loués pour occupation bourgeoise ou à destination commerciale ou industrielle.

Deux conditions essentielles résultent du texte de l'article 1er :

1° Il faut qu'il s'agisse d'un bail qui a pris cours ou qui a été conclu *avant* le 24 octobre 1919, date de la cessation des hostilités comme on sait;

2° Il faut que le bail ait une durée de plus de neuf années. Si le bail ayant eu une durée de plus de neuf années continue à produire ses effets par suite d'une prorogation accordée par la loi, il paraît résulter du texte que la majoration peut avoir lieu.

La majoration n'est pas automatique; pour que le propriétaire l'obtienne il faut, à défaut d'accord amiable, suivre la procédure édictée par l'article 4 suivant.

La majoration a lieu à partir du *terme d'usage* qui suit la promulgation de la loi et pour la durée du bail restant à courir; le premier terme de paiement concernant les loyers échus après la promulgation de la loi est déclaré terme d'usage.

Les dispositions de la loi s'appliquent non seulement aux locations faites par les simples particuliers, mais aussi aux concessions accordées par les communes, départements et autres collectivités publiques.

2. Cas ou il n'y a pas lieu a majoration. — Il y en a deux indiqués par la loi ; ce sont :

1° Aucune majoration ne peut être accordée au propriétaire qui a acquis l'immeuble *à titre onéreux* à une date postérieure au 24 octobre 1919. Le législateur a pensé que celui qui a acquis son immeuble après le 24 octobre 1919 a fait son acquisition en connaissance de cause, notamment des circonstances économiques et des conditions nouvelles d'existence.

2° La demande de majoration n'est admise que si le prix porté au contrat est inférieur de plus d'un quart au prix arbitré comme représentant, au jour de la demande, la valeur locative équitable. La demande du propriétaire ne sera donc accueillie qu'au résultat de la procédure qui sera engagée.

3. Conditions de la majoration. — La loi fait la distinction suivante :

Pour les locaux et dans les communes qui sont définis à l'article 1er, paragraphe 1er de la loi du 29 décembre 1923, la majoration est calculée conformément aux règles posées par les articles 2 et suivants de cette loi. Le texte visé est ainsi conçu : « Dans le département de la Seine et dans un rayon de 50 kilomètres des fortifications de Paris; dans les communes d'une population totale d'au moins 4000 habitants; dans celles où le recensement de 1921 accuse soit un accroissement de la population municipale, soit un accroissement du nombre des foyers, et dans les régions libérées, quelle que soit l'importance de la population, les baux à loyer pour les locaux à usage d'habitation... »

Pour les locaux qui ne sont pas régis par la loi du 29 décembre 1923, la majoration est calculée en tenant compte de tous les éléments d'appréciation et de manière que le locataire continue à bénéficier, pour la durée du bail, d'un abattement équivalant à un quart de la différence entre le prix fixé au contrat et la valeur locative équitable. Ce sera au juge de paix ou au Tribunal civil, suivant la distinction qui est faite par l'article, qui décidera : un débat aura lieu entre le propriétaire et le locataire qui, chacun, auront à faire valoir leurs arguments pour la fixation de ce que la loi appelle la *valeur locative équitable*.

L'article 2 fait une obligation au propriétaire d'accorder une prorogation supplémentaire lorsque le bail de plus de neuf années se trouve dans la période de prorogation. Il spécifie :

« La revision des prix des baux dont la prorogation est en cours par application de l'article 56 de la loi du 9 mars 1918 ne pourra jouer au profit du propriétaire que si celui-ci accorde à son locataire une prorogation supplémentaire de bail égale à la durée de la prorogation restant à courir. »

Mais le locataire peut ne pas accepter la majoration qui lui sera imposée. L'article 6 de la loi lui donne le droit, s'il ne veut pas accepter cette majoration, de résilier son bail. « Cette résiliation, dit l'article 6, paragraphe 2, prendra cours au terme d'usage qui suivra une période de six mois à partir du jour de la décision fixant définitivement les nouveaux prix. Le locataire devra aviser de son intention de résiliation le propriétaire de l'immeuble dans les trois mois au plus de la notification de la décision intervenue. »

En raison des délais qui résultent de ce texte, la question pouvait se poser de savoir quel loyer le locataire aurait à payer à partir du terme d'usage suivant la promulgation de la loi. Le dernier paragraphe de l'article 6 a résolu la question en spécifiant : « Pendant le cours de ces délais, le prix du bail ancien ne sera pas modifié. »

(*A suivre.*)

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

Les Grands narcotiques sociaux (1), par le docteur Legrain.

M. Legrain qui avec une foi d'apôtre s'est dévoué depuis trente-cinq ans à la lutte contre l'alcoolisme, nous apporte aujourd'hui un ouvrage consacré à l'opium, au tabac et à l'alcool.

Après avoir étudié les grandes épidémies toxiques, l'auteur expose la psycho-analyse des toxi-endémies et fait un essai de clinique sociale. Il étudie enfin les remèdes.

Il est à souhaiter que sa voix soit entendue, par les pouvoirs publics qui ont parfois des velléités de bien faire, mais qui n'aboutissent jamais qu'à des demi-mesures. Le danger est cependant angoissant. L. G.

Consultations du médecin praticien. Guide de pratique médico-chirurgicale journalière (2), par le docteur Fréd. Blanchod.

Voici un beau volume, qui rendra les plus grands services aux praticiens. Clairement présenté il indique la conduite à tenir dans le plus grand nombre de cas, il rappelle aussi les erreurs à ne pas commettre. On le lira avec plaisir et avec fruit. L. G.

(1) Un vol. in-8. — Paris, Norbert Maloine.
(2) Un vol. gr. in-8. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'urologie en clientèle, par M. Le Fur. In-8. — Prix : 30 fr. — Paris, Norbert Maloine.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1925, par le docteur R. Weitz. Préface de M. le professeur Carnot. (Ancien Formulaire Bocquillon-Limousin.) — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le bacille de la nécrose et son rôle pathogène, par E. Cesari. Rapport présenté à la Société de pathologie comparée. Une brochure. — Prix : 2 fr. 75. — Paris, aux bureaux de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 55, avenue Kléber.

The technic of Local Anesthesia, par Hertzler. Un volume, 265 pages, 140 figures. — St-Louis, U. S. A., The C. V. Mosby Company.

N° 78. — MARDI 29 SEPT. 1925. 98e ANNÉE. MARDI 29 SEPT. 1925. — N° 78.

Ce journal paraît trois fois par semaine, LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Ce journal paraît trois fois par semaine. LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France. L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Prix de l'abonnement pour les Étudiants français, 20 francs par an. Étudiants étrangers, 30 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
BELGIQUE et ITALIE. . . 40 fr. — UNION POSTALE. . . . . . 50 fr.
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — La liste des martyrs de la science est malheureusement loin d'être close.

Notre distingué collègue, M. Vadon, interne à l'hôpital Saint-Louis, vient d'être à son tour victime du devoir professionnel et a dû subir la désarticulation de l'épaule à la suite d'une infection contractée en soignant un malade de son service.

La croix de chevalier de la Légion d'honneur lui a été remise jeudi, à l'hôpital Saint-Louis, par son maître, le docteur Laubry, au cours d'une cérémonie émouvante.

Nous souhaitons bien vivement à notre collègue un prompt et complet rétablissement, et nous le prions de recevoir l'expression de notre admiration pour le courage avec lequel il supporte cette douloureuse épreuve.

LÉGION D'HONNEUR. — M. le professeur Julin (de Liége) a été nommé officier de la Légion d'honneur.

DISTINCTION HONORIFIQUE. — Sont nommés chevaliers de l'ordre de Léopold par arrêté royal du 29 août : le docteur Durœux (de Paris), médecin du ministère de la Justice, et le docteur Mabille (de Paris), chef de cabinet du ministre du Travail, de l'Hygiène et de la Prévoyance sociale.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Par décret en date du 24 septembre 1925, sont promus, pour prendre rang du 25 septembre 1925, aux grades ci-après, et, par décision ministérielle du même jour, sont, sauf indications contraires, maintenus dans leur affectation actuelle :

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins principaux de 2e classe Mangenot, Douzans et du Roselle.

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Mahaut, Dusolier, Montagné, Tartavez, Letainturier de La Chapelle, Chambon, Sirot, Delacroix, Potet, Escher et Dauthuille.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe de Lagoanère, Pitois, Surin, Mercier, Hauvuy, Bertaux, Poulhès, Heyraud, Bressot, Richard, Brizon, Paris, Doniot, Clot, Xambeu, Solle et Lombardy.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe François, Mahieu, Lombard, Grimaldi, Vetzel, Merz, Rochette, Travail, Diot, Millo, Garbay, Millischer, Chainet, Esquier, Besnoit, Fontaine et Tarayre.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe. — M. le pharmacien principal de 2e classe Ravin.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe. — M. le pharmacien-major de 1re classe Bruère.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe Loiseau.

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Par décret en date du 24 septembre 1925, ont été promus dans le Service de santé des troupes coloniales, pour compter du 25 septembre 1925 :

Au grade de médecin principal de 2e classe. — MM. les médecins-majors de 1re classe Viala et Jojot.

Au grade de médecin-major de 1re classe. — MM. les médecins-majors de 2e classe Sauve, Delalande, Blandin, Basque, Borel et Baujean.

Au grade de médecin-major de 2e classe. — MM. les médecins aides-majors de 1re classe Lacommère, Girard, Legendre, Bouny, Gonzalès, Pujol, Clément et Leschi.

Au grade de pharmacien principal de 1re classe. — M. le pharmacien principal de 2e classe Lambert.

Au grade de pharmacien principal de 2e classe. — M. le pharmacien-major de 1re classe Finelle.

Au grade de pharmacien-major de 1re classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe Dellys.

Au grade de pharmacien-major de 2e classe. — M. le pharmacien-major de 2e classe Mercier.

— SERVICE DE SANTÉ. — Par décision ministérielle en date du 23 septembre 1925, les mutations suivantes sont prononcées :

Médecins principaux de 2e classe. — MM. David de Dre-

zigue, de la place de Tours, est affecté à l'armée française du Rhin; Escande de Messières, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Etienne, est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Nîmes et président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Combe, du 19e corps d'armée, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Brionval, de l'armée du Levant, est affecté à la division d'occupation de Tunisie; Madelaine, de la direction du Service de santé du 3e corps d'armée, est affecté au centre de réforme de Rouen.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Cœurdevey, du 35e d'infanterie, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc, volontaire; Habert, des territoires du Sud-Tunisien, est affecté à l'armée française du Rhin.

Médecins aides-majors. — MM. Foyatier, du 8e bataillon de chasseurs à pied, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Bierer, du 21e d'infanterie, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

XIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'HYDROLOGIE ET DE CLIMATOLOGIE MÉDICALES. — Ce Congrès se tiendra à Bruxelles, du 10 au 14 octobre 1925, sous la présidence de MM. le professeur Gibert (de Paris) et le docteur Terwagne (de Bruxelles).

Les questions mises à l'ordre du jour sont :

Traitement hydrominéral et climatique des affections cardio-vasculaires. — Rapporteurs : MM. Cottet-Mougeot et Piatot.

Cure hydro-minérale sulfureuse. — Rapporteurs : MM. Flurin, Liacre et Lamarque.

Des réductions de 50 p. 100 sur les chemins de fer seront accordées aux congressistes.

Cotisations : 50 francs pour les congressistes; 25 francs pour les dames les accompagnant.

Parmi les réceptions et fêtes organisées pour les congressistes, signalons une soirée à la Fondation universitaire, un banquet et une représentation. Le mardi 13 octobre, les congressistes seront à Spa les hôtes de l'accueillante Compagnie fermière des Eaux et des Bains : Spa-Monopole.

Adresser les adhésions à M. le docteur Poirot-Delpech, 3, rue de la Planche, Paris (VIIe).

Le IIe **CONGRÈS ANNUEL DE STOMATOLOGIE** se tiendra à Paris, dans les locaux de la Faculté de médecine et de l'Ecole française de stomatologie, du 19 au 24 octobre. Il a été mis à son ordre du jour les questions suivantes :

1. *Les réactions sinusales dans les affections orbito-oculaires d'origine dentaire.* — Rapporteurs : MM. Worms et Berchev.

2. *Les moyens de contention des appareils complets du haut en bas.* — Rapporteurs : MM. Guily et Lhirondel.

3. *Les pyorrhées, leurs traitements.* — Rapporteurs : MM. Rousseau-Decelle, Fichot, Monnier, Béliard et Baume.

Le XIIe **CONGRÈS ANNUEL D'HYGIÈNE** se tiendra à Paris, à l'Institut Pasteur, du 19 au 23 octobre 1925. Il est, comme les années précédentes, organisé par la Société de médecine publique et de génie sanitaire. M. le ministre du Travail et de l'Hygiène honorera de sa présence la séance inaugurale et le Congrès sera présidé par le docteur Faivre, inspecteur général honoraire des services administratifs.

Les questions mises à l'ordre du jour et sujettes à discussion sont :

1. *La syphilis est-elle en voie de régression? preuves; documents.* — Rapporteur : M. le professeur Pautrier (de Strasbourg).

2. *Standardisation des méthodes d'analyse des eaux.* — Rapporteur : M. le professeur Rochaix (de Lyon).

3. *Epidémiologie de la fièvre ondulante; distribution géographique; prophylaxie.* — Rapporteur : M. le docteur Burnet, sous-directeur de l'Institut Pasteur de Tunis. — La question de la fièvre ondulante en France sera présentée par MM. Aublant, Dubois et Lisbonne.

Une revue générale des questions d'hygiène étudiées pendant les années 1924-1925 sera faite par MM. Dujarric de la Rivière, OH, Brian et Deguidt.

Inscription au Congrès : M. Bossus, 142, boulevard du Montparnasse, Paris (XIVe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desbrières (de Limoges), Albert Fauconnier (de Profondeville), Harlay (de Paris), Joseph Lavagna (de Nice); le colonel médecin de l'armée belge Philippart.

A L'OCCASION DU CONGRÈS DE CHIRURGIE, M. Calot fera le mercredi 7 octobre, de 9 h. 1/4 à midi, dans sa clinique de Paris, 69, quai d'Orsay, une série d'opérations et de démonstrations :

I. Réduction de six luxations congénitales de la hanche, de formes diverses.

II. Présentation de sujets guéris de luxations congénitales.

III. Ce que tout médecin ou chirurgien doit savoir de la rénovation de la pathologie de la hanche à tous les âges (par les derniers travaux.)

HÔPITAL LAENNEC. (Service du docteur Henri BOURGEOIS.) — ENSEIGNEMENT PRATIQUE. — LA DIATHERMIE EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Ce cours, dont le nombre des auditeurs sera limité à 6, commencera le 19 octobre; il comportera huit leçons réparties de la façon suivante :

1° Notions élémentaires sur les courants de haute fréquence, appareils;

2° Utilisation thérapeutique des courants de haute fréquence en oto-rhino-laryngologie; expériences fondamentales;

3° Diathermie médicale, étincellage, effluvation;

4° Diathermie chirurgicale (diathermo-consultation), modalités d'emploi, techniques, effets.

Les quatre leçons suivantes seront consacrées aux indications d'applications de la diathermie chirurgicale au niveau des différents territoires sur lesquels le laryngologiste est appelé à intervenir : cavum et fosses nasales, pharynx, larynx, face.

La plus large part sera faite dans ce cours aux démonstrations pratiques.

Prix du cours : 400 francs. — S'adresser dans le service au docteur Poyet.

NOTES DE PRATIQUE

ARTÉRIO-SCLÉROSE CÉRÉBRALE

1° Régime lacto-végétarien.

2° Révulsifs locaux (séton à la nuque) et intestinaux, par exemple :

Scammonée	0g40
Jalap Gomme-gutte	} 0g15

En 2 paquets. A prendre à 20 minutes d'intervalle. Renouveler tous les 10 ou 15 jours.

3° Pendant 15 jours par mois, prendre avant les repas une cuillerée à soupe d'une solution iodurée (3 g. K I pour 300 g. d'eau distillée).

4° Pendant les 15 jours restants, prendre, matin et soir, 1 cachet de 0g50 de Théosalvose phosphatée ou lithinée comme diurétique et éliminatrice des chlorures.

LA MALADIE DE LANE

Par Auguste TIERNY (d'Arras),
Ancien interne (lauréat) des hôpitaux de Paris,
Chirurgien de l'hôpital Saint-Jean.

La *stase intestinale chronique* (S. I. C.) ou constipation droite, correspond à la stase colique, ou iléale, ou au deux à la fois; c'est le cas habituel. Elle s'accompagne de troubles toxiques ou toxi-infectieux torpides.

La constipation banale amène de l'infection intestinale et secondairement de la déformation et du retard dans le côlon droit, par vis a tergo. — « La stase intestinale chronique diffère anatomiquement et cliniquement de l'occlusion intestinale chronique. Dans celle-ci, un obstacle mécanique diminuant le calibre de l'intestin, obstacle d'ordre intrinsèque ou extrinsèque, empêche directement le passage des matières et des gaz, et détermine, en plus des phénomènes d'intoxication, une réaction péritonéale » [Chiray (1)].

Dans la stase intestinale chronique, il s'agit, au contraire, de brides, d'adhérences, de vice de position, ou de phénomènes purement parétiques ou inflammatoires, qui causent, par voie indirecte, le plus souvent par stase intestinale surajoutée, un arrêt momentané des matières sans rétention gazeuse et sans réaction péritonéale.

La constipation gauche est la résultante de mauvaises habitudes prises par le sujet. — Constipation gauche, stase intestinale chronique et occlusion chronique, sont donc des états totalement différents. La constipation gauche, ou dyschésie, est la conséquence de perturbations d'actes musculaires complexes et souvent psychiques, dont le siège est le rectum et la sigmoïde. Normalement les matières atteignant le rectum, doivent être expulsées immédiatement. Or, la défécation sigmoïdienne, peut être troublée par spasme ou par atonie. Elle est due à la synergie musculaire de la défécation. Cette constipation terminale est peu toxique parce que les matières sont sèches; elle diffère totalement, par ses causes et par ses effets, de la stase intestinale chronique, mais elle peut la précéder.

Chez les constipés droits il existe des coudures intestinales par brides ou des déformations, allongements, dilatations du gros intestin. — La stase intestinale chronique s'observe le plus souvent chez la femme; elle dérive soit de la péricôlite membraneuse, soit d'un vice de position du cæcum, et en particulier du cæcum mobile. Chez nombre de malades il existe une coudure sur la fin de l'iléon, *coudure de Lane*, à l'abouchement du grêle dans le cæcum. Il existe, de plus, d'autres formations membraneuses, telles que *membrane de Jackson*, membrane finement vascularisée, parsemée de parties fibreuses qui englobent le côlon ascendant, comme un sac trop étroit. Indépendamment de la bande iléale qui étrangle la fin du grêle, indépendamment de la membrane de Jackson, qui embrasse l'angle hépatique, il existe encore des brides et des coudures au niveau de l'angle splénique, de la crête iliaque droite et gauche et finalement à l'entrée du petit bassin. Ces brides et coudures consécutives sont la conséquence vraisemblable d'infections anciennes. Si on les découvre chez nombre de cadavres de nouveau-nés, c'est parce qu'elles ont été produites chez leurs ancêtres et léguées par hérédité. Chez certains sujets, on ne constate pas de bandes ni coudures, et pourtant la stase intestinale chronique existe; elle est alors la conséquence d'une inflammation chronique de l'intestin devenu atone. Tandis que les côlons porteurs de brides et coudures sont appelés, par Lane : *ventres forts*, les côlons dépourvus de coudures et brides sont appelés par cet auteur : *ventres faibles*.

Le cæcum mobile est une autre cause de la stase intestinale chronique. Normalement, le côlon droit est fortement fixé sur le plan postérieur de l'abdomen. Mais dans un quart des cas, il existe un accolement imparfait du fait d'un vice de développement. Le cæcum est alors relié à la paroi postérieure de l'abdomen par un méso et devient mobile. Quand le sujet est debout, l'organe tombe dans la fosse iliaque droite. Cæcum et côlon ascendant se tassent l'un contre l'autre et se coudent. Le côlon ascendant, sous la traction de l'artère colique moyenne, prend l'aspect d'un « pneu dégonflé suspendu à un clou » (Victor Pauchet). Cette dernière disposition provoque une gêne constante dans la circulation des matières, une *stase avec dilatation cæcale*. Nous pouvons faire rentrer dans le domaine de cette maladie les malformations du côlon, comme le dolichocôlon, le mégacôlon, etc.

Sur le gros intestin, il existe des segments plus musclés qui font progresser les matières comme de vrais « cœurs intestinaux ». — Indépendamment de ces déformations, il est des phénomènes surajoutés qui se manifestent sous forme de contractions spasmodiques en certains points et des parésies intestinales en d'autres. Les contractions spasmodiques semblent fixes; elles correspondent à des segments d'intestin, où prédominent les cellules nerveuses du plexus d'Auerbach. Celles-ci entrent directement en contact avec les fibres musculaires. Ce sont les *cœurs intestinaux* (Keith). Ces centres de contractions sont au nombre de trois principaux : Anneaux de Cannon-Boehm, de Payr, de Moutier.

Le premier est sur le tiers droit du côlon transverse; le second à l'angle splénique; le troisième au niveau de la crête iliaque gauche. Il en existe deux autres : un au niveau de la crête iliaque droite, et un à l'union du rectum et de la sigmoïde.

Ces nœuds contractiles échelonnés le long du gros intestin, sont de véritables cœurs intestinaux. Or, les contractions intestinales péristaltiques, viennent mourir sur ces nœuds de contraction. Elles refluent souvent ensuite en arrière, sous forme d'une contraction anti-péristaltique. Il résulte de ce jeu physiologique que les matières peuvent rester sur place, quand, sous une influence quelconque, bride ou irritation, les nœuds de contraction entrent en spasme.

Pour que les accidents septicotoxémiques se produisent il faut que la muqueuse colique s'ulcère et laisse passer dans la circulation une partie des bacilles et des poisons. — Toutefois, les brides, les adhérences, les vices de position ne suffisent pas à eux seuls pour constituer la maladie. Il faut pour réaliser celle-ci qu'à la disposition anatomique se surajoute la stase intestinale et la stercorémie. Qui en est responsable? L'*infection*, c'est-à-dire la *colite*. Cette inflammation chronique déclanche les réflexes mus-

(1) Chiray, *Journées médicales marocaines*, 1925.

culaires par lesquels est bloqué le transit fécal. Tant qu'il n'y a pas infection, le trouble anatomique reste sans expression clinique. Dès qu'il y a infection, la stase et l'intoxication se produisent.

Comment peut-on expliquer l'influence de la stase intestinale chronique sur l'état général? Nous savons qu'en dehors de l'élaboration digestive, deux sortes de processus biochimiques se déroulent dans l'intestin : les *fermentations,* les *putréfactions.*

Les fermentations consistent dans le dédoublement des hydrates de carbone en acides divers. Elles constituent un processus normal, qui limite les putréfactions, d'où l'intérêt des régimes végétariens qui sont riches en hydrates de carbone.

La même idée préside à la médication lactique.

Les putréfactions qui, à l'état normal, se font exclusivement dans le côlon, s'exercent sur les protéiques et leurs dérivés (acides aminés). Elles donnent lieu à des poisons (indol et phénol) formés dans l'intestin et ultérieurement absorbés par la veine porte et amenés dans le foie. Après quoi, si la cellule hépatique ne les neutralise pas, ils passent dans la circulation et deviennent la cause de la stercorémie.

A cette résorption toxique doit s'ajouter la résorption des coli-bacilles; elle se réalise chaque fois que la *muqueuse colique est ulcérée.* Sous l'influence de la stase cette membrane s'ulcère; tant qu'elle ne s'ulcère pas, il n'y a ni stercorémie, ni bacillémie. La coli-bacillémie consécutive à la stase explique les infections urinaires ou biliaires, qui accompagnent si facilement la stase intestinale chronique et constituent le syndrome *entéro-rénal* (Heitz-Boyer) et le syndrome *entéro-biliaire* (Chiray).

ÉTUDE CLINIQUE DE LA STASE INTESTINALE CHRONIQUE. — *Troubles toxémiques*; *sub-infection*; *constipation*; *douleurs abdominales.* — Nous étudierons surtout la stase cæco-colo-ascendante que Victor Pauchet appelle la constipation droite. Elle se caractérise par trois sortes de symptômes : les *troubles généraux*, la *constipation*, la *douleur*. La constipation est opiniâtre et ancienne. Dans le passé, le sujet a rendu des selles ovillées, dures, desséchées. Puis, sous l'influence de l'infection, les matières se sont liquifiées. Elles ressemblent à de la BOUSE DE VACHE, peu colorée, ce qui les fait considérer comme privées de bile. Elles sont en outre riches en une flore iodophile, normale dans le cæcum. Quelquefois le sujet émet, chaque matin, à quelques minutes d'intervalle, deux types de selles : une première selle sigmoïdienne normale, dure; peu de temps après, une selle cæcale molle et peu colorée.

La douleur est légère. Une simple tension du côté droit, d'abord transitoire et ne survenant qu'après un repas copieux, surtout un repas de féculents; elle devient ensuite permanente, plus marquée au réveil, ou pendant la digestion; elle augmente dans le décubitus ventral. Elle occupe le flanc droit. Il peut s'y ajouter quelques crises de distension aiguë plus ou moins fréquente à l'occasion d'une fatigue ou d'un mouvement. Ce sont des douleurs très vives, de la fosse iliaque droite, parfois accompagnées de nausées et de vomissements. Elles durent une heure ou deux et disparaissent brusquement, laissant cependant le côté droit endolori pendant vingt-quatre heures. Au moment où cesse la crise, on entend des borborygmes, des bruits intestinaux. Le malade croit à de l'appendicite. La fièvre oscille autour de 37°5 et 38°. Ces crises disparaissent pendant la grossesse, probablement parce que l'utérus gravide soulève le cæco-côlon et réalise une sorte de bandage orthopédique. Il est possible que l'appendicite coïncide avec des cas semblables, mais alors l'appendicectomie n'amène pas la guérison; c'est la raison pour laquelle toute appendicite chronique doit être, avec l'opération, examinée aux rayons X pour permettre d'évaluer le transit intestinal. La plupart des chirurgiens qui opèrent pour des stase intestinales chroniques, trouvent des malades portant déjà une incision d'appendicite. L'intervention était justifiée, mais insuffisante.

En dehors de la constipation et de la douleur, la stase intestinale chronique détermine des troubles digestifs; langue sale, haleine mauvaise, appétit capricieux, digestions lourdes qui s'accompagnent de brûlures, flatulence, aérophagie. Le teint est terreux, jaunâtre. On observe des yeux cernés, un cercle bistré péribuccal et périnasal et des taches pigmentaires disséminées sur la peau. Le facies est précocement vieux, la maigreur est habituelle, et quand existe par ailleurs un état sub-fébrile, elle entraîne le diagnostic de tuberculose. La plupart des sécrétions internes sont modifiées : insuffisance thyroïdienne, hypophysaire, ovarienne, testiculaire. Les mamelles sont atteintes d'infection chronique (mammite stercorémique de Victor Pauchet). L'aménorrhée est la règle.

L'aspect général du patient en cas de ventre faible fait poser facilement le diagnostic de ptose. A l'inspection, le ventre paraît fusiforme par suite de l'affaiblissement musculaire, et la maigreur du malade; la partie sous-ombilicale de l'abdomen fait saillie et la partie sus-ombilicale se creuse. Il y a un développement plus marqué du flanc droit. Au palper, le cæco-côlon paraît distendu, et forme un boudin, mobile. A ce niveau la tonalité à la percussion est plus élevée. Au palper l'intestin se vide avec gargouillement sous l'influence d'une expression manuelle. Ce segment intestinal est sensible à la pression.

Tout sujet atteint de troubles dyspeptiques sera suspect de stase intestinale chronique et sera radioscopé. — L'examen radiologique confirme ces constatations et doit être pratiqué par repas et lavement baryté. Le repas met en évidence le retard du transit. Normalement, le repas baryté atteint le cæcum et le côlon ascendant à la sixième heure, le transverse à la douzième, l'angle du côlon gauche à la dix-huitième et il est expulsé en vingt-quatre heures.

Quand le cæco-côlon reste opaque vingt heures après l'ingestion, il faut affirmer la stase intestinale chronique.

Par le lavement baryté, on voit mieux encore les modifications du cæco-côlon, surtout dans les cas de cæcum mobile. Sur le malade debout, ce segment apparaît alors profondément ptosé, tombant au pubis, au contact de l'ampoule rectale. Dans cette situation, il garde sa mobilité, mais sa forme et ses dimensions sont modifiées; il paraît très large, avec bosselures et incisures. C'est une sorte de sac piriforme à grosse extrémité allongée. Sur l'ombre du cæcum, on voit souvent celle du côlon transverse greffée à angle droit.

Les variétés de la stase intestinale chronique sont

nombreuses. On observe ainsi des formes *hépatiques*, *rénales*, *spléniques*, *nerveuses*, *fébriles*, *anémiques*.

Traitement médical. — Administrer des laxatifs, mucilagineux (agar-agar) ou de l'huile minérale, jamais de purgatif véritable. Cure de Yoghourt les douze premiers jours de chaque mois. Vaccination par voie buccale. Donner des lavements contenant un extrait de bile. Le port d'une ceinture est très utile. Le régime végétarien s'impose. La gymnastique abdominale et en particulier la reptation, la gymnastique respiratoire, doivent être appliquées *dans tous les cas*, même chez ceux qui sont opérés.

Traitement chirurgical. — *Cæco-plicature, cololyse, colectomie partielle sont toutes des opérations bénignes* (1). — En cas de cæcum dilaté et mobile, faire la cæcum-plicature associée à la colopexie. En cas de ventres forts, avec brides très nettes et coudures très accentuées, faire la libération des coudures avec sections des brides et péritonisation ; cette péritonisation est indispensable. La cæco-sigmoïdostomie et l'iléo-sigmoïdostomie ont donné de bons résultats, mais inconstants. Nous en dirons autant de la colectomie totale faite systématiquement.

Si nous consultons les travaux de Victor Pauchet, qui s'est occupé depuis longtemps de cette question, nous constatons que de 1905 à 1910, ce chirurgien pratique exclusivement des entéro-anastomoses (cæco-sigmoïdostomie ou iléo-sigmoïdostomie). Après cette date, il fit systématiquement la colectomie totale, puis quelques années plus tard, il revint à l'entéro-anastomose, et enfin à la colectomie partielle. Depuis cinq ou six ans, toutefois, ses idées paraissent se stabiliser et se simplifier :

Chez les ventres forts, il se contente de la libération pure et simple des coudures, suivies de péritonisation, il considère celle-ci comme une opération plus difficile que la colectomie.

Chez les ventres faibles, il pratique la colectomie partielle, soit l'hémi-colectomie droite, soit la résection d'un dolichocôlon quand celui-ci existe.

Bref, ce chirurgien qui représente une très grande expérience de la chirurgie colique, pour stase intestinale, montre ses préférences pour la colectomie partielle. Il n'a recours à la colectomie totale que s'il y a coïncidence d'un cæcum dilaté et d'un dolichocôlon, car on ne peut faire successivement la résection du côlon droit, puis la résection du côlon gauche.

Pour éviter la mortalité opératoire et la réduire à des proportions infimes, il ne pratique pas de suture, mais fixe les deux bouts intestinaux à la paroi et ne ferme l'extrémité intestinale qu'un mois plus tard, alors que la stercorémie a disparu, grâce au drainage permanent de l'intestin. Les résultats alors, sont excellents et la mortalité très faible (1 ou 2 p. 100).

(1) Victor Pauchet. *La Pratique chirurgicale illustrée*, fasc. I et VIII, Paris, Doin.

ACTUALITÉS

LE TRAITEMENT PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS

Les rayons ultra-violets répondent à des radiations du spectre solaire, invisibles malgré la dispersion provoquée par le prisme, mais susceptibles d'être mises en évidence par leur action chimique. C'est ainsi qu'en particulier les rayons ultra-violets noircissent les plaques photographiques, c'est-à-dire les impressionnent. Ils sont susceptibles en outre de produire de nombreuses actions chimiques et même biologiques ; de là l'intérêt de leur emploi en thérapeutique.

Au point de vue physique, placés à l'extrémité du spectre solaire, les rayons ultra-violets sont caractérisés par la petitesse de leur longueur d'onde qui varie de $\lambda = 0\,\mu\,8$ à $\lambda = 0\,\mu\,4$ (c'est-à-dire 8.000 à 4.000 A°, l'angström étant égal à A° = 0 μ 0000).

Sources de production des rayons U-V. — Dès longtemps l'héliothérapie a été considérée comme un procédé thérapeutique de grande valeur et s'il ne faut pas, dans l'héliothérapie, considérer comme négligeable l'action des diverses radiations, en particulier des rayons infra-rouges de grande longueur d'onde, il n'en est pas moins vrai que c'est sans doute à la présence des radiations ultra-violettes que l'héliothérapie est redevable de ses plus grands succès. Nous verrons en effet que l'emploi des rayons ultra-violets consiste essentiellement dans une cure héliothérapique artificielle dont les applications demeurent les mêmes que celles de la cure solaire.

Pourquoi donc celle-ci a-t-elle été de nos jours supplantée en partie par la lumière artificielle ? Avant tout pour des raisons d'ordre physique et pratique.

Si le soleil émet des rayons ultra-violets il s'en faut qu'il les émette tous de façon complète ; c'est ainsi qu'on ne trouve dans le spectre solaire que des radiations comprises, approximativement, entre 3 et 4.000 A° limites d'ailleurs variables suivant le lieu considéré ; c'est qu'en effet les radiations de courte longueur d'onde ont été absorbées par l'atmosphère et les divers milieux que traverse la lumière solaire.

Il faut tenir compte en outre que l'intensité des radiations fournies varie avec un nombre considérable de facteurs ; outre le faible degré d'insolation de nos régions au moment où la lumière solaire est le plus riche en rayons ultra-violets nous savons que l'intensité varie avec la saison, l'heure du jour et le lieu considéré.

Au contraire les sources artificielles de lumière ultra-violette ont le double avantage et de fournir une échelle de radiations plus complète et de pouvoir être utilisées à tous moments dans des conditions toujours identiques.

Pratiquement on peut recourir à deux modes de production des rayons U-V, à savoir :

1° La lampe à arc ;

2° La lampe à vapeur de mercure.

Quels sont les avantages et les inconvénients de ces deux modes de production ?

La lampe à arc dont l'introduction en thérapeutique est due à Finsen qui l'utilisait dans le traitement des affections cutanées donne une intensité lumineuse considérable, très riche en rayons U-V, d'autant plus qu'on emploie des électrodes en

charbon métallisé, le rendement en rayons U-V variant avec la nature du métal employé de même que la longueur des radiations produites; il est ainsi possible d'utiliser des composés métalliques permettant d'obtenir les courtes radiations U-V, les plus actives en thérapeutique.

Néanmoins jusqu'à présent le réglage de l'arc, l'usure des électrodes, les fortes intensités nécessaires au fonctionnement de la lampe à arc étaient autant de particularités gênantes pour l'emploi médical courant; des modèles récents (Belot) ont, sans les supprimer tout à fait, notablement réduit ces inconvénients.

Mais la lampe à arc émet également des rayons calorifiques qu'il convient d'arrêter dans les applications thérapeutiques d'où la nécessité d'appareils étudiés dans ce but (lampes de Landeker-Steinberg, à réflecteur, avec électrodes en charbon contenant des poudres métalliques; de Simpson, à réflecteur, à électrodes de nature inconnue contenant surtout du tungstène...).

La lampe à vapeur de mercure paraît aujourd'hui la source la plus utilisée pour la production des U-V. Elle est essentiellement constituée par un tube, où l'on a fait le vide, contenant à ses extrémités les électrodes, c'est-à-dire du mercure. C'est l'arc produit par la vapeur de mercure qui devient la source de rayons U-V surtout riche en radiations de courtes longueurs d'onde.

Comme le verre constitue vis-à-vis des rayons U-V un filtre très puissant arrêtant les radiations de $\lambda < 3.500$ A° le tube du brûleur est généralement en quartz, ce dernier laissant passer des radiations de $\lambda < 2.000$ A°.

La lampe à vapeur de mercure possède des avantages d'ordre pratique qui en ont facilité la diffusion, à savoir l'absence d'entretien, la constance, la faible consommation. En outre elle n'émet pas de rayons calorifiques.

Certains auteurs ont pensé qu'il pouvait y avoir intérêt à sélectionner les radiations U-V utilisées d'où l'application des filtres en verres spéciaux comme l'Uviol et le verre Wood dont les caractéristiques différentes permettent d'absorber des radiations différentes.

Mode d'action des rayons U-V. — Les rayons U-V sont très facilement absorbés par la plupart des corps quel que soit leur état; par exemple par le verre ($\lambda < 3.000$ A°), par l'eau qu'ils décomposent en produisant de l'eau oxygénée, par les albumines.

Les rayons U-V jouent également un rôle chimique très important d'oxydations et de polymérisations.

En particulier ils agissent sur les albumines en coagulant le proto-plasma.

C'est à ce phénomène qu'il faut sans doute rapporter le rôle bactéricide des rayons U-V appliqués avec succès à la stérilisation de l'eau, du lait et des préparations microbiennes.

Si les rayons U-V sont susceptibles de décharger un corps électrisé avec mise en liberté d'électrons négatifs, nous ne pouvons dès maintenant suivre Saidmann dans ses conceptions des phénomènes photo-électriques chez l'homme qui sont encore à l'étude.

Applications des rayons U-V. — Possédant une action analgésiante indéniable, une action stimulante générale qui peut aller jusqu'à l'excitation et à l'insomnie, favorisant le fonctionnement des organes hématopoiétiques et l'augmentation du taux de l'hémoglobine, hypotenseurs, stimulants de la calcification les rayons U-V possèdent un champ d'action d'une étendue considérable.

Il ne nous est guère possible ici de citer seulement toutes les affections qui, à plus ou moins juste titre, ont paru justiciables de ce traitement.

Si la vogue des rayons U-V paraît actuellement à son apogée il semble cependant que les résultats obtenus dans un grand nombre d'affections la justifient, au moins en partie.

Les employant journellement dans notre service de la Pitié nous ne pouvons que nous féliciter des résultats que nous obtenons.

S'il ne nous a pas été donné de les utiliser dans tous les innombrables domaines où les auteurs les ont employés, cependant la multiplicité des cas que nous avons observés nous a permis de nous faire une opinion nette et certainement favorable.

Nous nous bornerons à rappeler leurs principales applications.

1° *Les rayons U-V en dermatologie.* — Les premières applications de l'actinothérapie ont été faites par Finsen à l'aide de lampes à arc en vue de traiter le lupus vulgaire.

Donnant des résultats d'autant plus favorables qu'il s'agit de cas moins anciens, ce traitement a l'avantage de laisser une cicatrice rosée et souple en même temps que disparaissent les nodules lupiques; mais il faut s'armer de patience car le traitement est minutieux et très long, l'irradiation ne devant porter que sur de petites surfaces; il peut demander des mois et même des années.

Tous les lupus ne sont pas également influencés par ce traitement et si les résultats sont le plus souvent favorables dans le lupus vulgaire il n'en est pas de même dans le lupus érythémateux où il est contre-indiqué dans les formes aiguës et subaiguës et donne des résultats inconstants dans les formes chroniques.

Le traitement des dermatoses par les U-V donne des résultats d'autant plus favorables qu'il s'agit d'affections plus superficielles.

Nous rappellerons en particulier l'action favorable des U-V dans le traitement des pyodermites, — par exemple dans les affections staphylococciques des nourrissons — que nous avons appliqué avec succès dans notre service.

2° *Les rayons U-V dans le traitement des plaies.* — L'héliothérapie joue depuis fort longtemps déjà un rôle important dans le traitement des plaies atones et nous en avons personnellement utilisé largement l'emploi chez les blessés de guerre et toujours avec des résultats satisfaisants. Les rayons U-V sont, dans ce domaine, d'un emploi particulièrement recommandable, qu'il s'agisse de plaies atones post-traumatiques ou post-opératoires. On peut constater que ces plaies grisâtres, sans tendance à la cicatrisation, prennent rapidement un aspect meilleur; qu'elles tendent à devenir rosées en même temps qu'apparaissent des granulations rosées et que la cicatrisation ne tarde pas à se produire.

Nous rapprocherons de cet emploi l'utilisation des U-V dans le traitement des brûlures du deuxième degré où la cicatrisation paraît se faire plus rapidement.

Dans tous ces traitements un des avantages de l'actinothérapie consiste dans l'aspect de la cicatrice en général souple et de coloration très voisine de celle de la peau normale.

3° *Les rayons U-V en gynécologie.* — De nombreux auteurs étrangers ont utilisé les rayons U-V dans le traitement des affections gynécologiques.

Leur action paraît d'autant plus intéressante qu'elle peut porter directement sur les tissus lésés ; c'est ainsi que si les affections vulvaires peuvent être favorablement influencées par une irradiation générale, il sera nécessaire de recourir à des appareils spéciaux pour le traitement des affections vaginales et utérines : c'est l'emploi de la lampe de Kromayer avec des localisateurs *ad hoc* qui paraît jusqu'ici le plus indiqué.

Il n'est pas moins vrai qu'on pourra parfois obtenir des résultats intéressants par l'irradiation générale du bassin dans des cas de troubles de la menstruation ou d'affections des annexes. Il semble que ce soit à l'action générale des rayons U-V qu'il faille, dans ces cas, attribuer les succès qui ont été rapportés par les auteurs.

4° *Les rayons U-V dans le rachitisme.* — Les recherches de Lesné, de Gennes, Mahar et Colaneri, entre autres, ne laissent substituer aucun doute sur l'action bienfaisante des U-V dans cette affection.

On voit, sous leur influence, s'améliorer très rapidement l'état général en même temps qu'on peut constater une augmentation de poids.

La radiographie en série permet de suivre les progrès de la calcification, c'est-à-dire l'augmentation d'intensité des ombres osseuses, la disparition du signe de l'os bordé en même temps que se redresse la ligne incurvée en forme de cupule de la ligne d'ossification et que disparaît le « signe de la frange ».

Les U-V donnent des résultats également favorables dans le traitement du cranio-tabes.

Des recherches récentes, encore en cours, d'auteurs américains permettent même d'entrevoir un mode indirect à l'application des U-V dans le traitement du rachitisme par l'emploi de substances alimentaires soumises à l'action préalable des rayons U-V.

5° *Les rayons U-V dans la tuberculose.* — Si les rayons U-V permettent d'obtenir de beaux résultats dans des cas d'anémie et de faiblesse où l'on constate rapidement le reprise de l'état général, le retour de l'appétit et des forces, nous ne dirons rien de leur emploi dans la tuberculose pulmonaire.

Nous n'en avons pas l'expérience et d'ailleurs la discussion à ce sujet reste encore ouverte. En tout cas, dans l'état actuel, il semble qu'il faille faire preuve de la plus grande prudence.

« Si en effet on a pu noter parfois une amélioration de l'état général, il faut savoir que quelques auteurs ont signalé des incidents presque tous bénins : perte d'appétit, insomnie, hémoptysies, réactions de foyer c'est-à-dire élévation thermique, aggravation de l'état général, signes locaux.

Ces réactions seraient d'autant plus marquées que la tuberculose serait plus évolutive, les formes récentes et mal limitées supportant mal le traitement » (Saidmann).

Mais il existe deux formes de tuberculose où l'action favorable des rayons U-V est indéniable ; nous voulons parler de la tuberculose ganglionnaire et de la péritonite tuberculeuse.

Associés ou non à la radiothérapie les rayons U-V nous ont donné, dans les adénites tuberculeuses, des résultats excellents ; outre l'arrêt de la suppuration et la fermeture des fistules nous avons vu s'améliorer l'état général et, en particulier, l'appétence réapparaître.

Nous ne pratiquons guère l'irradiation localisée mais bien plutôt une irradiation générale tant sur la partie antérieure que sur la partie postérieure du corps, ne considérant la lésion locale que comme une manifestation de l'état général.

Dans la péritonite tuberculeuse, et même chez des adultes, nous avons obtenu des résultats des plus encourageants se traduisant par la diminution des douleurs, le retour de l'appétit, la disparition de la constipation, l'augmentation de poids; nous avons rapporté quelques-unes de nos observations à la Société française d'Electrothérapie et de Radiologie en février 1925.

De nouvelles observations venues s'ajouter depuis aux précédentes n'ont fait que confirmer notre confiance dans ce traitement.

6° *Les rayons U-V en neurologie.* — Deux grandes indications nous paraissent pouvoir être signalées dans le domaine des affections neurologiques.

En dehors de la neurasthénie qui paraît favorablement influencée, peut-être en partie du fait d'une action purement psychique, mais aussi du fait de l'amélioration de l'état général, nous pensons que l'emploi des U-V pourra être heureusement tenté dans le traitement d'algies rebelles par exemple : polynévrites, sciatiques, zona... ; c'est ainsi que dans un cas de rachialgie tenace, persistante, n'ayant cédé jusqu'ici à aucune médication et empêchant tout travail nous avons pu obtenir une sédation très nette des douleurs ayant permis à la malade de recommencer à se livrer à un travail, encore peu pénible il est vrai.

Technique. — Il n'entre pas dans le cadre de notre article de discuter l'emploi des U-V associés à d'autres modes de radiations par exemple : radiothérapie, infra-rouge ; nous n'avons en vue que la technique de l'emploi des U-V proprement dits.

Nous employons, pour nos irradiations, la technique suivante :

Lampe à vapeur de mercure de la Verrerie Scientifique de 1 200 bougies (courant alternatif) distance initiale brûleur-peau 1 mètre : temps d'irradiation au début, sans filtre, 3 minutes sur chaque face du corps. Progressivement nous allongeons la durée d'irradiation jusqu'à 20 minutes sur chaque face et diminuons la distance brûleur-peau de 100 à 40 centimètres.

L'application des rayons U-V est encore, à l'heure actuelle, purement empirique; de très nombreux procédés de mesure ont été recommandés; aucun ne semble avoir de valeur scientifique, car aucun ne repose sur une base certaine. Le professeur Fabry, étudiant cette question à la Société française d'Electrothérapie en juin 1925, a montré que toute mesure précise devait être basée sur la loi de Joule.

En effet toute radiation transporte de l'énergie qui reçue sur une surface absorbante se transforme en chaleur. Comme toute puissance s'exprime en watt il y aura donc lieu d'avoir recours aux

mesures calorimétriques et le véritable appareil étalon est le récepteur thermo-métrique.

Mais, à énergie égale, toutes les radiations sont également calorifiques et, dans un faisceau complexe, il importe de mesurer séparément l'énergie de chaque radiation.

D'où la difficulté de réaliser un appareil de mesure pour le faisceau multi-chromatique de rayons U-V.

L'érythème ne saurait en aucun cas, nous semble-t-il, servir pour la mesure des rayons U-V; on sait quelles objections soulève la production de l'érythème dans les mesures radiothérapiques telles qu'elles sont envisagées en Allemagne; ne devons-nous pas, dans l'ignorance où nous sommes des effets des rayons U-V, nous tenir à ce sujet dans une réserve prudente?

Résultats, incidents. — L'héliothérapie provoque en général rapidement une pigmentation importante; on ne saurait compter sur elle dans l'application des rayons U-V. Sans insister sur son origine et son rôle encore très discuté, disons qu'elle est souvent peu accusée et peut aussi manquer tout à fait.

L'application des U-V conduite avec prudence est pour ainsi dire inoffensive. Si on a pu noter une excitation passagère après l'irradiation, un mouvement fébrile chez des sujets bacillaires, de l'insomnie, il faut savoir que les deux ordres d'incidents qu'il faut avant tout éviter sont :

1° Les accidents oculaires, c'est-à-dire la conjonctivite qu'on évitera aisément en protégeant seulement les yeux soit à l'aide de lunettes en verre Fieuzal foncé, soit à l'aide d'un bandeau noir.

De pronostic favorable, cette conjonctivite très douloureuse s'accompagne d'œdème très prononcé de la paupière.

2° Les accidents cutanés c'est-à-dire l'érythème.

Si certains auteurs admettent que l'érythème doit être considéré comme la réaction qu'il faut obtenir pour provoquer une action favorable des U-V il faut savoir aussi qu'on a rapporté des cas d'érythème grave ayant persisté pendant plusieurs semaines, véritable actino-dermite de pronostic heureusement bénin d'ailleurs.

En résumé, les rayons ultra-violets ont désormais conquis leur place en thérapeutique. Comme ils ne présentent aucun danger réel et que les résultats qu'ils permettent d'obtenir sont des plus encourageants nous pensons que leur emploi se généralisera de plus en plus, surtout quand nous posséderons un procédé de mesure scientifique et précis qui permettra une utilisation rationnelle des radiations ultra-violettes (1).

L. DELHERM ET MOREL-KAHN.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1925, par le docteur R. Weitz. Préface de M. le professeur Carnot. (Ancien Formulaire Bocquillon-Limousin.) — Prix : 12 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(1) La bibliographie des U-V constitue dès maintenant un répertoire considérable ; il ne nous est pas possible même de citer les principaux auteurs qui se sont occupés de cette question ; ceux qui voudront en avoir une notion se rapporteront avec fruit à l'ouvrage récent de Saidmann : *Les rayons U-V et associés en thérapeutique*, Paris, O. Doin, 1925.

REVUE DES THÈSES

Les Résultats du pneumothorax thérapeutique (1), par Pierre Naveau. Préface du docteur Rist.

Cette étude statistique met en évidence les résultats très satisfaisants du pneumothorax artificiel en thérapeutique.

Son emploi apparaît ne pas devoir être considéré uniquement dans la tuberculose pulmonaire, mais encore dans un certain nombre d'affections pleuro-pulmonaires.

Il a donné de très bons résultats :

dans les bronchectasies,

dans les abcès du poumon et de l'interlobe,

et dans les suppurations pulmonaires chroniques qu'il arrive à guérir complètement.

Son application dans la gangrène pulmonaire a paru moins encourageante à l'auteur.

Dans la tuberculose pleuro-pulmonaire, il lui a donné des résultats très intéressants dans la pleurésie, d'une part pour assécher complètement la plèvre et d'autre part pour permettre l'étude radiologique du poumon sous-jacent.

Dans la tuberculose bilatérale, il apparaît devoir donner de bons résultats dans un très petit nombre de cas de tuberculose bilatérale évolutive.

Mais son application apparaît plus heureuse :

1° Dans la tuberculose bilatérale dont un poumon seulement présente des lésions en activité ;

2° Dans la tuberculose successivement bilatérale où les deux poumons ont été comprimés l'un après l'autre avec des résultats très encourageants.

Dans la tuberculose unilatérale :

1° Ses résultats comme intervention d'urgence sont des plus satisfaisants.

a. Dans le pneumothorax spontané;

b. Dans les tuberculoses pneumoniques ;

c. Comme hémostatique.

2° Dans la forme fibro-caséeuse commune, le pneumothorax a donné pour 534 malades traités :

48 p. 100 de guérisons et améliorations;

17 p. 100 d'états stationnaires;

34 p. 100 d'aggravation et de décès.

a. Ces résultats semblent d'autant meilleurs que l'intervention est plus précoce et le sujet plus jeune.

b. L'homme paraît mieux supporter le traitement que la femme.

c. Plus le collapsus du pneumothorax artificiel est complet, plus les résultats sont satisfaisants.

d. L'apparition d'un épanchement doit être considéré comme un incident — 57 p. 100 des cas — et ne paraît pas modifier sensiblement les résultats.

e. Les guérisons par le pneumothorax paraissent définitives dans une proportion de 90 p. 100 des cas.

f. Au premier rang des causes d'échec se trouvent la bilatéralisation des lésions qui est surtout à craindre dans les dix-huit premiers mois.

g. Le pneumothorax est compatible avec la grossesse et empêche, dans la majorité des cas, une reprise d'évolution de la tuberculose.

Il agit d'une manière heureuse, mais dans des proportions beaucoup plus faibles, dans les tuberculoses gravidiques et postpuerpérales.

3° Plus le traitement a été longtemps poursuivi et plus le malade qui abandonne son pneumothorax a des chances de guérir.

4° Parmi les pneumothorax non réalisés :

a. Les malades qui ont refusé le traitement sont décédés dans une proportion de 81 p. 100.

b. Les malades chez qui l'intervention n'a pu être réalisée en présence d'une symphyse sont décédés dans une proportion de 62 p. 100.

(1) *Th. de Paris*, 1925. — Paris, A. Legrand.

Ces résultats semblent donc pouvoir permettre à l'auteur de conclure en faveur du pneumothorax artificiel qui doit être tenté chaque fois qu'il est possible. L. G.

Vaccination obligatoire ou vaccination facultative contre les maladies typhoïdes et contre le choléra dans vingt-huit pays d'Europe. Essai d'enquête internationale par l'Esperanto (1), par le docteur Louis PONCET.

La multiplicité des langues représente l'une des principales difficultés des enquêtes internationales, si utiles pour la documentation des hygiénistes et pour le progrès de l'hygiène ; l'Esperanto, langue internationale auxiliaire, permet dès actuellement de résoudre cette difficulté; ce travail en est un exemple.

La vaccination contre les maladies typhoïdes, ou tout au moins contre la dothinenterie éberthienne, est ou a été obligatoire pour certaines catégories ee citoyens et spécialement pour les militaires, en temps normal ou en temps de guerre et d'épidémie, dans les pays suivants : Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Espagne, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lithuanie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Tchécoslovaquie, Union des Républiques Socialistes Soviétiques.

Cette obligation a été instituée, en général, en 1914 ou en 1915.

La vaccination contre les maladies typhoïdes, sans être obligatoire, a été utilisée en grand, surtout dans l'armée aux colonies et pendant la guerre mondiale, en Grande-Bretagne et en Irlande.

La vaccination contre les maladies typhoïdes n'est pas et n'a jamais été obligatoire et n'est ou n'a été que rarement utilisée dans les pays suivants : Albanie, Danemark, Dantzig, Esthonie, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Suède, Suisse.

Devant les résultats extrêmement encourageants (diminution de la morbidité, atténuation des formes, rareté des complications, abaissement de la mortalité, arrêt d'épidémies), obtenus par la vaccination antityphoparatyphoïdique, on ne peut que souhaiter la généralisation de son obligation.

Mais, à cause des réactions locales et générales assez fréquentes et de rares accidents, surtout devant la répugnance de la population civile à se soumettre à des injections successives et à des réinjections périodiques, et plus encore en raisons des pertes économiques représentées par les journées de repos nécessaires, la vaccination ne paraît pouvoir être imposée obligatoirement, en dehors de l'armée, qu'aux personnes particulièrement exposées à la contagion (entourage des malades soignés à domicile ou des porteurs de germes, personnel hospitalier, corporation médicale, etc.), et ne présentant pas de contre-indications.

En outre, toutes les personnes que ces contre-indications auraient empêché de vacciner par cette première méthode, plus certainement efficace et surtout mieux expérimentée, devraient être soumises obligatoirement à la vaccination et à la revaccination périodique par voie buccale, dont le contrôle est plus difficile.

L'adoption de telles dispositions légales ne doit à aucun prix faire négliger les autres mesures prophylactiques et notamment la protection contre les dangers de la contagion d'origine hydrique et fécale.

La vaccination anticholérique n'a en Europe que des indications exceptionnelles et fut utilisée, temporairement et suivant les circonstances, d'une manière obligatoire, surtout dans les pays suivants : Autriche, Grèce, Italie, Pologne, Roumanie, Royaume des Serbes Croates et Slovènes, Union des Républiques Socialistes Soviétiques ; et, en France, pour les armées d'Orient et du Levant, de 1915 à 1924.

La Société des Nations, par sa Commission des épidémies et par son Comité d'hygiène et par le bureau de l'Office international d'hygiène publique est toute désignée pour coordonner la lutte sur le terrain international, en cas d'épidémie grave menaçant plusieurs pays et pour recommander aux gouvernements l'adoption de mesures législatives rendant obligatoires en tout temps la vaccination contre les maladies typhoïdes et, en certains cas, la vaccination contre le choléra. L. G.

Les Rayons ultraviolets et leur emploi dans le traitement du rachitisme (1), par André LIGNIÈRES.

Les rayons ultraviolets, surtout ceux qui ont une longueur d'onde inférieure à 2.800 unités Angstrom, sont un moyen thérapeutique puissant, non seulement contre le rachitisme de l'enfance, mais aussi contre le rachitisme tardif.

Les rayons du rachitisme ne s'améliorent que lorsque le traitement est entrepris pendant la période d'accroissement du squelette, pendant la période d'ossification.

Les rayons actifs constituent à coup sûr un groupe de radiations mal limité dans toute l'étendue du spectre, mais il est permis de penser qu'on pourra bientôt débarrasser les sources lumineuses des rayons parasites ou inutiles.

Les méthodes de mesure sont encore à l'étude et les recherches actuelles, basées sur ce principe que les réactifs employés comme actinomètres doivent être sensibles aux seules radiations utiles, font espérer que, très prochainement, ce moyen de thérapeutique si puissant que constituent les rayons ultraviolets pourra être employé d'une façon rationnelle. L. G.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LOI DU 7 JUILLET 1925

AUTORISANT LA REVISION DES PRIX DES BAUX A LONGUE DURÉE (2)

La loi du 7 juillet contient un certain nombre d'autres dispositions que nous allons analyser :

4. CESSIONS DE BAIL OU SOUS-LOCATIONS. — Etant donné que le législateur autorisait la révision des baux à longue durée, ayant pris cours ou conclus avant le 24 octobre 1919, c'est-à-dire autorisait la majoration du prix des loyers afférents à ces baux, il fallait qu'il tînt compte des cessions de bail ou des sous-locations, pour déterminer les personnes qui devaient supporter la majoration. Il a considéré que celui qui était en dernier lieu cessionnaire d'un bail, sujet à révision, ne pouvait seul supporter la majoration, car le cessionnaire ou le sous-locataire a traité dans les conditions de prix existant au moment de l'échange des signatures et dans l'état de la législation en vigueur.

L'article 3 dispose, en conséquence, qu'en cas de cessions de bail ou de sous-locations, *même postérieures au 24 octobre 1919*, le propriétaire doit mettre en cause, devant les juridictions instituées par l'article 4, en même temps que le locataire primitif, tous les cessionnaires ou sous-locataires. Ces juridictions sont compétentes pour trancher toutes les difficultés soulevées par la demande de révision du prix du bail, tant dans les rapports du propriétaire avec le locataire principal et les concessionnaires ou sous-locataires qu'en ce qui concerne les actions en garantie auxquelles pourra donner lieu l'action en révision. Et l'article 3 se termine ainsi : « le juge fera, s'il y a lieu, entre tous les intéressés la répartition de la majoration qu'il aura fixée. »

Nous craignons que le législateur n'ait pas pesé les conséquences du texte qu'il a voté : en théorie, il est peut-être acceptable; mais en pratique il sera d'une application impossible, et le propriétaire se verra obligé fréquemment de renoncer à se présenter devant la juridiction compétente, pour obtenir la majoration à laquelle il a droit légalement.

En effet, le locataire primitif, les cessionnaires successifs, les sous-locataires précédents peuvent avoir disparu, de telle sorte que le propriétaire ignore leur adresse, et même leur existence. Et cela est particulièrement vrai lorsqu'il s'agit d'un bail commercial ou industriel. Cela est vrai aussi pour

(1) *Th. de Lyon*, 1925. — Lyon, Imprimerie L. Bascou, et Office espérantiste, rue Ferrandière, 30.

(1) *Th. de Paris*, 1925. — Paris, Ollier-Henry.

(2) **Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 77, p. 1256.**

les médecins qui cèdent leur cabinet; s'ils ne peuvent pas céder leur clientèle, la jurisprudence admet qu'ils peuvent céder leur droit au bail et s'interdire d'exercer la médecine dans un certain rayon autour, précisément, de leur demeure.

Les cessions successives peuvent se faire à des dates rapprochées. On a vu, à la fin de la guerre et depuis la cessation des hostilités, des fonds de commerce qui ont passé de mains en mains avec une rapidité inconnue avant la guerre : le marchand de fonds a fait fortune; et son commerce n'a pas été étranger à l'augmentation du coût de la vie, chaque cessionnaire successif payant plus cher que son cédant et majorant le prix des marchandises pour récupérer le plus rapidement possible son prix d'acquisition et revendre ensuite avec bénéfice.

Que fera le propriétaire s'il ignore l'adresse ou l'existence du cessionnaire ou sous-locataire? Le bénéficiaire actuel du bail pourra lui opposer des fins de non-recevoir résultant de ce que, contrairement aux prescriptions légales, le locataire primitif et les cessionnaires ou sous-locataires successifs n'ont pas été mis en cause. Et, si le propriétaire sait que l'un d'eux est décédé, il va être obligé de mettre en cause les héritiers!

La disposition légale contenue dans cet article 3 est très critiquable. Elle ne saurait à coup sûr subsister; autrement, ce que le législateur accorde au propriétaire serait le néant dans bien des cas.

5. Procédure. — Comme dans les lois précédentes, la procédure n'est engagée qu'à défaut d'accord amiable.

A défaut d'accord amiable, dispose l'article 4, le propriétaire saisira, par lettre recommandée ou déclaration faite au greffe, le juge de paix de la situation de l'immeuble quand le prix du loyer en cours ne dépassera pas 2.000 francs dans les villes de plus de 100.000 habitants et 1.000 francs dans les villes de moins de 100.000 habitants. Dans tous les autres cas, c'est le Président du Tribunal civil de la situation de l'immeuble, qui sera saisi.

On remarquera que ce n'est pas, comme dans les lois précédentes, la partie la plus diligente qui saisit la juridiction compétente : c'est le propriétaire qui doit prendre l'initiative; le locataire joue le rôle de défendeur.

L'article 4 ajoute qu'il est procédé conformément aux paragraphes 6, 7, 8 et 9 de l'article 18 de la loi du 31 mars 1922.

Le dernier paragraphe de l'article 4 dispose : « La décision du juge de paix ou du Tribunal sera susceptible d'appel dans les termes du droit commun. »

Cette disposition est nouvelle dans la législation des loyers; jusqu'ici, la décision du juge de paix ou de la Chambre du Conseil ne pouvait être attaquée que devant la Cour de cassation; elle n'était pas susceptible d'appel. Pour la révision des prix des baux à longue durée, le législateur autorise l'appel, c'est-à-dire que le jugement du juge de paix, s'il n'est pas accepté, sera déféré à l'appréciation du Tribunal civil dans le ressort duquel le juge de paix exerce sa juridiction, et le jugement du Tribunal civil, à l'appréciation de la Cour d'appel dont dépend celui-ci.

6. Modification des conditions économiques. — Le législateur a cru devoir prévoir le cas où, les conditions économiques se trouvant modifiées, les prix des baux viendraient à diminuer.

« Si les conditions économiques se sont modifiées au point d'entraîner une diminution de plus du quart de la valeur locative précédemment arbitrée, le locataire pourra, dans les mêmes formes *et tous les trois ans*, demander la révision du prix précédemment majoré. »

Pourquoi, *tous les trois ans?* C'est un délai fixé arbitrairement qui ne repose pas sur une base sérieuse. Le législateur veut faire espérer que l'état de cherté dans lequel nous vivons actuellement n'est qu'un état temporaire qui prendra fin un jour ou l'autre. Nous voulons bien l'admettre, mais il devrait, pour y arriver, prendre un chemin autre que celui qu'il prend actuellement, en restreignant ses dépenses et non pas en les augmentant sans cesse : ce n'est pas en écrasant le contribuable d'impôts qu'on peut envisager une amélioration du coût de la vie, car celui qui est frappé cherche à récupérer sur son voisin ce qu'il paie à l'Etat : le commerçant ou l'industriel grève sa marchandise d'une somme au moins égale à celle qu'il paie comme impôt; et finalement, c'est le consommateur qui est obligé de subir les nouvelles exigences et qui paie. Le locataire les subit aussi.

Telle est la loi nouvelle, qui, aux termes de l'article 7, est applicable aux départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin et à l'Algérie. Elle aura une répercussion désagréable pour les commerçants et les industriels, ainsi que pour ceux qui exercent une profession libérale, lorsqu'elle jouera; car l'impôt personnel et mobilier et l'impôt de la patente vont se trouver augmentés puisqu'ils sont basés sur le taux du loyer.

H. Ribadeau Dumas,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

THÈSE SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925

I. Doctorat d'état. — 288. Barail. — Traitement de l'ophtalmie sympathique par les dérivés salicylés.

295. Boyé. — Recherches sur l'évolution du signe de Babinski physiologique de l'enfant.

279. Colin. — Contribution à l'étude et au traitement de l'épilepsie dite essentielle.

297. Corret. — La main botte congénitale.

296. Demésy. — Contribution à l'étude de la septicémie gonococcique.

284. Ducas. — Mortalité des enfants assistés de zéro à six mois. Causes et remèdes.

298. Etienne. — Des types individuels de ventilation pulmonaire apparente.

292. Fernier. — Contribution à l'étude de l'anaphylaxie dans ses rapports avec la gestation.

299. Froissard. — Contribution à l'étude du traitement des tuberculoses cutanées par le cinnamate de benzyle.

281. Gauthier. — Le traitement du rachitisme par les rayons ultra-violets.

283. Genay. — Du ralentissement du pouls au cours de l'appendicite aiguë (bradycardie appendiculaire).

278. Hacquard. — Etude sur les psychoses érotomaniques.

285. Hoechstetter. — Sur un syndrome constitué par des altérations du psychisme et du système neuro-végétatif chez l'enfant.

291. Lévy (Georges). — Les droits physiologiques du nouveau-né.

293. Marsal. — Trouble de la fonction gastrique et syndromes associés chez les tuberculeux pulmonaires. La toux émétisante.

277. Michon. — De l'immunisation active dans le traitement curatif des tumeurs maliggnes.

286. Petitjean. — Quelques troubles du fonctionnement rénal dans la maladie de Basedow.

301. Pierron. — Prophylaxie de l'hérédité syphilitique.

294. Roesch. — La fonction uréo-secrétoire des hypertendus.

287. — Suty. — Des traitements chirurgicaux de la dacryocystite chronique et en particulier de la dacryocystorhinostomie plastique de Dupuy-Dutemps et Bourguet. Etude historique et clinique.

276. Winstel. — Glandes endocriniennes et dermatoses.

II. Doctorat de l'Université (*mention médecine*). — 290. Boes. — Les anomalies du cul-de-sac de Douglas et leur rôle dans les prolapsus génitaux.

282. Jeitz. — La cryothérapie en gynécotogie.

300. Taditgh (Mlle). — Les dimensions cardiaques chez les tuberculeux pulmonaires. Méthode orthodiascopique.

280. Wilwertz. — Des moyens de détermination de l'acidose par le laboratoire.

302. Yankovitch. — Contribution à l'étude des méthodes macroscopiques de présomption de la présence du bacille de Koch dans les crachats.

289. Zographos. — Des douleurs tardives élevées comme symptômes des ruptures de grossesse tubaire et de l'inondation péritonéale.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925.

I. DOCTORAT D'ETAT. — ARNOLD. — Les eaux thermo-minérales de Bains-les-Bains.

BELLOCQ (Mme), née Iragne. — Contribution à l'étude anatomique des artères de la peau chez l'homme. (Etude radiographique.)

BENMANN. — Contribution à l'étude des associations dans la paralysie générale.

BENOIT. — Recherches anatomiques, cytologiques et histophysiologiques sur les voies excrétrices du testicule chez les mammifères. Contribution à l'étude de quelques problèmes de cytologie générale relatifs à la cellule glandulaire.

BOLL. — Contribution à l'étude des péritonites biliaires avec intégrité apparente des voies biliaires.

BURGER. — Contribution au traitement des papillomes diffus du larynx chez l'enfant.

CAÏN. — La mortalité cancéreuse à Strasbourg.

COURRIER. — Le cycle sexuel chez la femelle des mammifères. Etude de la phase folliculaire.

DESVALLÉES. — Recherches d'ordre chirurgical et médico-légal sur le gonflement et l'éclatement des canons de fusil.

DOGNON. — La mesure de l'action biologique des rayons X de différentes longueurs d'onde.

DREYFUS. — Abu Jacub Ishaq Ben Soleiman El Israeli, médecin arabe du xe siècle.

GACHOT. — Etude médico-légale sur les lésions par chute et par écrasement. Diagnostic différentiel.

GERLINGER. — Le cycle sexuel chez la femelle des mammifères. Recherches sur la chienne.

JACQUES. — Les symptômes de la fièvre puerpérale et leurs rapports avec les lésions anatomo-pathologiques.

JARKOWSKI. — « Kinésie paradoxale » des parkinsonniens. Contribution à l'étude du mécanisme de la motilité volontaire.

JOUBLOT. — Les voies aériennes supérieures. Pathologie générale.

KIRSCH. — Contribution à l'étude de la sigmoïdite.

KLEIN. — L'action des rayons ultraviolets sur l'anémie des enfants rachitiques.

KUENY. — Contribution à l'étude du traitement médical des colites ulcéreuses chroniques, non spécifiques.

LÉONHART. — La thérapeutique médicale à Strasbourg de 1800 à 1870.

LÉVY (Adrien). — Contribution à l'étude des traitements de la gangrène pulmonaire, en particulier de la sérothérapie.

LÉVY (Ernest). — L'utilisation des débiles mentaux dans l'armée.

LEWIT. — Contribution à l'étude des affections pouvant simuler la tuberculose pulmonaire.

L'HUILLIER. — Le typhus de 1813-1814 à Strasbourg.

MARTIGNON. — Les exhumations médico-légales. Etat de conservation des cadavres.

MASSON. — Pathologie clinique et expérimentale des ictères dits arsénobenzoliques.

MATHIS. — Tuberculose et recrutement.

MÉTIN. — La lutte anticancéreuse en France. Son état actuel.

METZGER. — Contribution à l'étude de l'autohémothérapie en dermatologie.

MEYER. — Des canaux anormaux sous-urétraux chez l'homme.

REHBERGER. — Contribution à l'étude des stéréotypies dans la paralysie générale progressive.

RITTER. — Contribution à l'étude de la lipomatose symétrique diffuse à prédominance cervicale (forme récidivante).

SCHEER (Mlle). — Contribution à l'étude des troubles psychiques de la sclérose en plaques.

SCHMIDT. — Les dysenteries chroniques et leur traitement par l'exclusion du côlon.

TISSEAU. — Remarques sur le traitement opératoire du cancer du rectum par la méthode combinée.

VAN CAULAERT. — Etudes sur les rétentions chlorurées sèches.

VEBER. — Contribution à l'étude des fractures de l'astragale avec énucléation en arrière du fragment postérieur. Leur traitement sanglant.

WALTER. — Thymus et mort subite chez l'adulte.

WEIRICH. — Etude statistique sur la mortalité par tuberculose en Alsace et en Lorraine.

WESTPHAL. — Contribution à l'étude du traitement des tumeurs malignes d'origine dentaire du maxillaire supérieur.

ZELLER. — Le caractère épileptique. Essai de classification.

II. DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. (*Mention médecine.*) — GROOTEN (Mlle). — Les arthropathies de la syphilis acquise.

MANDITCH. — Cécité partielle à la suite de la cessation brusque des règles.

TRIFOUNOVITCH. — Endocardites à entérocoques.

III. RÉGIME LOCAL. — BLOCH. — Etude sur l'état actuel de la vaccination antidiphtérique.

JOSEPH. — Etude des rapports légaux de l'autopsie avec le droit en Allemagne. Revue de la réglementation actuelle. Modifications à y apporter.

KAUFMANN. — Contribution à l'étude des poussées évolutives dans les endocardites chroniques et dans les néphrites azotémiques chroniques.

ZWIEBEL. — Détermination de l'aptitude professionnelle chez les candidats aux études médicales.

LIVRES NOUVEAUX

Paraplégies spasmodiques syphilitiques (1), par M. le docteur Lucien GIROT.

Cette étude, avant tout clinique, est basée uniquement sur les observations de très nombreux malades. L'auteur, après avoir repris rapidement la symptomatologie de ces paraplégies, met en lumière les symptômes les plus important, étudie leur fréquence et leur valeur relative. Il montre, dans un chapitre spécial, les difficultés souvent très grandes du diagnostic étiologique de certaines paraplégies spasmodiques, que peuvent réaliser aussi bien : la syphilis, la sclérose en plaques, certaines myelites infectieuses, des compressions lentes de la moelle. Il isole même une forme pseudo-tumorale des myélites réalisant comme les compressions de la moelle une attitude en flexion.

L'auteur étudie tout particulièrement au point de vue du diagnostic, le liquide céphalo-rachidien de ses malades. Il établit quelques règles précises sur la valeur du syndrome humoral au point de vue du diagnostic, du pronostic et du traitement.

Il envisage enfin le traitement suivant les formes cliniques. Il en discute les indications, la nature, l'intensité, les résultats, en étudiant l'observation de malades qu'il a pu suivre pendant pluieurs années, et qu'il a vu se stabiliser, s'aggraver, ou guérir.

Dans un chapitre enfin, illustré de 20 figures, il étudie les principales lésions anatomiques médulaires de ces paraplégies syphilitiques chroniques. L. G.

De la doctrine dentaire de la stomatite ulcéro-membraneuse et de l'angine de Vincent (2), par le docteur Maurice COLRAT.

L'auteur considère la stomatite ulcéro-membraneuse et l'angine de Vincent comme deux modalités différentes d'une même maladie relevant au point de vue étiologique de l'évolution et de l'éruption de la dent de sagesse inférieure. Il estime qu'elles rentrent dans le cadre des gingivo-stomatites septiques de nature polymicrobienne, mais avec prédominance de la fuso-spirillose, variété nécrophile de la flore buccale à la période ulcéreuse. L. G.

(1) Paris, G. Doin.
(2) Un vol. in-8. — Paris, Editions de la *Semaine dentaire*, 12, rue de Hanovre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 79. — SAMEDI 3 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 3 OCTOBRE 1925. — N° 79.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9** fr. **50**. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . . **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

AVIS

A la suite des augmentations successives que nous subissons depuis quelques mois (papier, impression, etc.), nous nous voyons à notre très grand regret dans la nécessité d'élever le prix de notre abonnement.

Cette augmentation aussi réduite que possible pour la France est beaucoup plus importante pour l'étranger en raison des tarifs postaux presque prohibitifs que la Convention de Stockholm, entrée en vigueur le 1er octobre 1925, prévoit pour le régime international.

— Malgré les sacrifices que cela représente, nous n'augmentons pas le prix de l'abonnement pour les étudiants. Il reste fixé à 20 francs.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE PHARMACIEN DES HÔPITAUX. — Un concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le jeudi 5 novembre 1925, à 14 heures, dans l'amphithéâtre de la pharmacie centrale des hôpitaux, 47, quai de la Tournelle.

Les candidats devront se faire inscrire à l'administration, 3, avenue Victoria (bureau du Service de santé), de 14 à 17 heures, depuis le jeudi 8 octobre jusqu'au lundi 19 octobre 1925 inclusivement.

LÉGION D'HONNEUR. — Par décret du Président de la République en date du 26 septembre 1925, rendu sur la proposition du ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a été nommé :

Au grade de chevalier. — M. Vadon (Henri-Marie-Jean), interne titulaire des hôpitaux de Paris. Vient de subir une intervention chirurgicale grave et périlleuse (désarticulation de l'épaule gauche), rendue nécessaire par une blessure à la main contractée dans son service en ponctionnant une lymphorrhagie consécutive à une opération pour cancer du sein. (*J. O.* 29 sept. 1925.)

INSTITUTION NATIONALE DES INVALIDES. — M. Dorland, médecin-major de 1re classe en retraite, a été nommé médecin chef de l'Institution nationale des Invalides.

VIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE CHIRURGIE (Rome, 1926). — Le VIIe Congrès de la Société internationale de chirurgie aura lieu à Rome les 7, 8, 9 et 10 avril 1926, sous la présidence de M. le professeur Giordano (de Venise).

Questions à l'ordre du jour :

1° *Curiethérapie du cancer utérin.* — Rapporteurs : MM. Beuttner (Genève), Ochsner (Chicago), Pestalozza (Rome), Recasens (Madrid), Regaud (Paris).

2° *Thérapeutique des tumeurs cérébrales.* — Rapporteurs : MM. Bastianelli (Rome), de Martel (Paris), Lozano (Saragosse), Percy Sargent (Londres).

3° *Chirurgie de la rate.* — Rapporteurs : MM. Cortes Llado (Séville), Henschen (Saint-Gall), Leotta (Bari), Papaionnou (Le Caire), Patel (Lyon), sir Berkeley Moynihan (Leeds).

4° *Abcès du foie.* — Rapporteurs : MM. Dominici (Rome), Petridis (Alexandrie).

5° *Résultats éloignés du traitement de l'épilepsie jacksonienne.* — Rapporteur : M. Leriche (Strasbourg).

Un voyage sera organisé avant et après le Congrès. Les congressistes visiteront Milan, Padoue, Venise, Bologne et Florence du 1er au 5 avril; Gênes, Pavie et Turin les 13, 14 et 15 avril.

En plus de ce programme scientifique, il est aussi prévu

une démonstration d'avion sanitaire par le professeur Piqué (de Bordeaux).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. L. Mayer, secrétaire général de la Société internationale de chirurgie, 72, rue de la Loi, à Bruxelles.

CONGRÈS INTERNATIONAL DU PALUDISME. — Le Ier Congrès international du paludisme se tiendra à Rome du 4 au 9 octobre. La France y sera représentée par le professeur Marchoux, de l'Institut Pasteur, et le docteur Abbatucci, de l'inspection générale du service de santé des colonies.

LIGUE NATIONALE FRANÇAISE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN. — La conférence de la syphilis héréditaire, organisée par la Ligue nationale contre le péril vénérien se réunira à la Faculté de médecine de Paris, amphithéâtre Vulpian, le lundi 5 octobre 1925, à 10 heures, sous la présidence de M. le professeur Jeanselme.

L'ordre du jour de la conférence comprend les questions suivantes :

1° *La syphilis héréditaire larvée* (rapports de MM. Leredde, Lesné, Devraigne et Carle).

2° *Traitement de la syphilis héréditaire du nourrisson de la première enfance* (rapports de MM. Marcel Pinard, Lemaire et Péhu).

3° *Traitement préventif de l'hérédo-syphilis* (rapports de MM. Milian, Lévy-Solal, Spillmann et Petges).

La cotisation donnant droit à la publication des rapports et du compte rendu des travaux de la conférence est de 40 fr.

Les adhésions doivent être adressées au directeur général de la Ligue, M. Sicard de Plauzoles, 44, rue de Lisbonne, Paris. On est prié d'adresser les adhésions et les communications au secrétariat général de la Ligue, 44, rue de Lisbonne, à Paris.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Balthazard-Blanc, ancien sénateur des Hautes-Alpes, décédé à Paris; Charles Contat (de Monthey, Suisse), Giraud (d'Oullins), Henri Luc (de Paris).

AMPHITHÉATRE D'ANATOMIE. (M. le professeur Pierre SÉBILEAU, directeur des travaux scientifiques.) — Un cours de médecine opératoire générale, par M. le docteur Jean Braine, prosecteur, commencera le lundi 19 octobre 1925, à 2 heures, et continuera les jours suivants, à la même heure.

Droit d'inscription : 200 francs. Gratuit pour internes et externes.

Se faire inscrire 17, rue du Fer-à-Moulin.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — LA SEMAINE DE GASTROLOGIE CLINIQUE. — Le docteur Félix Ramond, assisté des docteurs Ch. Jacquelin, Parturier, Ravina, Zizine, Chabrun, Corman, Hirchberg, fera dans son service de l'hôpital Saint-Antoine une série de conférences destinées aux médecins praticiens sur l'ensemble des affections gastro-duodénales, et en particulier sur les nouveaux procédés d'exploration et de traitement.

Ces conférences sont gratuites. Elles auront lieu le matin et l'après-midi, du 9 au 16 novembre.

Des travaux pratiques permettront chaque jour aux médecins qui le désirent de s'initier pratiquement à toutes les méthodes d'exploration physique, chimique, radiologique.

Le droit aux travaux est de 150 francs.

Le nombre des places étant limité, prière de s'inscrire d'avance auprès du docteur Ch. Jacquelin, salle Lorain, hôpital Saint-Antoine.

INSTITUT DU RADIUM (fondation Curie). — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE (1925, 28e année). — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera, le lundi 19 octobre, à 9 heures du matin, au dispensaire de la fondation Curie, 26 rue d'Ulm (Ve) et continuera les jours suivants, à la même heure, une série de conférences sur les *Premières notions de radiologie médicale indispensable à la pratique de la radioscopie, de la radiographie et de la radiothérapie.*

Lundi 19 octobre. — L'énergie radiante.
Mardi 20 octobre. — La découverte de Rœntgen.
Mercredi 21 octobre. — Les propriétés du rayonnement de Rœntgen.
Jeudi 22 octobre. — Les mesures du rayonnement de Rœntgen.
Vendredi 23 octobre. — L'énergie électrique.
Samedi 24 octobre. — Les mesures électriques.
Lundi 26 octobre. — Les générateurs et les transformateurs.
Mardi 27 octobre. — Les interrupteurs, les soupapes et les rhéostats.
Mercredi 28 octobre. — Les dynamos et les courants alternatifs.
Jeudi 29 octobre. — Les divers modes d'emploi des courants alternatifs.
Vendredi 30 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à air raréfié.
Samedi 31 octobre. — Les ampoules de Rœntgen à vide.
Lundi 2 novembre. — La technique de la radioscopie.
Mardi 3 novembre. — Les images de Rœntgen.
Mercredi 4 novembre. — La technique de la radiographie.
Jeudi 5 novembre. — Stéréoradioscopie, stéréo-radiographie et cinéradiographie.
Vendredi 6 novembre. — Les bases biologiques de la rœntgenthérapie.
Samedi 7 novembre. — Les bases physiques de la rœntgenthérapie.
Lundi 9 novembre. — La technique générale de la rœntgenthérapie superficielle.
Mardi 10 novembre. — La technique générale de la rœntgenthérapie profonde.
Jeudi 12 novembre. — La radioactivité et les substances radioactives.
Vendredi 13 novembre. — Les bases biologiques et physiques de la curiethérapie.
Samedi 14 novembre. — Les divers modes d'application de la curiethérapie.

Ces conférences, librement ouvertes à tous les étudiants et docteurs en médecine, seront complétées par des exercices pratiques dans le laboratoire de radiologie de l'hôpital Saint-Antoine, sous la direction de son chef, M. le docteur Solomon; le droit d'inscription pour ces exercices, qui commenceront seulement le lundi 26 octobre, est de 150 francs et sera acquitté entre les mains du docteur Solomon.

ÉCOLE FRANÇAISE DE STOMATOLOGIE (20, passage Dauphine, Paris). — L'Ecole française de stomatologie a pour but de donner l'enseignement aux seuls étudiants et docteurs en médecine désireux de se spécialiser dans la pratique de la stomatologie.

L'enseignement donné par des médecins spécialistes et techniciens comprend :

1. La clinique générale des maladies de la bouche et des dents.

2. Des cours spéciaux sur les différentes branches de la stomatologie.

3. Des travaux pratiques de technique opératoire, de prothèse, d'orthodontie et de laboratoire.

Pour les inscriptions et pour les renseignements, s'adresser au docteur Bozo, directeur de l'Ecole.

La Physique des rayons X à l'usage des médecins, par LOISEL, préparateur de physique à la Faculté de médecine, et LOMON, radiologiste des hôpitaux, chef des travaux pratiques de physique à la Faculté de médecine. Préface du professeur André Broca. Un volume de 150 pages avec 49 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

REVUE GÉNÉRALE

LA PHYSIOLOGIE DE LA GASTRO-JÉJUNOSTOMIE [1]

Par A. DEROCQUE,
Interne des hôpitaux de Paris.

Transit intestinal. — Les différents auteurs sont unanimes pour trouver après gastro-entérostomie un transit intestinal accéléré. Ce fait est d'autant plus frappant qu'il contraste avec la constipation qui est généralement observée avant l'intervention.

Chez les gastro-entérostomisés l'examen radiologique montre que le cæcum est atteint en moyenne au bout de trois heures au lieu de quatre heures et demie.

Certains opérés qui souffrent de diarrhée persistante, ce qui n'est pas rare, ont un transit encore plus rapide. Le repas bismuthé peut atteindre le côlon descendant au bout de six heures, et G. Durand a même retrouvé de la poudre de charbon dans les selles six heures après l'ingestion du repas d'épreuve auquel cette substance avait été mêlée.

Ces malades présentent alors une accélération de la traversée du tube digestif tout entier, estomac, intestin grêle, gros intestin, et l'incontinence de la bouche paraît jouer un rôle important dans la genèse de ces accidents.

Sécrétion gastrique. — La gastro-entérostomie n'a pas seulement un résultat mécanique, elle trouble en outre profondément les sécrétions gastrique, intestinale, pancréatique et biliaire.

Les effets de la gastro-entérostomie sur la sécrétion gastrique doivent être étudiés successivement au point de vue quantitatif et au point de vue qualitatif.

1° **Etude quantitative.** — Avant l'opération le malade avait le plus souvent de l'hypersécrétion, et celle-ci diminue presque toujours très nettement après la gastro-entérostomie. Mais il est des cas où l'hypersécrétion persiste.

Hartmann et Soupault pensent qu'à ce point de vue il faut faire la distinction, en ce qui concerne l'ulcère, entre l'ulcus récent et l'ulcus ancien :

Dans l'ulcus récent la muqueuse contient souvent des glandes anatomiquement et fonctionnellement hypertrophiées qui sont responsables de la persistance de l'hypersécrétion après l'opération.

Dans l'ulcus ancien les éléments glandulaires sont en voie d'atrophie; avant l'opération leur irritation suffit à entraîner l'hypersécrétion, mais lorsque l'évacuation est améliorée, que l'irritation n'existe plus, les glandes cessent de sécréter, aussi observe-t-on souvent la disparition de l'hypersécrétion, ou tout au moins sa diminution très marquée.

Toutefois même dans ces cas on peut voir l'hypersécrétion réapparaître accidentellement aussi marquée que par le passé, spécialement lors des crises douloureuses post-opératoires.

2. **Etude qualitative.** — L'étude qualitative a été faite très complètement par Denéchau, qui a étudié le chimisme chez les gastro-entérostomisés une heure après repas d'Ewald suivant la méthode de Hayem et Winter.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 77, p. 1249.

a. LE MALADE ÉTAIT HYPERPEPTIQUE. — C'est le cas le plus fréquent. La gastro-entérostomie modifie très notablement le chimisme gastrique.

Le chlore total (T) est trouvé considérablement diminué passant par exemple de 330 à 220 (normalement 321), comme si l'intervention avait provoqué une chute subite de la sécrétion chlorurée, chute dépassant même le chiffre normal.

Le chlore utile, chlore libre (H) et chlore combiné organique (C), accuse une diminution plus considérable encore, aboutissant soit à une simple atténuation de l'hyperpepsie qui persiste encore, soit plus souvent à l'hypopepsie, $H + C$ pouvant passer à 100 ou même aux environs de 20 (chiffre normal : 212). D'après les chiffres trouvés par Wilenski et Crohn sur 37 opérés, le chlore libre se trouve réduit en moyenne des 4/10 de sa valeur primitive.

L'acidité totale (A) subit semblable modification, à peu près dans les mêmes proportions que le chlore utile d'après Denéchau. La plupart des auteurs pensent avec Paterson que la réduction est de 35 p. 100 de la valeur primitive. Wilenski et Crohn ont trouvé en moyenne une diminution beaucoup moins importante.

D'après Bonar les modifications de l'acidité varieraient suivant le siège de l'ulcère : elles seraient surtout marquées lorsque l'ulcère siège sur le corps de l'estomac; au contraire l'acidité des ulcères pyloriques et duodénaux serait peu modifiée par la gastro-entérostomie.

La diminution des diverses valeurs chimiques fournies par l'analyse du repas d'épreuve persiste-t-elle? Les auteurs ne sont pas d'accord. Les uns admettent que l'acidité se relève progressivement pour tendre vers le taux antérieur, mais cela très lentement, en plusieurs années. Les autres pensent que cette évolution n'est pas la règle, et que la diminution est persistante dans la grande majorité des cas. Quoi qu'il en soit il faut savoir que l'estomac gastro-entérostomisé continue à réagir aux diverses excitations, bien que cette réaction soit très inférieure à ce qu'elle était avant, et dans quelques cas rares on peut relever des poussées hyperchlorhydriques considérables mais fugaces.

b. LE MALADE ÉTAIT HYPOPEPTIQUE. — Dans ce cas le chimisme gastrique est beaucoup moins heureusement influencé par la gastro-entérostomie, et on assiste à un abaissement encore plus considérable des diverses valeurs chimiques.

Sécrétion intestinale. — Le court-circuit réalisé plus ou moins complètement par la gastro-entérostomie trouble en outre profondément la sécrétion intestinale. Casagli a étudié les résultats anatomiques et fonctionnels de l'opération sur la paroi duodénale.

1. **Troubles anatomiques.** — Les modifications anatomiques ne sont observées que lorsque la totalité du chyme passe par la bouche anastomotique. Ce sont d'ailleurs des lésions peu marquées et décelables uniquement au microscope. Elles portent principalement sur la sous-muqueuse dont la zone la plus interne présente des traces de fibro-sclérose surtout accentuée autour des glandes de Brünner. Ce processus amène l'atrophie progressive et la destruction des éléments glandulaires.

2. **Troubles fonctionnels.** — *La sécrétion de l'entérokinase* paraît peu influencée par la gastro-enté-

rostomie sans sténose pylorique; lorsqu'il y a sténose la modification est plus sensible; elle est au maximum lorsqu'on a pratiqué une exclusion du pylore. Néanmoins la portion du jéjunum toute voisine de la bouche anastomotique exerce rapidement une action compensatrice de l'insuffisance duodénale, mais sans arriver à combler entièrement le déficit. Cette compensation s'effectue d'autant mieux que l'anse afférente est plus courte.

Pour ce qui est de l'érepsine (qui décompose albumoses, peptones et caséine), la diminution de la secrétion se manifeste plus vite et plus nettement; par contre l'action vicariante du jéjunum est beaucoup plus active.

Sécrétion pancréatique. — L'activité du pancréas étant normalement éveillée par le passage des aliments sur la muqueuse duodénale, on doit se demander ce que devient la sécrétion pancréatique après gastro-entérostomie.

Au point de vue théorique la gastro-entérostomie détournant partiellement ou complètement le chyme de la cavité duodénale, la production de *sécrétine* doit être quelque peu compromise. Mais il faut remarquer que la muqueuse jéjunale contient également de la sécrétine, et contrairement à ce que l'on a longtemps admis, les recherches de Bayliss et Starling d'une part, de G. Métivet d'autre part, ont montré que la muqueuse jéjunale jusqu'à 1 mètre du pylore contient autant de sécrétine que la muqueuse duodénale.

Pourtant l'action compensatrice du jéjunum doit être insuffisante, car Burdenko, pratiquant chez le chien des gastro-entérostomies avec exclusion du pylore, a vu la sécrétion pancréatique diminuer notablement pendant la digestion d'un repas d'épreuve, en conservant toutefois une durée normale.

De plus après gastro-entérostomie les sucs sécrétés ne possèdent plus des concentrations différentes en enzymes suivant les aliments ingérés, et la concentration est la même pour tous les sucs, que l'animal ait ingéré du lait, du pain ou de la viande.

Chez l'homme, Le Noir a vu dans un cas une diminution très nette du pouvoir amylolytique, tryptique et stéapsique et a constaté chez plusieurs opérés une glycosurie transitoire.

Bref il semble que la gastro-entérostomie provoque un hypofonctionnement du pancréas et peut être même un certain degré d'atrophie de cette glande. Il est possible que nombre de troubles digestifs post-opératoires ne reconnaissent pas d'autre cause.

Sécrétion biliaire. — La sécrétion biliaire est bien différente de celle du suc pancréatique : celle-ci est intermittente, celle-là est continue. Néanmoins on sait que la sécrétine a également une influence sur la sécrétion biliaire, et on pourrait en conclure que la gastro-entérostomie doit entraîner de même une hyposécrétion de la bile.

En réalité il ne semble pas qu'il en soit ainsi, et la production de bile est parfois même considérable dans les jours qui suivent l'opération.

Reflux du liquide duodénal dans l'estomac. — Ayant étudié les perturbations produites par la gastro-entérostomie sur la sécrétion des différents sucs digestifs, il nous reste à examiner dans quelles conditions ces sucs sécrétés vont pouvoir exercer leur action digestive. L'élément qui domine les phénomènes chimiques de la digestion après gastro-entérostomie est le reflux du liquide duodénal dans l'estomac par l'anse afférente.

1. **Fréquence.** — Ce reflux est la règle; on peut même dire qu'il est à peu près constant, car la bile peut être mise en évidence dans le liquide gastrique soit à jeun, soit après repas d'épreuve, dans presque tous les cas. Par contre le suc pancréatique est trouvé d'une façon moins constante.

Le procédé de gastro-entérostomie antérieure ou postérieure ne paraît pas avoir d'influence sur la production de ce reflux. L'entéro-anastomose complémentaire elle-même ne l'empêche pas. Par contre dans le procédé de gastro-entérostomie en Y, imaginé spécialement pour l'éviter, ce reflux paraît beaucoup plus rare (deux fois sur huit cas de Deneéchau).

2. **Mécanisme.** — Froin a montré que le réflexe des sucs intestinaux dans l'estomac est dû au péristaltisme de l'intestin. En effet chaque contraction pousse en avant une partie du liquide que renferme le grêle, mais au niveau de la fente anastomotique la paroi de l'intestin a été sectionnée ; les contractions ne se produisent donc que dans la partie intacte, et il en résulte que les sucs intestinaux, poussés par les contractions péristaltiques, s'échappent par l'ouverture pour pénétrer dans la cavité gastrique.

3. **Abondance.** — Le liquide duodénal est souvent très abondant immédiatement après l'opération, si abondant même que certains malades ont des vomissements quotidiens presque exclusivement composés de bile et de suc pancréatique; mais au bout de quelques jours ces troubles cessent définitivement.

Si l'importance de ce reflux est très variable d'un malade à l'autre, elle paraît constante chez un malade donné à tous les examens pratiqués à quelques jours ou quelques semaines d'intervalle. Néanmoins il semble que cet élément tende à diminuer à la longue à mesure qu'on s'éloigne de l'opération, et au bout de plusieurs années l'absence de bile dans l'estomac est loin d'être rare.

4. **Conséquences du reflux.** — Bilroth avec beaucoup d'autres, impressionné par le caractère bilieux des vomissements graves du circulus vitiosus, avait cru que le reflux du liquide intestinal comportait une haute gravité. De même les expériences de Chlumsky sur le chien faisaient prévoir que le retour du liquide pancréatique dans l'estomac devait avoir une influence tout à fait néfaste sur la digestion gastrique et intestinale, et entraîner la mort en quelques semaines.

En réalité ce phénomène présente des avantages et des inconvénients dont il faut faire le bilan.

a. Action sur la sécrétion et le chimisme gastrique. — Par son contact avec la muqueuse gastrique le suc intestinal produit un réflexe inhibiteur de la sécrétion gastrique. En outre par sa réaction alcaline il abaisse l'acidité chlorhydrique du liquide gastrique.

Ainsi s'expliquent l'amélioration de l'hypersécrétion et la diminution de l'acidité constatées après l'opération et que nous avons déjà étudiées. Le reflux duodénal agit donc dans une certaine mesure à la manière d'une médication alcaline permanente.

b. ACTION SUR LA DIGESTION DES ALBUMINOIDES. — On avait pensé que le déversement de la bile dans l'estomac devait arrêter la digestion des albuminoïdes par la *pepsine* parce que « in vitro » l'acide taurocholique précipite l'albumine. Mais « in vivo » ce précipité n'a jamais été retrouvé expérimentalement; d'autre part la cholécysto-gastrostomie ne provoque généralement aucun trouble gastrique, et le liquide retiré de l'estomac est riche en peptones non précipités par la bile.

Ce qui pourrait entraver surtout l'action de la pepsine c'est la diminution de l'acidité. On sait en effet que ce ferment n'agit qu'en milieu acide et devient inactif en milieu neutre ou alcalin. Mais nous avons vu que, si l'acidité gastrique diminue très notablement après gastro-entérostomie, la neutralisation n'est en réalité jamais complète. La diminution de l'acidité n'est pas suffisante pour entraver la digestion peptique, et d'ailleurs Wilenski et Crohn, étudiant l'acidité totale et l'acidité chlorhydrique après repas d'Ewald et après repas de Riegel, ont trouvé des chiffres très voisins chez les opérés qui présentaient des troubles fonctionnels, et chez les opérés dont les fonctions digestives s'effectuaient d'une façon parfaite. On peut néanmoins prévoir qu'une gastro-entérostomie pratiquée chez un malade hypochlorhydrique ou anachlorhydrique pourra entraver considérablement la digestion peptique.

On a de même accusé le reflux pancréatico-biliaire de compromettre l'action de la *trypsine* qui normalement pousse la désintégration des albuminoïdes jusqu'au stade acides aminés. On faisait remarquer que la trypsine agit au maximum en milieu alcalin et devient inactive en présence de 0,5 pour 1 000 d'acide chlorhydrique. Mais ce sont encore là des arguments surtout théoriques, car s'il est vrai que le maximum d'effet est obtenu in vitro lorsque le liquide renferme 3 à 5 p. 1 000 de CO^3Na^2, il faut se rappeler que la digestion dans le duodénum s'effectue normalement non en milieu alcalin, mais en milieu faiblement acide, et Ewald a vu l'action de la trypsine se continuer en présence de doses d'acide beaucoup plus fortes que la dose limite classique. D'autre part il semble que, si l'acidité peut masquer momentanément l'action de la trypsine, elle ne détruit pas ce ferment qui retrouve toute son activité lorsque l'acidité s'abaisse de nouveau, c'est-à-dire lorsque le chyme arrive dans le jéjunum où il retrouve la fraction du liquide intestinal qui est passé directement de l'anse afférente dans l'anse efférente sans refluer dans la cavité gastrique.

En résumé il semble que les digestions peptique et tryptique continuent à s'ajouter après gastro-entérostomie comme auparavant. Ce qui en réalité entrave surtout la digestion des albuminoïdes chez certains opérés, c'est l'insuffisance sécrétoire du pancréas due à un certain degré d'atrophie de cet organe.

c. ACTION SUR LES AUTRES FERMENTS DIGESTIFS. — Le reflux pancréatico-biliaire paraît de même ne pas gêner l'action des autres ferments digestifs.

La présure du suc gastrique conserve son action coagulante en milieu neutre, et son rôle n'est pas entravé par la diminution de l'acidité.

La lipase gastrique est secondée par la lipase pancréatique en ce qui concerne le dédoublement des graisses.

Reste l'amylase du suc pancréatique. Si cette diastase a son action diminuée par l'acidité du milieu gastrique, elle retrouve sa vigueur lorsque le chyme est évacué dans le jéjunum.

Bref le reflux du liquide intestinal, loin d'être un phénomène néfaste, a au contraire bien souvent des résultats favorables. C'est lui qui diminue l'hypersécrétion, l'hyperacidité et fait disparaître le spasme du pylore. Il est considéré par la plupart des auteurs comme étant le principal facteur favorisant la cicatrisation de l'ulcère par la neutralisation du suc gastrique. Loin de chercher à l'éviter il faut au contraire le rechercher, et dans certains cas même Roux (de Lausanne) se contente de faire une bouche petite et étroite, une anastomose dite « de régurgitation » qui, selon son expression, fait porter au malade une véritable « pharmacie intérieure ».

CONCLUSIONS

1. La gastro-entérostomie, opération simple au point de vue technique, est **extrêmement complexe** quant aux **conséquences physiologiques** qu'elle entraîne. Elle ne doit être pratiquée qu'après étude approfondie des troubles présentés par le malade et recherche des lésions anatomiques qu'on peut découvrir à l'intervention.

Il faut condamner les gastro-entérostomies « de complaisance » que certains se sont laissés aller à exécuter.

2. **La bouche est presque toujours utilisée** par le chyme pour quitter la cavité gastrique, cela d'autant plus qu'elle est placée plus près du point déclive de l'estomac.

Mais comme on ne peut affirmer qu'une bouche anastomotique même bien placée évacuera la totalité du chyme, l'exclusion du pylore paraît un complément indispensable lorsqu'on veut mettre entièrement au repos un duodénum ulcéreux.

3. **La bouche est continente.** — Elle évacue le chyme par bouchées successives entre les contractions gastriques.

La gastro-entérostomie ne constitue donc pas un drainage qui met l'estomac au repos complet. Cet organe continue à remplir son rôle de réservoir et entreprend la digestion des aliments avec sa muqueuse enflammée, avec ses glandes malades.

Lorsque le chirurgien a exécuté une gastro-entérostomie, il ne doit donc pas considérer son œuvre comme terminée et abandonner l'opéré à lui-même. L'opéré reste un malade qu'il faut continuer à traiter médicalement, et l'institution d'un régime postopératoire sévère joue un rôle capital dans les résultats éloignés.

4. **La stase, l'hypersécrétion, l'hyperacidité** sont généralement diminuées par la gastro-entérostomie, mais à un degré variable, tantôt d'une façon incomplète, tantôt d'une façon exagérée.

Il faut donc suivre les opérés, les revoir périodiquement et étudier leurs fonctions gastriques.

Le malade présente-t-il une évacuation gastrique trop rapide qu'on peut améliorer par la multiplication de repas peu abondants, l'ingestion de suc gastrique ou de gastérine et par le port d'une ceinture abdominale ?

Présente-t-il au contraire de la stase gastrique, et celle-ci est-elle en relation avec un cul-de-sac sous-anastomotique qui se vide plus facilement par le décubitus dorsal ou latéral, ou doit-elle être rappor-

tée à un fonctionnement défectueux de la bouche qu'on peut améliorer par la papavérine ou la belladone?

Quel est enfin l'état du chimisme gastrique et y a-t-il lieu d'instituer une thérapeutique alcaline ou au contraire une médication chlorhydrique?

5. Quelle est la technique opératoire qui paraît physiologiquement la plus satisfaisante? — Pour éviter les troubles dus à l'insuffisance de la digestion pancréatique et intestinale il y a lieu de tenir aussi court que possible le segment d'intestin grêle exclus. C'est donc à la gastro-entérostomie à anse courte ou sans anse qu'il faut donner la préférence.

Il faut que la bouche siège le plus près possible du point déclive et il faut que cette situation soit réalisée non pas tant primitivement immédiatement après l'opération, que secondairement lorsque la dilatation aura rétrocédé si dilatation il y a. Il y a donc lieu de distinguer différentes éventualités.

a. Si l'estomac est de dimensions normales, placer la bouche au point déclive actuel. Faire l'anastomose isopéristaltique ou anisopéristaltique suivant la disposition anatomique de la première anse jéjunale. C'est dire que dans la majorité des cas on est amené à pratiquer l'anastomose anisopéristaltique.

b. Estomac dilaté en hameçon, sans adhérences pyloriques. — Si on fait l'anastomose au point déclive, la bouche se trouvera reportée en haut et à gauche quand la dilatation diminuera. Il faut donc s'efforcer d'évaluer dans quelle mesure la paroi gastrique est capable de réaliser une réduction de la dilatation, et établir la bouche entre le point déclive et le pylore. Se méfier en outre de faire la gastro-entérostomie avec une anse trop courte qui deviendra un véritable ligament suspenseur du bas fond gastrique lorsque le sujet sera en position verticale.

c. Estomac dilaté avec adhérences pyloriques. — Dans ce cas la réduction de la dilatation aboutit dans la règle à un estomac en forme de corne de bœuf, dont le point déclive est constitué par le pylore. Il est donc préférable de placer la bouche le plus près possible du pylore. C'est l'anastomose isopéristaltique qui s'adapte habituellement le mieux à cette situation de la bouche, mais il faut éviter de pratiquer l'anastomose isopéristaltique verticale ou presque verticale qui expose à la coudure de l'anse.

BIBLIOGRAPHIE

Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage de Mathieu, Sencert et Tuffier.
Pathologie gastro-intestinale de Tuffier et J.-Ch. Roux.
Discussions de la *Soc. de chir. de Paris*, 1907, 1908, 1910, 1914, 1921.
Alamartine. *Soc. de chir. de Lyon*, 20 janv. 1921.
Apostolos. *Th. de Paris*, 1920.
Aubourg. *Bull. de la Soc. de radiol. méd. de Paris*, oct. 1910.
Aumont. *Presse méd.*, 5 déc. 1923.
Balfour. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 23 août 1924.
Blont. *Med. Klin.*, 1921, t. XVII.
Bode. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1923, t. CLXXXI.
Bonar. *Lancet*, 9 août 1924.
Brancati. *Policlinico*, sez. chir., mai 1921.
Bundschuh. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1920, t. CXIX.
Burdenko. *Int. Beitr. zur Path. b. Therap. der Ernährungstörungen*, Be II, h. 3.
Caillé, Durand et Marre. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, juillet 1912.
Cameron. *Brit. med. Journ.*, 1908, t. I.
Casagli, 1913, C. R. in *Journ. de chir.*, 1914, p. 241.
Davis. *Ann. of surg.*, 1921, t. LXXIII.
Delbet. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907; — *Paris méd.*, 1911.
Delore et Barbier. *Lyon méd.*, fév. 1923.
Delore, Michon et Pollosson. *Revue de chir.*, 1924, n° 2.
Denéchau. *Th. de Paris*, 1907.
Desfosses. *Presse méd.*, 1910.
Durand. *Progrès méd.*, 1913.
Fergusson. *Brit. med. Journ.*, 1919, t. I.
Ferry et Schaaff. *Soc. de gastro-entérologie de Paris*, juillet 1924.
Froin. *Presse méd.*, juin 1909.
Gley. *Traité de physiologie.*
Gouillioud. *Lyon chir.*, 1921; — *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, fév. 1921; — *Journ. de chir.*, fév. 1922.
Gray. *Lancet*, 22 fév. et 25 juillet 1908; 1913, t. I.
Guibal. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, janv. 1920.
Guibé. *Presse méd.*, 1907; — *Journ. de chir.*, 1908.
Hamel. *Arch. méd.-chir. de province*, avril 1914.
Harris. *New-York med. Journ.*, 1910, t. XCI.
Hartmann. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1910 et 1914; — *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1914; — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1921.
Hartmann et Soupault. *Revue de chir.*, 1899.
Härtel. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1911, t. CIX.
Hesse. *Zeit. f. Röntg. und Radium.*, 1912, t. XIV.
Hertz. *Lancet*, 22 fév. 1913; — *Ann. of surg.*, oct. 1913.
Hort. *Brit. med. Journ.*, 1919.
Hürter. *Med. Klin.*, 1913, t. IX.
Jonas. *Arch. f. Verd.*, 1908, t. XIV.
Katzenstein. *Congrès allemand de chirurgie*, 1906.
Kelling. *Arch. f. klin. Chir.*, 1900, t. LXII.
Krabbel. *Centralbl. f. Chir.*, 1921, t. XLVIII.
Krabbell et Geinitz. *Mitt. aus den Grenz. d. Med. und Chir.*, 1914, t. XXVII.
Krassilchik. *Th. de Paris*, 1923.
Laquerrière et Jandel. *Journ. de radiol. et d'électrol.*, oct. 1919.
Legget et Maury. *Ann. of surg.*, 1907, t. XLVI.
Le Noir. *Soc. méd. des hôpit.*, 5 juillet 1918.
Maier. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1922, t. CLXXII.
Mathieu. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1910.
Mathieu et Savignae. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, oct. 1913.
Mauclaire. *Bull. de la Soc. de chir. de Paris*, 1910; — *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1910; — *Journ. des prat.*, 1910.
Maunz. *Beitr. z. klin. Chir.*, 1910, t. LXX.
Mériel. Rapport au *XXVe Congrès franç. de chir.*, 1912. Discussion.
Métivet. *Presse méd.*, janv. 1920; — *Soc. biol.*, 22 mars 1919.
Métraux. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1920, t. XL.
Meunier. *Presse méd.*, 1909.
Moppert. *Gaz. des hôpit.*, 1922, nos 74 et 76.
Morat et Doyon. *Traité de physiologie.*
Moreau. *Th. de Paris*, 1909.
Moreau et Murdoch. *Arch. franco-belges de chir.*, 1924.
Moulin. *Brit. med. Journ.*, 1908.
Moynihan. *Brit. med. Journ.*, 1908 et 1919; — Brochure. Traduction de V. Pauchet, 1924.
Neuhaus. *Sammlung klin. Vortr.*, 1908.
Ohly. *Arch. f. klin. Chir.*, 1924.
Palugyay. *Deut. Zeit. f. Chir.*, 1922, t. CLXXIII.
Papadopoulos. *Th. de Paris*, 1909-1910.
Paterson. *Surg., gyn. and obst.*, 1914, t. XVIII.
Pauchet. *Paris chir.*, fév. 1924.
Peugniez. *Gaz. méd. de Picardie*, 1913, t. XXXI.
Piéri. *Soc. de chir. de Marseille*, 16 nov. 1911.
Pouliquen. *Soc. de chir. de Paris*, 1922.
Pribram. *Klin. Woch.*, 1923, n° 33.
Ramond et Jacquelin. *Manuel de radioscopie gastro-duodénale.*
Rivas-y-Rivas. *IIe Congrès espagnol de chir.*, 1908; — C. R. in *Journ. de chir.*, 1908.
Rivière. *Th. de Lyon*, 1905-1906.
Rosenbach. *Centralbl. f. Chir.*, 1921, t. XLVIII.

SCHMIDT. *Arch. f. klin. Chir.*, t. CXXV.
SCHÖNHEIM. *Arch. f. Verd.*, 1908.
STRETON. *Brit. med. Journ.*, 1919.
TUFFIER. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1907.
TUFFIER et AUBOURG. *Presse méd.*, 11 déc. 1907.
URRUTIA. *Arch. des mal. de l'app. dig.*, 1918, t. IX.
VERHOOGEN. *Journ. méd. de Bruxelles*, 1910.
VULLIET. *Revue méd. de la Suisse romande*, 1918, t. XXXVIII.
WENDEL. *Amer. Journ. of surg.*, 1920, t. CXIX.
WERNER. *Münch. med. Woch.*, 1911, t. LVIII.
WILENSKI. *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1917, t. CLIV.
WILENSKI et BURREL B. CROHN. *Amer. Journ. of the med. sciences*, 1917, t. CLIII.
YOUNG, NUTTON et BUCHANAN. *Lancet*, 1923.
ZWEIG. *Arch. f. Verd.*, déc. 1913, t. XIX; — C. R. in *Journ. de chir.*, 1914.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'UNIVERSITÉ DE BELGRADE
Directeur : Professeur A.-J. IGNATOVSKY.

UN CAS DE POLYSÉROSITÉ
AVEC NOYAUX TUBERCULEUX DANS LE CERVEAU

Par R. A. PAVLOVITCH.

La tuberculose des séreuses, d'après nos observations dans la clinique du professeur Ignatovsky, est relativement fréquente dans nos régions. Dans le cas qui nous intéresse nous exposons d'une manière très raccourcie une observation qui nous semble intéressante, surtout au point de vue de l'évolution de la maladie, sans commentaires éloignés.

S. M..., dix-huit ans, cultivateur, né au Monténégro.
Entré à la clinique le 11 mai 1924.

Signes importants. — Au moment de l'entrée à la clinique : diarrhée, douleurs vives dans l'abdomen, en outre points de côté à droite du thorax, tousse un peu sans expectorer.

A eu la fièvre typhoïde étant enfant. Mère morte de la grippe en 1918. Père, frère, sœur en bonne santé.

Entérite banale. Pleurésie sèche droite. Péricardite avec exsudat. — *Examen objectif.* — 167 centimètres grand, développement osseux moyen, malingre, assez pâle, légère cyanose des lèvres et des extrémités, périmètre de la cage thoracique 83 centimètres, index Becher-Lehnoff 80,6. Sur le cou, des deux côtés, on perçoit au toucher des glandes petites et molles.

Température normale.

Poumons : percussion normale de partout; le diaphragme se meut normalement d'un côté et de l'autre. La respiration est vésiculaire, un peu plus rude au sommet droit. Dans le troisième espace intercostal droit, à 2 centimètres du bord droit du sternum, léger frottement pleurétique.

Cœur. — Le battement de la pointe du cœur est invisible et impalpable. Le bord droit commence à 3 centimètres à droite du bord droit du sternum, dans le cinquième espace intercostal; le gauche, à 1 centimètre en dedans de la ligne mamelonnaire. *Bruits* très faibles, s'entendent à peine, se perçoivent le mieux à la base; le deuxième bruit de l'artère pulmonaire est accentué.

Pouls : petit, mou, quelquefois arythmique, pression sanguine 105,75 (d'après Kovotchko).

Foie : commence à la sixième côte et dépasse le rebord costal de 2,5 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

Rate : n'est pas augmentée de volume. *Abdomen* libre.

Système nerveux normal.

Sang. — Hématies, 5.000.000; leucocytes, 4.480; hémoglobine, 87 p. 100 (Sahli); index, 0,87. Formule leucocytaire : neutrophiles, 60 p. 100; mononucléaires, 3 p. 100; lymphocytes, 37 p. 100; éosinophiles, 0; basophiles, 0; Bordet-Wassermann négatif; vitesse de sédimentation des hématies (Fahräens), 40 millimètres.

Urine. — A part quelques traces d'urobilinogène et d'urobiline on ne trouve rien de pathologique.

COURS DE LA MALADIE ET THÉRAPEUTIQUE. — Sa diarrhée s'arrête le premier jour de son entrée.

Le malade reçoit quotidiennement des injections de strychnine (0,0005).

17 mai. *Cœur.* — A la pointe et à la base le premier temps est dédoublé, les bruits un peu plus accentués. A la radioscopie le cœur est augmenté de volume dans tous les sens, mais la silhouette n'a pas la forme typique triangulaire, comme dans la péricardite exsudative.

Température normale.

20 mai. La température oscille entre 37°8-39°.

Poumons. — A la base droite et en arrière matité à la percussion, vibrations diminuées, murmure vésiculaire affaibli.

Pleurésie avec exsudat à droite. — *Cœur.* — Le même que les jours précédents.

21 mai. Température, 38°4-39°2. Poumons, cœur sans changement.

Péritonite avec exsudat. — *Abdomen* gonflé, un peu météorisé. Dans la partie inférieure, sur les côtés, matité à la percussion. Dans les parties supérieure et moyenne : tympanisme. Fluctuation nette d'une collection liquide libre dans la cavité péritonéale.

Le *foie* est palpable à trois travers de doigt au-dessous du rebord costal. Le malade a des douleurs aux environs du foie et en arrière, au-dessous de l'omoplate droite.

Urine. — Diazo +, urochromogène +.

(Application sur l'abdomen d'onguent gaïacolé.)

Faible accès d'épilepsie jacksonienne. — *Le malade a eu le matin des trémulations dans les doigts de la main gauche qui ont commencé par le petit doigt et puis se sont étendues à toute la main. Le malade ne se plaint pas de la tête.* (Strychnine supprimée.)

Fort accès d'épilepsie jacksonienne. — 22 mai. L'exsudat pleurétique du côté droit augmente, le cœur est le même.

23 mai. Le malade a eu, le matin, un fort accès qui a commencé par un grand cri et par de légères convulsions cloniques dans la main gauche qui sont devenues de plus en plus fortes et sont passées à la jambe gauche et à la moitié gauche de la face, et plus tard à la moitié droite du corps; alors il a perdu connaissance. Après cinq minutes l'accès a pris fin, les pupilles ont réagi à la lumière; réflexes plus accentués à gauche qu'à droite. La langue montrait une déviation à gauche. Babinski, 0. Kernig, 0. Cou libre, pas de sensibilité circonscrite de la tête. Mêmes accès mais beaucoup plus faibles et sans perte de connaissance, localisés seulement à la main droite, se sont renouvelés dans l'espace du même jour et des deux jours suivants plusieurs fois (Luminal $2 \times 0,1$).

26 mai. Il n'y a plus de convulsions. Le malade se plaint de fortes sueurs nocturnes. Température, 38°8. Aux *poumons*, même état; l'*abdomen* s'affaisse, plus mou, moins de liquide.

27 mai. Le malade présente du côté gauche, en arrière, un exsudat pleurétique. Au sommet droit, râles sous-crépitants fins. Epanchement péritonéal en voie de résorption.

Pleurésie avec exsudat à gauche. — 5 juin. En arrière, sur tout le poumon droit, matité à la percussion et souffle pleurétique. Au sommet droit, râles sous-crépitants fins. Poumon gauche dans le même état.

Cœur. — Le bord gauche est à 4 centimètres en dehors du mamelon, le droit comme avant. Le deuxième bruit de l'artère pulmonaire est accentué. Lèvres un peu cyanosées. Dans l'abdomen, même dans la position genu-pectorale, on ne perçoit pas de liquide libre.

Foie à deux travers de doigts au-dessous des côtés.

8 juin. De la cavité pleurale droite sont retirés 500 centimètres cubes de liquide clair, séreux. Rivalta +. Dans le sédiment, lymphocytose.

10 juin. *Cœur.* — Le bord gauche a 3 centimètres en dehors de la ligne mamelonnaire. Le malade se sent assez bien, seulement il a de fréquentes envies de tousser. Jusqu'au 15 juin on entend des frottements pleurétiques du côté droit du poumon.

Température s'abaisse quelquefois et à partir du 15 juin on entend de gros frottements du côté droit.

Hémoptysie. — 17 juin. Le malade sent des points de côté à droite et à gauche aux environs des mamelons ; 2 fois il a craché du sang pur. *Température*, 37°9-38°3. *Pouls*, 100. On n'a pas trouvé de bacilles de Koch dans les crachats.

19 juin. On palpe la rate immédiatement au-dessous du rebord costal, sensible.

Fort accès d'épilepsie jacksonienne. Commencement d'hémiparésie gauche. — 26 juin. Le matin, quand il a voulu se lever, le malade a perdu connaissance, il est tombé, a eu des convulsions cloniques, d'abord à la main gauche, puis aux deux mains et aux jambes. Une écume sanguinolente lui est venue à la bouche. Pupilles élargies. Les convulsions ont duré environ trois minutes et la perte de connaissance environ une demi-heure. Pas d'émission d'urine. Ensuite, il a, chaque jour, de deux à trois petits accès qui se localisent seulement à la main gauche sans perte de connaissance. Dans les intervalles, il sent de la faiblesse générale. Du côté gauche, le sillon naso-labial devient moins apparent et sur les extrémités gauches se développe petit à petit l'hémiparésie avec de l'atrophie musculaire.

Poumons. — Frottements pleurétiques sur les deux côtés, en outre frottements pleuro-péricardiques. A la radioscopie la silhouette du cœur est moindre, également, dans tous les sens, qu'à la radioscopie du 17 mai.

Dysarthrie. — 4 juillet. Petites convulsions quotidiennes. Parole devenue difficile. Garde sa connaissance.

6 juillet. Examen ophtalmologique : le fond de l'œil est normal des deux côtés (docteur Kostitch).

10 juillet. Ponction lombaire, pression assez forte. Retiré 20 centimètres cubes de liquide transparent. Albumine n'est pas augmentée. Pandy négatif. Il n'y a pas de pléocytose. Wassermann négatif.

14 août. Il a constamment de petits accès, quelquefois le tic facial, de la moitié gauche seulement. Dans la partie fessière gauche s'est montrée une tuméfaction d'environ 5 centimètres de long sur 3 de large, rouge, très sensible, qui a spontanément disparu en une semaine.

16 août. Le soir, la nuit et le 17 août, convulsions dans la main et à la face avec secousses de la tête entière à gauche.

Poumons. — Les frottements demeurent seulement au sommet gauche, d'ailleurs la respiration est bruyante aux deux sommets avec expiration prolongée.

Jusqu'au 16 septembre il a tous les jours de petits accès et même plusieurs fois par jour. Quelquefois seulement à la moitié inférieure du corps. Après l'accès la dysarthrie augmente et plus tard diminue. La température est tout le temps subfébrile (jusqu'à 38°5).

Hémiparésie très accentuée avec atrophie des muscles.

16 septembre. A sa demande expresse le malade sort de la clinique, mais il a un accès dans la rue et revient à l'hôpital.

19 septembre. Les accès sont plus légers, mais plus fréquents. Le malade se plaint d'un fort mal de tête, surtout dans la région temporo-pariétale du côté droit. Dysarthrie n'existe plus.

25 octobre. Le malade est envoyé à la clinique chirurgicale pour l'intervention chirurgicale avec le diagnostic : tumeur cérébrale dans la région de la frontale ascendante droite.

10 octobre. Le malade est opéré par le docteur général Mikhaïlo Petrovitch, professeur.

Opération. — Sur le tiers inférieur de la frontale ascendante droite on voit une place plus opaque, d'une couleur gris jaune de la grandeur d'une noisette, de consistance nettement plus ferme que le tissu environnant. On a pratiqué l'énucléation d'une tumeur de l'écorce cérébrale de la grandeur d'une noisette et d'une autre de même grandeur, de la profondeur.

Examen histologique. — Tubercule solitaire avec nécrose caséeuse au centre et couronne de follicules miliaires à la périphérie (avec des cellules géantes, épithélioïdes et des lymphocytes).

15 novembre. La plaie est cicatrisée par première intention. Les drains sont enlevés. Des accès plusieurs fois par jour, mais plus faibles qu'avant l'opération.

Amélioration. — A partir du 25 novembre pas d'accès, ils se font sentir quelquefois dans les muscles thoraco-abdominaux. Les contractures de la joue gauche durent toujours.

A partir du 15 décembre les contractures même ne se montrent plus. Jusqu'au 9 janvier 1925 le patient a engraissé de 7 kilos. Sa température n'atteint 37°3 que rarement, normale d'ailleurs. Il mange et dort bien et va par sa chambre. Marche hémiparésique. Pas de céphalée. Se sent bien.

Le 30 janvier commence à sentir de la céphalée et quelquefois perte de connaissance. La nuit il a quelquefois de faibles trémulations. La céphalée lui passe spontanément ou bien après administration de 0g5 de brome.

A partir du 1er mars la céphalée est quelquefois très forte, on doit alors recourir aux analgésiques. Pas d'accès.

Nouveaux accès. Mort. — Dans la nuit du 24 mars il a eu un fort accès, une demi-heure sans connaissance, tout le côté gauche convulsé. Défécation pendant l'accès. Avec le luminal les accès ont pris fin, mais il a toujours une forte céphalée avec de fréquents vomissements.

A partir du 30 mars il devient apathique. Il regarde devant soi, les yeux exorbités, pendant une journée entière, sans parler. Il répond lucidement aux questions. Il ressent de la céphalée, mais ne se plaint pas. Ne demande aucune nourriture, mais mange ce qu'on lui donne. Grand appétit. Incontinence fécale et urinaire. Dans l'urine obtenue par cathétérisme : pas d'albumine, diazo négatif.

4 avril. Raideur de la nuque. Kernig positif. Même état par ailleurs.

A partir du 9 mai il ne voit rien. Les yeux sont ouverts, mais il ne distingue pas la lumière de l'ombre. Nuque complètement raide. Ne peut plier la jambe gauche. Se tait tout le jour. Il répond aux questions lentement mais précisément. Température, 37°8 ; pouls, 150. L'escarre du coccyx apparaît. A la base des poumons la respiration est affaiblie et on constate quelques râles sous-crépitants.

A partir du 18 mai il est sans connaissance, avec de très courts moments de lucidité. La température monte à 38°8.

2 juin. Mort.

Diagnostic anatomo-pathologique. — **Méningite basilaire, tuberculose miliaire du cerveau avec** ***colliquation de l'hémisphère droit*****, œdème du cerveau. Pleurésie avec adhérence des deux côtés et de la base gauche. Augmentation des glandes péribronchiales des deux côtés, surtout à gauche. Quelques infiltrations tuberculeuses cicatrisées dans les lobes supérieurs des deux poumons, surtout à gauche.** ***Les sommets des poumons sont libres.*** **Pneumonie hypostatique des poumons et œdème.** ***Adhérence totale du cœur avec le péricarde.*** **Infiltration graisseuse du cœur. Hypertrophie chronique de la rate. Dégénérescence graisseuse du foie. Stase veineuse dans les reins et le foie.**

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 21 septembre 1925)

La gymnastique oculaire appliquée au traitement de l'amblyopie ex-anopsia et du strabisme qui en dérive. — M. J. Roger d'Ansan. Les expériences poursuivies par l'auteur depuis 1917, époque à laquelle il a publié les résultats déjà obtenus chez les myopes par la gymnastique oculaire, l'ont amené à constater les avantages que l'on doit attendre d'une méthode basée sur l'activité fonctionnelle dans les cas où, comme dans l'amblyopie ex-anopsia, il existe un affaiblissement de l'acuité visuelle.

Cette infirmité, qui date du premier âge, n'affecte généralement qu'un seul œil et provient d'une absence de fonctionnement de l'organe.

Pour obvier aux inconvénients dont cette inaction était la conséquence, les ophtalmologistes s'étaient jusqu'à ce jour adressés à la méthode palliative, en prescrivant aux malades des verres qui rectifiaient tant bien que mal l'acuité visuelle, sans jamais réaliser la guérison.

Avec un appareil gymnastique dont il est l'auteur, M. J. Roger d'Ansan apporte au contraire un moyen curatif car il permet la mise en valeur des muscles intrinsèques et extrinsèques de l'appareil oculaire, constituant ainsi une véritable rééducation de la vue. Cette méthode présente le double avantage, non seulement de rétablir la fonction organique endormie, mais encore de corriger souvent le strabisme plus ou moins marqué qui est le corollaire fréquent de l'amblyopie.

Le traitement consiste dans une série de pressions exercées journellement et pendant dix minutes sur le globe oculaire fermé et l'on enregistre après chaque séance une augmentation de l'acuité visuelle qui varie de 20 à 50 centimètres en moyenne. En outre, au fur et à mesure que son acuité s'améliore on remarque que l'œil amblyope est insensiblement ramené vers son axe et que la diplopie tend de plus en plus à faire place à la fusion des deux images.

La réapparition des foyers de fièvre aphteuse et la conservation du virus dans la nature. — M. Ch. LEBAILLY.

PRATIQUE MÉDICALE

SUR L'ACTION CARDIOTONIQUE DU SCILLARÈNE EN PARTICULIER DANS LES TROUBLES DE DÉFAILLANCE DU CŒUR (1)

Par le docteur Pierre VAUTRIN (de Paris).

Quand on parcourt l'ensemble des travaux parus en cardiologie sur l'action de la digitaline cristallisée, des strophantines, de l'ouabaïne, il semble que tout a été dit sur la thérapeutique cardio-vasculaire. Il y a cependant des cas où l'action de ces substances actives est prise en défaut. Si, en effet, on suit attentivement les faits cliniques, on s'aperçoit que, parmi les malades asystoliques, il en est un certain nombre qui n'éprouve de la digitaline et des strophantines qu'un faible soulagement. Des constatations analogues ont été faites dans le traitement des symptômes de défaillance apparaissant sur des cœurs séniles atteints de myocardite chronique.

Il y a donc des malades sur lesquels digitaline et ouabaïne n'agissent pas ou n'agissent plus. Or, le glucoside cristallisé, principe actif isolé par Stoll et Suter du bulbe de la scille, ramène, dans ces cas, la compensation et fait disparaître les troubles physiques, fonctionnels et généraux de la cardiopathie. Ces faits fort intéressants pour la pratique médicale ont été déjà signalés par nombre d'auteurs, en particulier par Joz, Alba Alvarez, Gabriel Perrin, Harvier, Géronne, Kraus, Berger, Calac, Fritz Sacki, Fahrenkamp, Carcy, Dazzi Angelo. Ils méritent d'être examinés de près, et c'est ce que nous avons fait par une observation soigneuse.

Déjà en 1921, Aube, étudiant dans sa thèse inaugurale les propriétés et les indications de l'ouabaïne, montrait que ce principe actif n'agit pas lorsqu'il existe des barrages périphériques venant, soit des vaisseaux, soit du rein, soit du foie. Pour cet auteur, l'existence d'un pareil obstacle est une contre-indication à l'emploi du médicament. Nous savons aussi que, dans les asystolies anciennes compliquées d'ascite ou de sclérose hépatique, de barrage rénal, la digitaline agit mal ou n'agit pas.

C'est dans cet ensemble de cas que nous préconisons l'usage du scillarène à doses élevées (5 à 8 comprimés à un demi-milligramme par vingt-quatre heures, ou bien 5 à 8 fois 15 gouttes d'une solution dont 1 centimètre cube = un demi-milligramme). Dans les cas particulièrement graves, nous avons obtenu d'excellents résultats en injectant dans les veines deux à trois ampoules de 1 centimètre cube par vingt-quatre heures, chacune de ces ampoules de 1 centimètre cube étant dosée à $0^{mmg}17$ de glucoside cristallisé.

Dernièrement, Carcy (de Toulouse) a publié plusieurs observations analogues aux nôtres. Il s'agit de cœurs séniles en état d'asystolie complète avec œdèmes développés et fort barrage rénal. Il s'agit aussi de défaillances cardiaques par myocardite chronique chez des vieillards.

La digitaline et l'ouabaïne avaient totalement échoué et le scillarène, aux doses indiquées, ramena, en quelques jours, la compensation. Nous avons personnellement observé sept cas semblables, et, avec le docteur Carcy, nous pensons que ces résultats sont dus à ce fait que le glucoside de la scille agit dans l'asystolie avec gros œdème, tout à la fois par ses propriétés cardiotoniques et directement diurétiques sur l'épithélium du rein.

Sous cette dernière influence, le barrage rénal diminue, facilitant l'action cardiotonique, c'est-à-dire le renforcement de l'énergie et de l'amplitude systolique avec l'allongement de la diastole (Gabriel Perrin).

Les propriétés cardiotoniques du scillarène sont ainsi mises en jeu, alors que celles des autres digitaliques sont inactives. Or, ces propriétés cardiotoniques sont, en tout point, comparables à celles de la digitaline, car, ainsi que le dit Joz dans sa thèse inaugurale faite dans le service de M. le professeur Carnot : « Le scillarène exerce son action sur la fonction d'excitation sinusale qu'il réfrène, sur la fonction de conductibilité qui se trouve diminuée et sur la fonction d'excitabilité qu'il augmente. » D'ailleurs, Joz a également signalé l'action asystolique du glucoside de la scille. Il préconise ce médicament dans les cas d'accoutumance à la digitaline et chez les malades qui, sans avoir été digitalisés trop copieusement, sont cependant réfractaires à l'action du médicament. Le professeur Gabriel Perrin est également de cet avis.

En résumé, il faut reconnaître que nous possédons, à l'heure actuelle, pour lutter contre l'asystolie, surtout par insuffisance ventriculaire droite, et les troubles dus à la myocardite chronique, trois puissantes médications.

Tout d'abord, d'une façon générale, la digitaline et l'ouabaïne, et aussi, dans un assez grand nombre de cas, le scillarène *à dose forte*.

Ce dernier cardiorénal doit donc être placé sur le même rang que les deux premiers, avec cette différence, qu'étant sans danger d'accumulation et sans inconvénients secondaires, son usage pourra être prolongé aussi longtemps que cela est nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

ALBA ALVAREZ. *Los Progressos de la Clinica*, oct. 1924. — AUBE. *Th. de Montpellier*, 1921. — BERGER (Alfred). *Münch. med. Woch.*, 1925, n° 26. — CALAC. *Th. de Toulouse*, 1923. — CARCY. *Bull. méd.*, 23 mai 1925. — DAZZI (Angelo). *Cuore et Circolazione*, 1925, f. 3. — FAHRENKAMP. *Med. Brugsch.*, Bd VI. — SACKI (Fritz). *Deut. med. Woch.*, 11 janv. 1924. — GERONNE. *Die Therapie der Gegenwart*, 1925. — HARVIER. *Cours de thérapeutique de la Faculté de Paris*, 16 janv. 1924. — JOZ. *Th. de Paris*, 1924. (Travail du service de M. le professeur Carnot.) — KRAUS. *Klin. Woch.*, 1922, n° 9. — PERRIN (Gabriel). *Gaz. des hôpit.*, 1923, n° 55.

(1) Communication faite au XVIIIe Congrès français de médecine, tenu à Nancy du 16 au 19 juillet 1925.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925.

I. DOCTORAT D'ÉTAT. — 120. ALES. — Le traitement arsenical de quelques protozooses intestinales.

117. AUBERT. — Le rôle pathogène des lamblia.

121. BACHMANN (Mme), née Hatat. — Contribution à l'étude clinique de l'infarctus du myocarde.

128. BACHMANN (Maurice). — Syndrome de néphrite chronique hypertensive et azotémique dans la tuberculose rénale.

48. BAILLAT. — Syphilis et tuberculose cutanées.

95. BAUSSILLON. — Les groupes sanguins de la mère et du nouveau-né.

100. BAYON-DENOYER. — Contribution à l'étude de la méthode de Willems dans le traitement des arthrites suppurées du genou.

15. BELLET. — Contribution à l'étude de la glycorachie.

75. BEN SADOUN. — Contribution à l'étude des corps étrangers de la glande sous-maxillaire et de son canal excréteur.

125. BOCH. — La cholécystectomie à chaud dans les cholécystites calculeuses aiguës.
58. BOLZINGER. — Contribution à l'étude d'une eau minérale radio-active. La source des Romains de Sail-les-Bains.
132. BOUCHET. — Torsions intraabdominales du grand épiploon.
18. BROUSSES. — Contribution à l'étude des fractures de l'extrémité supérieure du fémur chez l'enfant et l'adolescent.
17. BROUSSOLLE. — Le lymphosarcome médiastino-pulmonaire.
138. CAMPANA. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des tumeurs sacro-coccygiennes de l'enfant.
112. CARRÉ. — Essai d'alimentation des tuberculeux par les hydrocarbonés sous forme de bouillies maltosées.
119. CARTOUX. — Condition des courtisanes à Avignon du XIIe au XIXe siècle.
81. CHABANNES. — Essai de statistique des teignes de la région lyonnaise.
67. CHAPUIS. — L'uretère bifide.
60. CHARBONNIER. — Les hémorragies du nouveau-né, traitement par la transfusion du sang.
91. CHARLEUX. — Diabète infantile et insuline.
126. CHARPIOT. — Traitement de l'appendicite aiguë, appendicectomie systématique.
16. CHAUZY. — Les formes nerveuses de l'endocardite maligne à évolution lente.
56. CHAVIALLE. — Contribution à l'étude de la méningococcie à forme foudroyante.
105. CHEVASSUS (Mlle). — Prophylaxie de la tuberculose pulmonaire chez les écoliers.
82. CLAVEAU (Mme), née Bergeret-Jeannet. — Contribution à l'étude de la maladie de Landry dans la fièvre typhoïde.
130. CLÉMENT. — Contribution à l'étude de la rupture spontanée pendant la grossesse d'un utérus antérieurement césarisé.
72. CLERC. — Le délire fantastique.
74. COLMEZ. — Contribution à l'étude des rétentions biliaires dissociées. Valeur de la réaction de Hay.
113. CONSTANTINESCO (Mlle). — Contribution à l'étude du cancer de l'estomac revêtant la symptomatologie du cancer du rectum.
13. COUTURIER. — Les ruptures de la vessie consécutives aux fractures du bassin.
133. CREBASSA. — Ostéites à bacille d'Eberth consécutives à une éberthémie à type d'ictère infectieux.
96. CREYSSEL. — Greffes osseuses dans le mal de Pott chez l'adulte.
43. DARY. — Sur la rage à incubation prolongée.
12. DEBÉNÉDETTI. — Fibromes utérins et tumeurs ovariennes.
76. DEBOURG (Mlle). — Contribution à l'étude des endocardites d'origine bucco-dentaire.
65. DEMASLES. — Contribution à l'étude des glycéro-arséniates.
106. DESPEIGNES. — Menstruation et tuberculose.
59. DINICHERT. — Pneumothorax à étages, hydro et pyopneumothorax superposés.
34. DOLARD. — Lésions infectieuses de l'os intermaxillaire.
11. DUPAYRAT. — De la gastro-entérostomie juxta-ligamentaire et paramarginale.
123. ELDIN. — Néphrites aiguës et subaiguës chez les tuberculeux pulmonaires.
39. ESTIVAL. — Traitement de l'insomnie et de la douleur par l'iso-propyl-propényl-barbiturate d'amidopyrine.
122. EXALTIER-BADIN. — Des troubles sympathiques associés aux ostéo-arthropathies syringomyéliques et tabétiques.
5. FARJOT. — Syphilis lacrymale.
32. FIGUIÈRE. — L'épilepsie dans l'œuvre de Dostoïevsky.
45. FINANCE. — Traitement de la gangrène pulmonaire par la sérothérapie antigangréneuse et l'autovaccinothérapie.
97. FOUILLOUZE. — Le méningoblastome du nerf optique et son ablation avec conservation de l'œil.
71. FRICHEMENT. — Contribution à l'étude des hémiatrophies diaphragmatiques gauches.
50. FULCRAND. — Lésions latentes naso-sinusiennes et nerf optique.
36. GALLOIS. — Mort subite ou rapide dans la méningococcie.
2. GARCIN. — Des résultats éloignés de la triple opération pour prolapsus utéro-vaginal.
107. GAUTHIER. — Contribution à l'étude des formes larvées de la dilatation des bronches chez l'adulte.
129. GAYET. — Essais d'autohémothérapie dans le bubon consécutif au chancre simple.
24. GÉLARD. — Du traitement sanglant des luxations anciennes du coude par l'arthrotomie transolécranienne.
29. GÉLIS. — Néphrite aiguë rhumatismale.
31. GERMAIN. — La scopolamine dans les syndromes parkinsonniens et extrapyramidaux.
47. GIGNOUX. — La menstruation dans les grossesses tubaires.
83. GIRARD. — Etude sur les cornes des paupières.
68. GISCARD. — Les symptômes oculaires du tabes juvénile.
111. GOUTEYRON. — Six ans de lutte antisyphilitique à Saint-Etienne.
92. GRIVET. — Sur l'asthme bronchique infantile.
28. GROBERT. — Contribution à l'étude de l'anesthésie épidurale.
57. GUIGONNET (Mlle). — Contribution à l'étude expérimentale comparée du soufre colloïdal et des eaux minérales sulfureuses.
9. GUILLAT-COURRIER (Mlle). — Contribution à l'étude de la maladie du sérum. « L'adénite sérique ».
101. GUILLERMET (Mlle). — Contribution à l'étude physico-chimique du sérum sanguin chez l'homme.
1. HARISPE. — Réflexions sur la technique de la laminectomie dans les tumeurs intrarachidiennes.
53. JABOT. — Contribution à l'étude des hémorragies intradure-mériennes posttraumatiques tardives.
37. JACOB. — La criminalité des vieillards.
30. JAMMES. — Contribution à l'étude de la forme ascitique du cancer de l'estomac.
54. JAUBERT DE BEAUJEU. — Contribution à l'exploration radiologique de la région mastoïdienne par la voie transbuccale.
61. JAULMES. — La cellule pulmonaire. Son histophysiologie normale et pathologique.
131. KŒHREN. — Des présentations du bregma.
10. LACHAISE. — Zona ophtalmique et zona maxillaire supérieur.
102. LANÇON. — Contribution à l'étude des ruptures intra-péritonéales de la vessie.
14. LANET. — Etude médico-légale des fractures partielles de la colonne vertébrale.
69. LEFRANÇOIS. — Contribution à l'étude des résultats éloignés dans le traitement des fibromes utérins.
85. LÉGER. — Contribution à l'étude de la névralgie ascendante traumatique.
73. LÉPINE. — Les conditions sanitaires dans l'Amérique tropicale.
135. LESBATS. — Le mal de mer et sa pathogénie.
108. MALLET-GUY. — Pancréatites chroniques avec ictère.
94. MANHÈS. — Contribution à l'étude des ulcères récidivants postopératoires.
103. MARCHAND (Mlle). — Des injections intratrachéales de lipiodol.
80. MARTIN. — Des indications de la splénectomie dans les maladies du sang et des organes hématopoiétiques.
33. MAULIN. — Vols pathologiques et épilepsie.
64. MAURY. — Contribution à l'étude du traitement de la hernie diaphragmatique étranglée et sphacélée.
44. MAZEYRIE. — Contribution à l'étude de la lèpre en France. La lèpre en Bas-Limousin.
49. MERCIER. — La thrombo-phlébite des sinus caverneux secondaire aux affections septiques d'origine dentaire.
78. MICHEL. — Contribution à l'étude du traitement du cancer du rectum. Procédé d'Hartmann.
115. MOLLON. — Etude des complications rénales au cours de la diphtérie.
109. MONDAN. — Résultats éloignés de la résection du genou pour tumeur blanche; opérés d'Ollier de 1882 à 1897.
87. MOULIN. — Sur un cas de tumeur du duodénum développée aux dépens des éléments neuro-musculaires de la musculaire muqueuse.
118. MOUNET. — Syndrome angineux avec autopsie.
86. MUGNIÉRY. — De la gastrostomie prépylorique dans le

traitement des ulcères de la partie supérieure de l'estomac.

23. NOVEL. — Contribution à l'étude des troubles provoqués par la thoracoplastie étendue dans la statique et la dynamique du squelette et du médiastin.

55. NOYER. — Le médecin et l'orientation professionnelle des apprentis.

70. PACAUD. — Des récidives après myomectomie abdominale.

8. PALIARD. — Des péritonites séreuses enkystées dans le pelvis.

62. PANSU. — Torsion des kystes parovariens et hémorragie intrapéritonéale.

20. PARTY. — Des blessures de l'œil par plombs de chasse.

26. PASCAL. — De l'épithélioma de la vessie dans ses rapports avec le rétrécissement de l'urètre.

19. PASSAGER. — Contribution à l'étude des tumeurs mélaniques du limbe scléro-cornéen.

93. PAUPERT-RAVAULT. — Formes cliniques des oblitérations artérielles des membres.

84. PELLORCE. — Diagnostic de la tuberculose pulmonaire fibreuse.

6. PERRIN (Maurice). — Les reliquats hyaloïdiens; leur étude à l'aide des appareils de Güllstrand.

127. PERRIN (René). — Des phlébites et embolies consécutives aux opérations des fibromes utérins.

21. PEYRÉ. — Kératite interstitielle et syndrome hérédo-syphilitique.

98. PICAULT. — Le zona ophtalmique syphilitique.

104. PITAVY. — Ruptures du segment inférieur de l'utérus guéries sans intervention chirurgicale.

137. POLLOSSON. — Contribution à l'étude des tumeurs des parties molles des membres.

90. PONCET. — Vaccination obligatoire ou vaccination facultative contre les maladies typhoïdes et contre le choléra dans vingt-huit pays d'Europe.

22. PROVOST. — Des résultats éloignés de 100 opérations de cataracte sénile.

3. RATON. — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie de la fièvre de Malte.

41. REISSIER. — De la rigidité parkinsonnienne.

116. REY. — Les formes périphériques de l'encéphalite épidémique.

51. ROBIN. — Etude médico-légale des accouchements par surprise.

7. RONCHOT. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum chez les arabes de Tunisie.

40. ROUCAUTE. — Des syndromes infundibulo-tubériens ou hypophysaires au cours de l'encéphalite épidémique.

124. ROUGEMONT (DE). — Opération de Maurice Pollosson. Dérivation des matières dans le traitement du cancer du rectum.

4. RULLIÈRE. — Association du bacille de Koch et du pneumocoque dans la tuberculose pulmonaire.

114. SAULGEOT. — Zona et varicelle.

88. SAUTEREAU. — L'endocardite maligne à forme d'insuffisance aortique.

52. SAUVAGET. — Contribution à l'étude du cancer bilatéral du sein.

66. SÉDALLIAN. — Etude sur les streptocoques hémolytiques pathogènes pour l'homme.

38. SILIE. — Antoine Louis (1723-1792), sa vie et son œuvre.

79. THÉOBALT (Mlle). — L'athrepsie par carence.

77. THÉVENON. — L'ostéotomie sous-trochantérienne à butée pelvienne.

134. TOURNADRE. — Contribution à l'étude du traitement des varices des membres inférieurs.

63. TRIBOULEY. — Essais sur les indications thérapeutiques dans les fibromes utérins.

46. TRICOIRE. — Contribution à l'étude des abcès rétro-vésicaux.

89. VACHER. — Le chancre syphilitique de la conjonctive palpébrale.

136. VACHEY. — Les myomes rouges de l'utérus.

110. VADELLA (Mlle). — Les salpingites des femmes âgées.

35. VIDAL. — L'orchi-épididymite des prostatectomisés et la ligature préventive du canal déférent.

42. VUILLAUME. — Les dysarthries.

25. WILLEMIN. — Les conditions de développement des ulcérations trophiques.

99. ZILBERBLATT. — Contribution à l'étude de la tuberculose de la cornée.

27. ZUMBIEHL. — Tuberculose rénale et mal de Pott.

II. DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. (*Mention médecine.*) —

226. KOURÉTAS. — Syndrome angineux dans les cardiopathies valvulaires endocardiques.

225. MAVRIKOS. — Valeur thérapeutique de l'abcès de fixation dans l'encéphalite épidémique.

232. MIGALLI. — De la ménopause retardée dans les myomes utérins.

231. MOSKOVTCHENKO. — Etude sommaire sur l'assistance aux aliénés dans les colonies.

230. PAÏZIS. — Traitement des gangrènes humides des diabétiques par la diathermie.

227. PETROPOULOS. — De l'étranglement de l'intestin grêle dans le prolapsus du gros intestin au niveau des anus contre nature.

233. PHARAONY. — Des autovaccins dans les urétrites chroniques.

228. SPASSITCH. — De l'incision iliaque basse transversale dans la technique de l'appendicectomie.

229. STOÏKOVITCH. — Des perforations spontanées de la vésicule biliaire en péritoine libre.

LIVRES NOUVEAUX

La mélancolie : Clinique et thérapeutique (1), par R. BENON, ancien interne de la Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris, médecin du quartier des maladies mentales de l'hospice général de Nantes.

Après quelques pages sur l'historique et l'étiologie, l'auteur s'attache à étudier spécialement la mélancolie vraie, dont l'origine est précise autant que la symptomatologie, et qui, bien traitée, guérit dans la très grande généralité des cas, soit à l'asile, soit dans la famille. — La mélancolie proprement dite, différente du simple syndrome mélancolique, se développe sous l'influence d'un chagrin, d'un état de tristesse, déterminé par l'idée d'un mal passé, d'un malheur subi, d'un revers éprouvé, etc. Elle est caractérisée par l'apparition d'idées délirantes d'auto-accusation, de culpabilité, d'indignité, de ruine, de damnation, avec interprétations absurdes, illusions, hallucinations; elle se complique alors d'anxiété, d'énervement, d'idées de suicide, etc. L'accès est curable, sauf complications. La récidive est exceptionnelle. La maladie revêt des formes variées : mélancolie major ou délirante, mélancolie minor sans délire, mélancolie stupeur, mélancolie anxieuse, etc. — Comme complications, il importe de signaler : le syndrome de Cotard, l'évolution vers l'hypocondrie, le délire de persécution, la « démence » chez les jeunes sujets, etc. — Au point de vue diagnostic, il faut la séparer surtout : de l'asthénie périodique (dépression mélancolique des auteurs), de l'hypocondrie, de la neurasthénie par surmenage, des asthénies secondaires qui sont multiples, de l'hyperthymie anxieuse, avec ou sans délire, de l'ennui, etc. — Thérapeutiquement, on peut presque dire que tous les mélancoliques vrais, s'ils étaient bien soignés, guériraient. Le traitement est moral et physique; le traitement moral est de beaucoup le plus difficile, mais le plus important. Il faut créer autour du malade un milieu convenable et toujours se montrer, avec lui, doux, bienveillant, calme, patient. L. G.

Le sinus sphénoïdal. Anatomie, exploration, chirurgie, par Georges CANUYT, professeur de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Strasbourg, et Jean TERRACOL, chef de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de Strasbourg. Un volume de 278 pages avec 134 figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie,

(1) Un volume in-16 de 154 pages. Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 80. — MERCREDI 7 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. MERCREDI 7 OCTOBRE 1925. — N° 80.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE.* . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Liste alphabétique des candidats admis à l'épreuve orale :

1. M. Ab-El-Nour, Abricossoff (Mlle), MM. Alibert, André, Armand, Aubriet, Augier, Avril, Azalbert, Bachelier,

11. Baillis, Baldy, Mlle Bardy, MM. Baron (Pierre), Baron (François), Barthes, Barragué, Mlles Bastien, Baudry, MM. Béal,

21. Beaugeard, Beaux, Béraudy, Berdet, Bergouignan, Berton, Bertrand (Pierre), Bidoire (André), Blanche, Mlle Boegner,

31. MM. Bompart (Henri), Briau (Louis), Brongniart, Mlle Brosse, M. Bucquoy, Mlle Bucsan, MM. Buisson, Bureau (Robert), Bureau (Yves), Busser,

41. Cadilhac, Mlle Cahen, MM. Cahen (Robert), Calmels, Canonne, Carvaillo, Casaubon, Cazès, Chadourne, Champenois,

51. Chaperon, Chauveau, Chazel, Mlle Choquart, MM. Chureau, Cofino, Cohen-Deloro, Colin, Cordier, Corman,

61. Coudrain, Cournand, Couvelaire, Mlle Cuénin, MM. Darfeuille, Darré, Mlle Dartin, MM. Davioud, Degos, Delage,

71. Delthil, Delvaille, Deransart, Derot, Mlle Desbrousses, MM. Descomps, Desgrez, Deslandres, Desoille, Dublineau,

81. Ducas, Dulac, Duminil, Duncombe, Dupuy, Elbaz, Even, Falaize, Faraut, Farret,

91. Fenal, Ferrand, Filliol, Flahault, Fleury (Jean), Folliasson, Fouquet, Fourniat, Frantz, Mlle Frey,

101. MM. Funck, Gallais (Pierre), Ganem, Garnier (Pierre), Gaucher, Gaulier, Georges (Maurice), Gerson, Goldberg, Gomet,

111. Gorostidi, Grenaud, Grinda, Guédé, Guérin (Philippe), Guillon, Guillot, Hébert (Jean), Hébert-Suffren, Mlle Houzeau (G.),

121. MM. Hurez, Imbert, Joly, Laborde, Mlle Lacan (S.), MM. Lafitte, Lançon (J.), Lançon (R.), Mlle Landowski, MM. Langenhagen (de),

131. Lapiné, Mlle Laurent, M. Leconte (H.), Mlle Lefilliâtre, MM. Lejeune, Lemaire, Lemoyne, Lenègre-Thourin, Mlle Lequin, MM. Lereboullet,

141. Levaxelaire, Lévy (A.) Mlle Lévy, MM. Litchenberger, Liège, Lièvre, Loeb, Louvel, Luzuy, Lyonnet,

151. Mlles Maas, Maldan, MM. Mâle, Marmasse, Martin (H.-V.), Martin (P.-V.), Massot, Maximin, Mayer, Merklen,

161. Méry, Meurisse, Mevel, Michel-Béchet, Milleret, Minot, Moatti, Moraux, Mouchet, Mourrut,

171. Mugnier, Nativelle, Nedelec, Mlle Nicolle, MM. Odinet, Ombrédanne, Padovani, Pannier, Papaïonnon, Parent,

181. Paris (Pierre), Paris (Raymond), Parlier, Pascal, Pellé, Perin, Perono, Petrignani, Peynet, Pichard,

191. Pinoche, Plessier, Poumailloux, Pommeau-Delilly, Priollet, Puech, Querneau, Quivy, Racine, Ragu,

201. Mlle Rappoport, MM. Rault, Ravier, Renard, Richier, Rivoire, Robin, Rollet, Roseau, Mlle Rosenbaum,

211. MM. Rosier, Rossert, Mlle Roudinesco, MM. Rouquès, Roy, Rudolf, Saingery, Saint-Pierre, Salavert, Sallé,

221. Mlles Sazerac de Forges, Scherrer, MM. Schwob, Sébileau, Sée, Segond, Seidmann, Servel, Sèze (de), Sicard (André),

231. Sicard (Robert), Sigwald, Soulié, Sourdille, Stéhelin, Tariel, Thiébaut, Theyer, Topart, Tournant,

241. Triau, Troncin, Vanier. Veslot, Vincent, Von Der Horst, Vuillième, Weill (Jean), Mlles Weill (Suzanne), Wertheimer,

251. MM. Willemin (Louis), Wolff (André), Mlle Wolff, M. Zadoc-Kahn, Mlle Zimmer.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Leblanc, Pruvost, Moreau, Girod, de Gaudart d'Allaines, Moulonguet, Gatellier, qui acceptent; Hutinel et Ramadier, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — M. Freyd (de Varsovie) est nommé pour un an assistant étranger dans le service de M. le professeur Widal, à la clinique médicale de Cochin.

CITATION A L'ORDRE DE L'ARMÉE (Maroc). — M. Kassel (Alfred), médecin aide-major de 2e classe de la 2e ambulance de colonne mobile.

Jeune médecin de corps de troupe d'un dévouement sans bornes, en faisant preuve au feu d'un cran admirable et d'une bravoure calme et réfléchie.

Toujours volontaire pour les missions périlleuses, s'est distingué d'une façon éclatante aux combats des 4 et 5 juin 1925.

Ayant reçu l'ordre de faire descendre du poste d'Aster les blessés de la journée, est allé sur place, malgré un feu meurtrier qui faisait constamment de nombreuses victimes, procéder à l'évacuation qu'il réussit à mener à bien, malgré les difficultés inouïes.

A recommencé le lendemain la même opération provoquant l'admiration et la confiance des troupes auprès desquelles il était placé.

Cette citation comporte l'attribution de la Croix de guerre des T. O. E. avec palme.

GUERRE. — SERVICE DE SANTÉ. — Tour de départ pour les théâtres d'opérations extérieurs :

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Xambeu, Ecole du Service de santé militaire; Poulhes, direction du Service de santé du 4e corps d'armée; Heyraud, 71e d'infanterie.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Gache, 7e région, maintenu jusqu'au 1er janvier 1926 (art. 28); Prunet, centre d'instruction physique d'Issoudun, maintenu jusqu'au 1er décembre 1925 (art. 28); Montels, hôpital militaire d'Amélie-les-Bains.

Médecins aides-majors. — MM. Tonnaire, 22e tirailleurs nord-africains; Buffler, 35e d'infanterie, maintenu jusqu'au 1er décembre 1925 (art. 28); Accoyer, 31e d'infanterie, maintenu jusqu'au 1er mars 1926 (art. 29); Magnier, 43e d'infanterie; Rongelet, 8e bat. de chasseurs à pied. (*J. O.*, 1er oct. 1925.)

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin inspecteur Gaide, directeur local de la santé de l'Annam, a été nommé directeur du Service de santé et inspecteur général des services sanitaires de l'Indochine à Hanoï. (*J. O.*, 2 oct. 1925.)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officier de l'Instruction publique. — M. le docteur Monthioux (de Felletin).

Officier d'Académie. — M. le docteur Barban (de Chazelles-sur-Lyon).

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'argent.* — M. le docteur Lefèvre, médecin de la consultation de nourrissons de Montluçon.

Médailles de bronze. — MM. le docteur Gibault, médecin de la consultation de nourrissons de Montluçon; Dexaut et Verger, chirurgiens dentistes des cliniques scolaires de Montluçon.

MÉDAILLES D'HONNEUR DES ÉPIDÉMIES. — *Médaille de vermeil.* — M. le médecin aide-major de 1re classe Brunel (de Souk el Arba).

Médailles d'argent — MM. les médecins-majors Tarnalet (de Marseille), Schneider (de Mayence); le médecin auxiliaire de réserve Bernet (du Béquet).

CONGRÈS DE LA NATALITÉ. — Le Congrès de la natalité qui vient de se réunir à Clermont-Ferrand a émis les vœux suivants :

« 1° Que soit reprise l'étude d'un système de réduction de droit à tous les enfants de familles nombreuses pour leur faciliter l'accès de l'enseignement à tous les degrés (frais de scolarité, droits d'inscription, etc.);

2° Que, dans le même but, les réductions sur les chemins de fer soient prorogées au delà de dix-huit ans pour les enfants qui justifient de la nécessité de se déplacer pour leurs études;

3° Que le Conseil supérieur de la natalité intervienne sans tarder auprès de la presse, du Gouvernement et du Parlement en vue de :

a. Protester contre l'invasion de notre pays par les publications pornographiques, les spectacles et établissements licencieux et les maisons publiques;

b. Demander l'application de mesures énergiques pour en obtenir la suppression;

4° Que les crédits nécessaires au fonctionnement de la loi Ribot, la plus efficiente et la plus importante de toutes nos lois sociales, soient mis à la disposition des sociétés de crédit immobilier, et que la bienfaisante action de ces sociétés, qui, avec les avances mises à leur disposition par l'Etat, augmentent chaque jour le nombre des travailleurs propriétaires de leur maison et de leur jardin, ne soit à aucun prix interrompue. »

PRIMES A LA NATALITÉ. — Le Conseil général de la Sarthe a décidé de s'imposer d'un centime additionnel pour créer des primes à la natalité. Il demandera aux communes de participer à cette œuvre.

CONGRÈS FRANÇAIS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE. — Le Congrès annuel de la Société française d'oto-rhino-laryngologie aura lieu du 12 au 17 octobre 1925, à la Faculté de médecine de Paris, sous la présidence de M. Brindel (de Bordeaux) et la vice-présidence du professeur Sébileau (de Paris).

Pour renseignements, s'adresser à M. Liébault, secrétaire général, 216, boulevard Saint-Germain, Paris (VIIe).

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hillaireau (de Saint-Philibert-du-Bouaine) et Nalpasse (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Etudes neurologiques, par G. GUILLAIN. Un volume de 360 pages, avec figures. — Prix : 26 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Traitement moral. De l'auto-suggestion à l'éducation de la volonté, par le docteur P.-E. LÉVY. Une brochure de 62 pages. — Paris, Messageries Hachette, 111, rue Réaumur.

Les Variations du corps humain, par le docteur DUBREUIL-CHAMBARDEL. Un volume de 245 pages avec 104 figures dans le texte. — Prix : 10 fr. — Paris, Flammarion.

RHUMATISME CARDIAQUE ÉVOLUTIF ET MYOCARDIE

PAR

Ed. DOUMER et Mlle ALPHANT

Agrégé de la Faculté de médecine de Lille,

Interne des hôpitaux de Lille.

TRAVAIL DU SERVICE DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL SAINT-SAUVEUR (PROFESSEUR : M. LEMOINE.)

On a des raisons de penser que le rhumatisme articulaire aigu est une infection tenace qui ne s'éteint pas complètement lorsque disparaissent les manifestations articulaires de la maladie. La guérison souvent n'est qu'apparente. L'affection s'endort; après un sommeil plus ou moins long, elle est susceptible de se réveiller. Voici sans doute pourquoi les sujets qui ont fait du rhumatisme articulaire aigu sont particulièrement exposés à présenter, des mois ou des années plus tard, de nouvelles crises rhumatismales.

Il est des cas dans lesquels les crises douloureuses sont pour ainsi dire subintrantes. Malgré la thérapeutique, l'infection reste longtemps en activité.

Ce qui est vrai pour les manifestations articulaires de la maladie l'est aussi pour ses complications cardiaques. La localisation du virus rhumatismal sur le cœur ne se contente pas toujours de donner une endocardite simple où les réactions inflammatoires cèdent en quelques semaines, ne laissant après elles que de la sclérose valvulaire et les lésions définitives, non évolutives, d'une cardiopathie cicatricielle. Dans certains cas, l'infection rhumatismale greffée sur le cœur semble, pendant des mois, rester en activité. On assiste alors à l'apparition précoce d'un syndrome d'insuffisance cardiaque, particulièrement rebelle, que les conséquences mécaniques de la lésion valvulaire ne peuvent expliquer et qui paraît bien le résultat de la persistance de l'infection. Il s'agit de ce rhumatisme cardiaque évolutif dont on trouve la notion première, sous le nom d'endocardite chronique évolutive, dans une observation publiée par Laubry et Bordet et dont Ribierre et Pichon ont fait une étude magistrale, en même temps qu'ils ont précisé le rôle de l'infection rhumatismale.

A l'autopsie de tels malades, on trouve, sur des lésions de sclérose valvulaire plus ou moins ancienne, de petites granulations fibrineuses, demi-molles, presque transparentes, semblables à de petits grains de semoule. Cette « efflorescence perlée » sur le bord libre des valves est la marque d'un processus rhumatismal récent.

Ces lésions n'expliquent qu'assez mal la défaillance du cœur, la rapidité et la fatalité de son évolution. Ces granulations valvulaires, habituellement séparées du myocarde par des lésions de sclérose qui ne dépassent pas les limites des valves ne contractent avec le muscle cardiaque que de lointains rapports. Pour expliquer l'ensemble du tableau clinique, on croirait volontiers à une myocardite surajoutée. Bien plus, en présence de tels symptômes, on n'hésiterait pas à l'affirmer si les diagnostics de myocardite, au cours de telle ou telle maladie infectieuse, ne nous avait réservé déjà bien des surprises et si l'on n'avait eu souvent, dans ces conditions, l'occasion de trouver un myocarde intact, contrairement à toutes prévisions.

La myocardite rhumatismale existe. Elle a pour signature des formations caractéristiques, les nodules d'Aschoff. Mais elle passe pour assez rare. Peut-on l'incriminer dans le rhumatisme cardiaque évolutif?

On trouve dans la thèse de Pichon consacrée à cette question une observation complète pour laquelle fut fait l'examen histologique. Cette observation ne nous dit pas qu'on ait trouvé des lésions de myocardite. Ribierre et Pichon, d'ailleurs, hésitent à se prononcer. Ils parlent de dyspragie du myocarde et déclarent qu'aucun caractère clinique ne vient révéler « si cette dyspragie repose ou non sur le substratum anatomique d'une myocardite ».

Walser fait allusion à ces faits dans le travail tout à fait remarquable qu'il a consacré à la myocardie, sous l'inspiration de Laubry, et pense qu'il pourrait s'agir d'une de ces insuffisances cardiaques fonctionnelles dont il a fait l'étude.

Il peut paraître étrange qu'on parle d'insuffisance cardiaque fonctionnelle en présence de cœurs qui ne sont pas sans altération anatomique. Rien n'est plus logique cependant. Parler de myocardie, c'est dire qu'il faut, dans certains cas au moins, chercher les causes essentielles de la défaillance cardiaque plus loin que dans les raisons grossières que révèlent l'examen nécropsique et le microscope lui-même et dont on s'est trop longtemps contenté; qu'on a de sérieuses raisons de pueser à l'intervention possible de facteurs différents : nerveux, endocriniens, humoraux. C'est la plus légitime des hypothèses de travail, puisque les données anatomo-pathologiques se montrent incapables de nous expliquer quantité de faits; c'est la seule qui puisse renouveler, grâce à de nouvelles conceptions, nos moyens d'agir actuellement trop insuffisants contre l'insuffisance cardiaque. Il serait curieux que ces explications ne soient valables que pour certains faits exceptionnels de distension cardiaque manifestement primitive dont le caractère mystérieux ne fait de doute pour personne. Chaque fois que les altérations anatomiques semblent ne pouvoir expliquer facilement à elles seules la défaillance du cœur et son évolution, on a le devoir de songer à l'intervention possible de facteurs semblables à ceux auxquels nous venons de faire allusion.

Nous apportons une observation de rhumatisme cardiaque évolutif qui oblige, nous semble-t-il, à incriminer des facteurs de ce genre.

Il s'agit d'un homme de quarante-quatre ans, cordonnier de son métier, tout à fait bien portant jusqu'en 1902, qui fit à ce moment une crise de polyarthrite aiguë fébrile. Celle-ci s'est prolongée plusieurs mois. Il fut dix-sept ans sans présenter de douleurs articulaires ; mais fit une nouvelle crise de rhumatisme en 1919. Il en fit une troisième en 1920 pour laquelle il fut hospitalisé. Il ne semble pas qu'on ait eu, à ce moment, l'attention attirée sur le cœur. Après guérison, cet homme a pu reprendre son travail et sa vie habituelle sans gêne et sans fatigue, sans jamais présenter, nous a-t-il dit, de dyspnée d'effort ni de palpitations, et sans présenter non plus, jusqu'au début de 1925, de douleurs des jointures.

Il fit, en plein état de santé apparente, une nouvelle crise de polyarthrite aiguë fébrile le 2 janvier 1925. Cette fois, les douleurs des jointures ont été accompagnées presque aussitôt de palpitations et d'une dyspnée si violente que le malade était obligé de garder la position assise et ne pouvait dormir.

Il entre à l'hôpital le 9 janvier avec des arthralgies et des phénomènes discrets de fluxion articulaire aux genoux, aux poignets, au cou-de-pied, aux articulations de certains doigts. Il a de la fièvre (38°3), des sueurs abondantes. Le cœur est rapide (110 environ) et tellement irrégulier qu'il est difficile de compter ses battements. Le malade est déjà en état d'insuffisance cardiaque : il est dyspnéique; il a des râles congestifs abondants aux bases pulmonaires, un foie douloureux qui

déborde de deux travers de doigts le rebord costal et des œdèmes aux membres inférieurs.

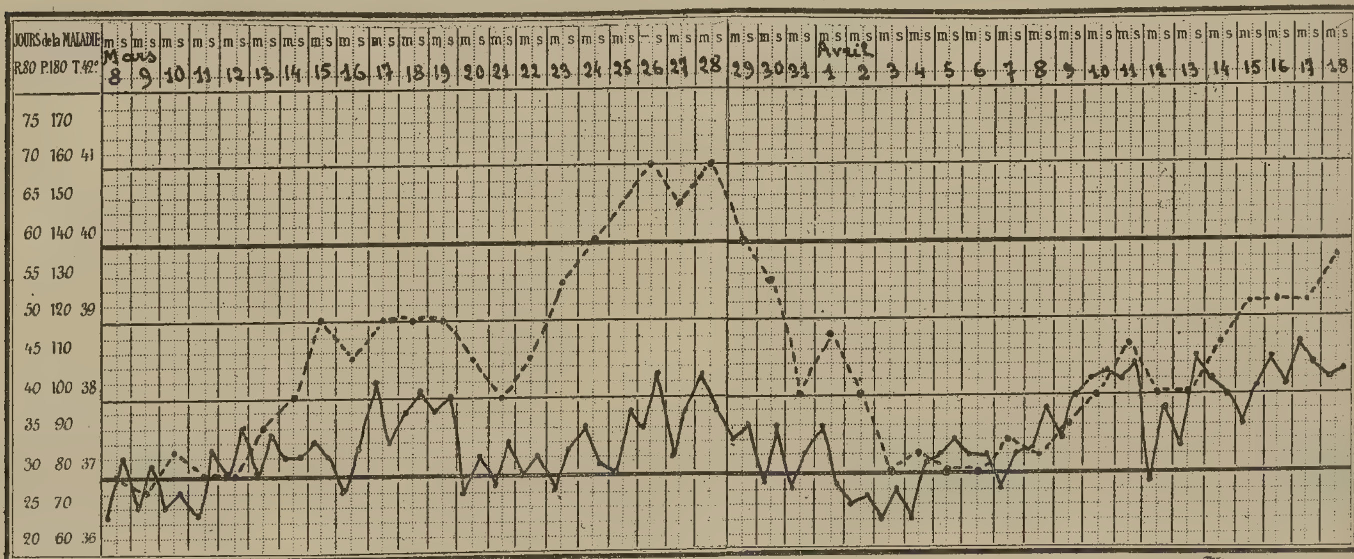
Au cœur, les bruits sont assez nets, pourtant un peu sourds, surtout à la pointe; on ne perçoit pas de souffle, on ne perçoit aucun des bruits anormaux qui s'étendent dans le cas de lésion valvulaire. Il n'y a pas de frottement ; il n'y a pas de signe d'épanchement péricardique. Il n'y a pas de symptôme de symphyse du péricarde. En somme, on ne constate rien d'autre que la tachyarythmie, dont un tracé électrique permet d'étudier les caractères; il s'agit d'une arythmie complète.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, sous le mamelon. L'aire de matité cardiaque ne déborde pas le bord droit du sternum et ne paraît pas notablement augmentée. Pourtant l'orthodiagramme montre qu'il y a distension modérée des cavités gauches. Celle-ci prédomine sur l'oreillette; l'arc moyen du contour gauche du cœur est nettement saillant.

Ce malade fut soumis au traitement salicylé puis au traitement digitalique. Le salicylate de soude paraît pendant quelque temps donner de bons résultats. Les arthralgies disparaissent, la température revient à la normale et la tachyarythmie cède en partie ; le pouls tombe aux environs de 90. Mais à peine a-t-on cessé cette médication qu'il se précipite de nouveau, en même temps que la température s'élève au-dessus de 38. La digitaline, même à bonne dose (20 gouttes par jour de la solution au millième), se montre à peu près sans action et il faut revenir au traitement salicylé pour noter la chute concomitante du tracé thermique et du tracé du pouls, et la sédation partielle des signes d'insuffisance cardiaque. Mais l'amélioration n'est pas plus durable que la première fois et l'insuffisance cardiaque devient plus menaçante dès qu'on suspend le traitement salicylé.

A plusieurs reprises, dans le cours de cette évolution qui s'est prolongée plusieurs mois, on tente d'agir sur la tachyarythmie par la digitaline. Ses résultats ont toujours été extrêmement médiocres, à peine appréciables, éminemment passagers. D'autres médications cardiaques, l'ouabaïne en injections intraveineuses, l'adonis vernalis, la théobromine, furent tout aussi inactives. La quinidine réussit à régulariser pendant quelques jours les battements cardiaques mais sans résultat fonctionnel intéressant. L'action du salicylate de soude elle-même s'est épuisée. Le syndrome d'insuffisance cardiaque a continué d'évoluer, rebelle à toute initiative thérapeutique, avec des moments d'accalmie relative et de nouvelles poussées.

Le tracé ci-dessous montre qu'il y eut, pendant toute cette



évolution, parallélisme remarquable entre les variations de la courbe du pouls et celles de la courbe de température. La tachy-arythmie est au maximum pendant les périodes de fièvre et s'atténue quand la température revient aux environs de la normale, comme si l'insuffisance cardiaque, sur laquelle les médications habituelles se montraient inefficaces, était étroitement liée à l'infection, s'endormait et se réveillait avec elle.

Pendant des mois, l'insuffisance cardiaque progresse, avec des hauts et des bas, sans que le tableau clinique présente des modifications sensibles, sans que les signes d'auscultation se soient transformés. Sur les tracés orthodiagraphiques, on note une distension progressive des cavités gauches qui se poursuit assez lentement.

Au début de mai, le malade s'affaiblit de plus en plus; il maigrit, les œdèmes deviennent plus abondants. Ils obligent à pratiquer des mouchetures qu'il faut constamment renouveler. Le 7 mai, le malade a une hématémèse de sang noir délayé. Son pouls devient de plus en plus mauvais ; il meurt trois jours plus tard, après une seconde hématémèse relativement peu abondante.

L'autopsie a donné les résultats que voici. A l'ouverture du péricarde, on trouve une petite quantité de liquide citrin; il n'y a pas de fausses membranes ni de symphyse péricardique. Les cavités gauches du cœur sont augmentées de volume. A l'ouverture des cavités cardiaques, on tombe sur d'importantes lésions de la mitrale : les valves mitrales sont épaissies, sclérosées, adhérentes entre elles et tout à fait immobilisées; mais sur ces lésions anciennes, sur la face auriculaire des valves et près de leur bord libre, se voit un semis de petites granulations demi-molles, un peu plus grosses qu'une tête d'épingle. Les poumons présentent des deux côtés d'importantes lésions congestives; mais en plus le sommet droit porte un foyer de pneumonie tuberculeuse qui n'est encore caséifié qu'en partie, sous forme de traînées blanchâtres, et n'est en aucun point ramolli.

Le foie a l'aspect du foie cardiaque. Les reins sont congestifs et violacés; ils ne sont pas scléreux et se laissent facilement décapsuler. La surrénale droite semble normale ; la surrénale gauche est augmentée de volume et presque complètement occupée par trois nodules blanchâtres, du volume d'une grosse noisette, ayant l'aspect typique de marron cru des formations tuberculeuses.

L'estomac ne porte pas d'ulcération mais un piqueté hémorragique de la muqueuse assez important, susceptible d'expliquer les hématémèses.

Sous le microscope, les valves mitrales sont envahies par un processus de sclérose dense, manifestement très ancienne, infiltrée par places de sels calcaires. Sur le tissu scléreux font saillie les granulations dont on a signalé l'existence. De date récente, elles sont purement fibrineuses; l'infiltration de cellules rondes y est extrêmement discrète.

Le myocarde du ventricule et de l'oreillette gauches a été minutieusement examiné sur de nombreuses coupes, prélevées en des points différents. On n'y a pas trouvé de lésions de myocardite interstitielle ou parenchymateuse, sauf au niveau du myocarde auriculaire où il y avait un peu de sclérose interfasciculaire très fine, presque monofibrillaire, sans infiltration de cellules rondes, sans nodules inflammatoires. Ces traînées de sclérose très fine et très discrète ne fragmentaient pas et semblaient ne pas toucher les fibres musculaires qui avaient gardé leurs dimensions et leur aspect normal et sur lesquelles la striation transversale se voyait à merveille.

Sur le myocarde ventriculaire, toute altération faisait défaut et rien ne permettait de le différencier d'un myocarde sain.

En aucun point, nous n'avons trouvé de nodules d'Aschoff.

En somme, nous nous sommes trouvés en présence d'un malade qui portait sans doute depuis longtemps une cardiopathie cicatricielle d'origine rhumatismale. Cette insuffisance mitrale a perdu son souffle lorsque s'est installée la tachy-arythmie; ceci est commun. Aussi ne fut-elle pas soupçonnée.

Cette lésion valvulaire était parfaitement compensée. Le malade, quelques jours avant sa nouvelle crise de rhumatisme, ne présentait aucun symptôme fonctionnel appréciable et ne se plaignait pas de son cœur. Il est entré brusquement dans l'insuffisance cardiaque au moment où s'est réveillée l'infection rhumatismale qui s'est à nouveau greffée sur l'endocarde. Il a succombé, après quelques mois, aux progrès de cette insuffisance cardiaque qui s'est montrée irréductible.

Manifestement, le réveil de cette infection a conditionné la tachy-arythmie et toutes ses conséquences. L'influence heureuse du salicylate de soude, insuffisante et passagère mais cependant indiscutable, plaide en faveur de cette manière de voir, de même que ce parallélisme étroit entre les poussées fébriles et les poussées d'asystolie prouvé par l'examen du tracé thermique et du tracé du pouls. Il s'agit bien d'un de ces cas étudiés par Ribierre et Pichon sous le nom de rhumatisme cardiaque évolutif.

Les lésions anciennes d'insuffisance mitrale avaient été, pendant longtemps, trop bien compensées pour expliquer une défaillance cardiaque aussi soudaine et aussi rapidement fatale. Les lésions d'endocardite rhumatismale récente étaient trop discrètes, trop éloignées du myocarde pour expliquer elles aussi, par leur présence, l'asystolie.

Il y avait, dans le myocarde auriculaire, un peu de sclérose interfasciculaire, mais si légère qu'elle paraît de minime importance. Une sclérose plus dense n'est pas rare chez le vieillard, sans que le cœur ait témoigné qu'il en ait souffert. L'absence d'infiltration embryonnaire et de nodules infectieux ne permet pas de penser, d'ailleurs, que ces altérations interstitielles aient été de date récente, du même âge que la tachy-arythmie, et par conséquent de les considérer comme le facteur des troubles du rythme et de l'asystolie.

On peut donc dire que nous n'avons pas trouvé de lésions de myocardite susceptibles d'expliquer la défaillance du cœur. Celle-ci doit être considérée comme une de ces insuffisances cardiaques fonctionnelles dont le mécanisme est encore mal connu.

Dans le rhumatisme cardiaque évolutif, il faut donc, au moins dans certains cas, chercher l'explication des signes de souffrance du cœur plus loin que dans les lésions d'endocardite et les altérations cardiaques qu'entraîne l'infection. Comme dans les états de choc et certaines maladies infectieuses, les troubles des fonctions de la fibre cardiaque qui mènent à l'asystolie sont sous la dépendance de facteurs plus lointains qui ne seront précisés que lorsque sera résolu le problème des myocardies.

Il n'est pas sans intérêt de rappeler à ce propros les surprises que nous a révélées l'autopsie. Nous ne parlerons pas des lésions de pneumonie tuberculeuse. Elles ont évolué sans bruit, au cours des derniers moments de la maladie. L'état du malade, précaire depuis longtemps, ne nous avait pas engagé à les rechercher et nous les a laissé ignorer. Elles furent une complication terminale, qui a tout au plus précipité, dans les dernières semaines, l'évolution fatale.

Les lésions tuberculeuses de la surrénale gauche, au contraire, pourraient être plus anciennes et d'un intérêt plus immédiat. Certains facteurs glandulaires peuvent être incriminés dans la pathogénie des myocardies. Les travaux de Josué semblent montrer que la déficience des sécrétions surrénales peut être un facteur d'insuffisance cardiaque. On a le droit de se demander si la surrénale restante, jusque-là suffisant à sa tâche, ne s'est pas montrée brusquement insuffisante lorsque s'est réveillée l'infection rhumatismale, soit que la lutte contre l'infection lui ait imposé un travail supplémentaire, soit qu'elle ait été elle-même touchée par le rhumatisme articulaire. Il est regrettable, à ce point de vue, que nous n'ayons pas examiné la surrénale droite, macroscopiquement normale. Nous n'en avons compris que trop tard l'intérêt.

On ne peut évidemment conclure ; mais le fait est à retenir. Nous nous contentons de l'apporter, en contribuant à l'étude des facteurs de myocardie, laissant à l'avenir le soin de l'interpréter et de préciser son importance.

LA VALEUR DIAGNOSTIQUE ET PRONOSTIQUE DU

GANGLION DE TROISIER

EN PARTICULIER DANS LE CANCER GASTRIQUE

Par le docteur A. CHAUVENET (de Thouars).

En biologie humaine, il faut, comme ailleurs, se méfier des formules. Malgré la communication de Soupault et Labbé, malgré celle de notre maître M. Charbonnel, on a encore coutume de dire : « Chez un individu présentant par ailleurs des symptômes d'intoxication néoplasique, un ganglion sus-claviculaire gauche signe le diagnostic de cancer abdomino-viscéral et contre-indique toute intervention chirurgicale. »

La dangereuse netteté de cette formule est aggravée par l'appui que lui donne l'autorité de certains. Pauchet par exemple déclare que le ganglion de Troisier est une contre-indication absolue à toute intervention d'exérèse. La question n'est pas aussi simple. En tenant compte des faits, il faut ainsi poser le problème :

1° *Le ganglion de Troisier est-il un signe certain de propagation d'un cancer viscéral aux ganglions sus-claviculaires.*

2° *S'il en est ainsi, faut-il voir là une contre-indication absolue aux opérations d'exérèse ?*

***

D'après Henoch, c'est Virchow qui, le premier, attira l'attention sur la valeur diagnostique et pronostique de l'adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer de l'estomac.

Jaccoud, Friedreich, puis Troisier, dans ses diverses communications depuis 1886, ont fait l'étude de cette adénopathie, symptomatique pour eux d'un cancer sous-diaphagmatique. L'exposé de ces travaux se trouve dans la thèse de Belin (Paris 1887-88).

Plus près de nous notre ami Nard (de Libourne) a repris l'étude de cette question sous un jour nouveau, dans une thèse originale et de grande valeur.

Il faut d'abord conclure de ces divers travaux à la rareté relative de l'adénopathie dite de Troisier. Mais lorsqu'elle existe a-t-elle toute la valeur diagnostique et pronostique que lui attribuait Troisier? Celui-ci, dans ses premières communications, était très catégorique. L'existence du ganglion sus-claviculaire gauche devait être considéré comme un signe de quasi-certitude au point de vue diagnostique et pronostique. Si bien que Belin pouvait écrire : « S'il s'agit d'un cancer accessible aux opérations chirurgicales et si les ganglions éloignés sont malades, toute opération radicale devra être proscrite, car la généralisation cancéreuse qui s'effectue déjà ne pourrait que s'accélérer par une intervention sanglante. »

On a vécu sur cette formule jusqu'en 1899, époque à laquelle Soupault et Labbé firent à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris une très intéressante communication. Ce n'est pas qu'avant cette date Troisier n'ait pas un peu atténué la fermeté de ses premières affirmations. Cependant on avait pris pour règle de conduite de considérer l'adénopathie sus-claviculaire gauche comme étant un signe certain de métastase cancéreuse et de ne pas opérer les malades qui en étaient porteurs.

Or Soupault et Labbé ont montré que sur 12 autopsies de malades atteints d'adénopathie sus-claviculaire 7 fois cette adénopathie était cancéreuse, 5 fois elle ne l'était pas. Sur 17 cas chirurgicaux, 7 fois l'adénopathie était néoplasique, 10 fois elle ne l'était pas. Dans ces derniers cas il y avait soit des signes d'hyperactivité ganglionnaire, soit des signes anatomo-pathologiques d'infections banales, tuberculeuses. D'autre part Jaccoud, Girode, Mathieu, Achard apportent aussi des exemples montrant la relativité de la valeur du signe de Troisier.

Cette communication n'a pas apporté le fruit qu'on aurait dû en attendre puisque nous avons vu qu'aujourd'hui encore des chirurgiens comme Pauchet tiraient du ganglion de Troisier un argument diagnostique et thérapeutique à peu près absolu.

A propos d'un cas personnel notre maître Charbonnel a entretenu la société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux de la question de l'adénopathie sus-claviculaire gauche. Lui aussi pensait qu'il fallait attribuer une grande valeur à ce signe. La malade qu'il a observée et n'a pas opérée parce qu'elle avait un ganglion de Troisier, a mis le doute dans son esprit.

Si les ganglions sus-claviculaires peuvent être le siège de métastases provenant d'un cancer gastrique, il n'y a aucune raison, pense M. Charbonnel, pour qu'ils ne puissent pas être atteints par une infection provenant d'un ulcus de l'estomac par exemple. *De même un cancer ulcéré et infecté peut donner une adénopathie sus-claviculaire banale.* D'autre part rien n'empêche la coexistence d'un cancer gastrique avec une adénopathie spécifique quelconque ou même avec une adénite chronique banale dont l'existence n'est plus à démontrer aujourd'hui.

M. Charbonnel conclut de la communication de Soupault et Labbé et de l'évolution de l'adénopathie chez sa malade que « *la présence clinique du ganglion de Troisier ne doit pas suffire à elle seule pour écarter de manière absolue la main du chirurgien.* »

M. Charbonnel préconise la biopsie du ganglion suspect. S'il est cancéreux il pense qu'on peut, le cas échéant, faire des opérations palliatives, mais non l'exérèse. Si le ganglion prélevé est purement inflammatoire, et s'il n'y a rien par ailleurs, on peut extirper le néoplasme gastrique. Cette conclusion est en partie la nôtre. Nous verrons dans quelle mesure on peut se montrer plus hardi dans l'expression de la première partie de ces conclusions qui sont d'ailleurs celles de Nard.

La présence du ganglion de Troisier n'est donc pas un signe certain de métastase ganglionnaire éloignée dans le cancer de l'estomac. Cette adénopathie peut être soit une adénite aiguë ou subaiguë dues à des germes infectieux provenant de la tumeur ou de toute autre lésion gastrique, soit une adénite spécifique ou banale coexistante, soit enfin une adénopathie cancéreuse métastatique.

Seule la biopsie permettra d'affirmer la nature de cette adénopathie.

Nous ne devons pas nous en tenir à ces conclusions.

Charbonnel, Nard disent que si le Troisier est de nature cancéreuse on n'est pas autorisé à tenter une intervention d'exérèse gastrique. Cette conclusion est sage. Cependant elle repose sur une hypothèse. Celle du mode de propagation des cellules néoplasiques de la masse cancéreuse gastrique au ganglion infesté.

Si l'on peut admettre à coup sûr que c'est par *lymphangite cancéreuse progressive* (perméation) que s'est faite cette progression, la présence d'un ganglion sus-claviculaire *histologiquement cancéreux* ne doit permettre au chirurgien que de pratiquer des opérations palliatives.

Tandis que si l'on croyait à une *embolisation* d'une cellule néoplasique du cancer au ganglion, on pourrait à la rigueur admettre l'exérèse du ganglion cancéreux et celle de la tumeur primitive. L'observation du malade du professeur Chavannaz que rapporte Nard serait en faveur de cette manière de voir. Malheureusement c'est le mécanisme de la lymphangite cancéreuse progressive qui est le plus souvent rencontré (par la voie du canal thoracique). De plus, il serait difficile cliniquement de trouver un signe permettant de dire si la métastase s'est faite par tel ou tel mécanisme.

Nard, avec un ton de scepticisme qui fait honneur à sa sagesse, dit que, peut-être, la fixité du ganglion sur les plans profonds pourrait être considérée comme étant en faveur d'un cancer propagé par le canal thoracique.

Il n'y a là rien de sûr.

Aussi bien, à ce point de vue, ne pouvons-nous tirer aucune conclusion bien précise. Le cas du professeur Chavannaz (où il s'agissait d'un cancer rénal opéré, avec ganglion de Troisier cancéreux survenant longtemps après. Extirpation de ce ganglion, guérison) pourrait à la rigueur permettre d'avoir l'audace d'agir de même dans les cas de cancer gastrique. Il y a là autre chose qu'une simple question de logique. Dans de tels cas on ne saurait blâmer ni le chirurgien hardi qui intervient ni celui plus prudent qui préfère s'abstenir.

BIBLIOGRAPHIE

BELIN. *Th. de Paris*, 1887-88.

CHARBONNEL. Sur le ganglion de Troisier, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1921, p. 152.

CHAUVENET. Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Etude critique des contre-indications opératoires, *Th. de Bordeaux*, 1925.

HENOCH. *Klinik der Unterleibs Krankheiten*, 1er vol. Leberkrebs, Belin 1854.
NARD. *Th. de Bordeaux*, 1921-22.
SOUPAULT et LABBÉ. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1899.
TARCHETTI. Die Supra claviculardrüsen in der Diagnose der abdominales Carcinome, *Deuts. Arch. f. Klin. méd.*, 1900, t. LVII, p. 574.

LE CANCER DU COLON. SON TRAITEMENT

La colectomie est-elle ou non une opération grave...?

Par R. DE BUTLER D'ORMOND,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

La colectomie pour cancer présente une gravité extrêmement variable, suivant la méthode employée. Le pronostic dépend non seulement de l'habileté de l'opérateur, mais aussi du procédé employé. Parmi ces procédés, celui qui présente la plus grande sécurité est la méthode en deux temps de Mickulicz.

L'étude des résultats d'un chirurgien qui a une grande expérience de ces opérations est fort instructive si on l'examine sur une longue échelle.

De 1900 à 1910, Victor Pauchet fit des résections coliques suivies d'anastomose par suture bout à bout; sa mortalité était alors de 40 p. 100. De 1910 à 1918, il pratiqua la même opération, mais concurremment il appliqua un anus cæcal; sa mortalité tomba à 33 p. 100. Puis, il eut recours à la méthode de Mickulicz. Dans un premier temps, il réséquait le segment malade et 7 à 8 centimètres de côlon sain, au-dessus et au-dessous de la tumeur, accompagné d'un triangle méso-colique renfermant les ganglions suspects; après avoir jumelé les deux extrémités intestinales, il les fixait à la paroi abdominale, en les faisant passer par une boutonnière pariétale voisine. La mortalité tomba à 10 p. 100. Enfin, poussant plus loin son enthousiasme pour les opérations de Mickulicz, il étendit la méthode aux résections pour lésions banales du gros intestin (tuberculose, diverticulite, volvulus, mégacôlon, dolicho-côlon, voire stase intestinale chronique). La mortalité tomba à 3 p. 100.

Devant l'éloquence de ces chiffres, nous considérons que tout chirurgien, quel que soit son amour de la chirurgie élégante, doit avoir, sans hésitation, recours à ce procédé peu séduisant d'aspect, mais efficace et bénin; c'est l'opération en deux temps de Mickulicz.

Faut-il l'employer dans tous les cas de chirurgie du gros intestin? La réponse est discutable.

Il n'est pas possible d'y avoir recours dans les cancers de l'extrémité inférieure de la sigmoïde. Cette méthode est applicable aux cancers du côlon droit, mais l'hémicolectomie droite est si facile, ses résultats immédiats sont en général si bons, que nous considérons le Mickulicz comme une méthode d'exception, en cas de cancer du côlon droit. Toutefois, une série de cas favorables rapportés par Victor Pauchet peuvent rendre hésitant sur ce point. La mortalité du Mickulicz est, en effet, tellement basse, que nous sommes encore hésitants pour avoir recours, dans ces cas, à l'hémicolectomie droite. Victor Pauchet a copieusement illustré cette intervention par la *Pratique chirurgicale illustrée* et ses films cinématographiques (1).

(1) Chez Doin, éditeur, Paris.

En tout cas, nous ne saurions trop répéter aux collègues qui font encore des anastomoses pour cancer que *la colectomie pour cancer du côlon est bénigne, si on emploie l'opération de Mickulicz.* Quelques détails techniques compléteront ce travail.

Les avantages relatifs de l'opération en un temps et ceux de l'opération en deux temps sont basés sur les détails suivants :

a. Etat septique du gros intestin;
b. Importance et intégrité de sa tunique séreuse;
c. Etat général du patient plus ou moins défectueux;
d. Risque d'infection péritonéale en cas de péricolite;
e. Bonne ou mauvaise irrigation de l'intestin, d'après les vaisseaux sacrifiés.

Ces éléments diffèrent suivant les segments et les cas considérés.

INTESTIN GRÊLE. — Les lésions de l'intestin grêle sont défavorables à l'opération en deux temps; le contenu de cet intestin est fluide, il s'évacue très rapidement; son degré septique est faible, surtout dans la partie supérieure. La séreuse qui le recouvre revêt, d'une façon intégrale, la tunique intestinale musculaire, sauf au niveau du bord mésentérique; elle réalise une très bonne défense et permet une réunion immédiate des tuniques viscérales. Le cancer est rare sur le grêle ou ne donne pas souvent l'occasion d'avoir à mettre en question l'opération en deux temps sur cette partie de l'intestin.

Enfin, si le chirurgien abouche l'iléon à la peau, il en résulte un écoulement très abondant qui dénourrit le patient; la peau s'irrite, se digère, des réflexes fâcheux se produisent par suite de la fixation du grêle à la paroi. Je ne vois donc pas de fréquentes indications à l'opération en deux temps sur le petit intestin. J'excepte quelques rares cas de gangrène herniaire et quelques hémicolectomies droites dans lesquels la fin de l'iléon a été jumelée avec le côlon transverse et appliquée à la paroi pour faire le double anus artificiel.

RÉGION ILÉO-CÆCALE. — Stase cæcale, tuberculose, cancer iléo-cæcal sont favorables à l'opération en un temps. L'hémicolectomie droite est le plus souvent indiquée. Là le contenu intestinal est fluide et s'évacue rapidement. Le péritoine de l'iléon recouvre intégralement la tunique intestinale. Le début du côlon transverse est assez large pour permettre une anastomose termino-latérale ou latéro-latérale, ou par implantation au bouton, de sorte qu'il y a peu de chance de fuite fécale possible de ce côté.

CÔLON. — Je ne reviens pas sur le côlon ascendant que je considère comme faisant partie de la région iléo-cæcale; je parle du côlon transverse et du côlon gauche. Eh bien, cette portion du côlon a trouvé un bénéfice considérable dans l'opération en deux temps. Cette région fournit 70 p. 100 des cancers non rectaux de l'intestin. Ici, nous avons un contenu soit demi-solide, soit solide; il renferme un nombre considérable de bactéries; un tiers des matières fécales est constitué par des masses bactériennes. L'obstruction partielle existe dans un très grand nombre des cancers de cette région qui consultent pour l'opération. Il en résulte que le contenu intestinal septique ne peut s'éliminer rapidement et qu'il menace d'infection la suture intesti-

nale dès qu'elle est faite. Enfin, la *tunique séreuse* fait très souvent défaut sur une grande partie de la circonférence, notamment à la partie supérieure du côlon descendant. Pourtant, l'existence de la graisse placée entre le péritoine et la tunique musculaire constitue un obstacle à un accolement séro-séreux satisfaisant. Sur la sigmoïde et le côlon descendant le chirurgien remarque fréquemment que la bande de péritoine, comme la tunique musculaire, n'occupe guère que 1 ou 2 centimètres de largeur; partout ailleurs, il n'y a que de la graisse. Ce dépôt graisseux se voit surtout dans les appendices épiploïques. Alors, la tunique séreuse ne recouvre que 1 ou 2 centimètres de circonférence de l'intestin. Partout ailleurs, c'est de la graisse; chez les cancéreux, cette graisse a généralement disparu, mais quelques-uns en conservent assez pour gêner l'intervention. Il faut donc, avant de se décider pour une technique plutôt que pour une autre, tenir compte de cette infiltration graisseuse et savoir, quand elle est très étendue et épaisse, que les conditions techniques sont différentes ; la suture intestinale est nettement défavorable si la séreuse n'est pas intégrale et maigre. Certains malades ne sont pas justiciables de l'opération en un temps parce qu'ils sont déprimés; les uns arrivent à l'opération au début du cancer, les autres y arrivent tardivement. A ces derniers, convient une technique « non éprouvante ». Il n'est pas fréquent qu'un malade vienne se faire opérer d'un cancer d'intestin avec péritonite. Dans ces conditions, l'opération en deux temps est formellement indiquée.

La dénutrition consécutive à l'opération en deux temps, sur l'iléon, n'existe pas pour le côlon; ici l'irritation de la peau, par le contact des matières fécales, ne peut entrer en ligne de compte. La colectomie en deux temps est donc indiquée 4 fois sur 5.

Faut-il conclure qu'on ne fera jamais l'opération en un temps? Certes, il y a des cas séduisants pour cette dernière : les sujets relativement jeunes et résistants, ceux dont l'intestin est maigre, ceux qui ont déjà subi un anus cæcal; ces conditions, d'ailleurs, n'empêcheront pas l'opération à la Mickulicz qui est trois fois plus bénigne que les opérations en un temps suivies de suture bout à bout ou latéro-latérale.

Nous répétons que l'opération en deux temps, par le procédé de Mickulicz, est trois fois plus bénigne que l'opération en un temps; c'est donc à elle qu'il faut donner la préférence.

Maintenant, quelques détails techniques. Prenons comme type une opération pour cancer du côlon gauche.

1° *Incision.* — Faire une incision médiane; suivant que le siège de la tumeur est plus ou moins haut ou plus ou moins bas, elle débordera l'ombilic plus ou moins en haut ou plus ou moins en bas. Une incision de 15 centimètres est la règle. Elle sera paramédiane et un peu à gauche. Cette incision est suffisante pour explorer le ventre, montrer le siège et le caractère de la lésion primitive, rechercher les métastases du côté du foie et les noyaux lymphatiques. Si cette incision ne suffisait pas, l'opérateur a la ressource de l'agrandir; il branchera une incision latérale sur elle; cette incision transversale est nécessaire quand il y a des adhérences à disséquer. L'opérateur arrivera, de cette façon, quel que soit le cas, à réaliser la mobilisation et l'extirpation de cette tumeur.

2° *Incision péritonéale externe.* — Le long du côlon descendant, l'opérateur incise, de haut en bas, le feuillet externe du méso-côlon, de façon à mobiliser le côlon descendant et la coudure splénique.

3° *Incision du feuillet interne.* — Rechercher la zone cellulo-lymphatique qui dessert le segment colique voué à la résection et, au delà de cette zone, dessiner, par une incision, un triangle dont la base est l'intestin et le sommet une branche de la mésentérique inférieure.

4° *Mobilisation de l'angle splénique.* — Dans tous les cas de cancer du côlon gauche, quel que soit son siège, il faut mobiliser l'angle splénique, même si cette dernière région est saine ; quand la tumeur siège à l'angle splénique, c'est par ce point qu'il faudra terminer la mobilisation. L'opérateur commence par mobiliser le côlon transverse, à l'aide du décollement colo-épiploïque, puis il mobilise le côlon descendant et termine enfin par la partie malade (angle splénique).

Mais nous supposons ici que nous avons affaire à un cancer du côlon descendant. Il faudra donc commencer par faire le décollement colo-épiploïque pour mobiliser la partie terminale du transverse et pouvoir aborder plus facilement l'angle splénique; celui-ci sera ensuite décollé et mobilisé, ce qui permet d'abaisser ensuite le côlon descendant.

5° *Extirpation des lymphatiques.* — Il faut examiner les zones lymphatiques qui sont susceptibles d'avoir été infectées. Il n'est pas toujours possible de les exciser complètement et d'ailleurs ce n'est pas toujours nécessaire. Le cancer du côlon reste longtemps une maladie locale. Prenons une série de 20 cancers du côlon gauche, nous trouvons des ganglions infectés chez 15 d'entre eux, mais dans 5 cas seulement ils sont infectés à quelque distance du côlon. Dans un tiers des cas examinés, les ganglions lymphatiques ne possèdent pas une seule cellule cancéreuse, ils sont simplement inflammatoires.

Pendant cette exploration, l'opérateur maintient les anses de l'intestin grêle le plus loin possible vers la droite, avec des compresses; il expose le méso-côlon jusqu'à la colonne vertébrale et incise le péritoine. Les ganglions lymphatiques sont mobilisés et enlevés, ou refoulés dans la direction de la sigmoïde. Les branches de l'artère colique gauche et de l'artère mésentérique inférieure sont pincées, liées. Il faut conserver les principaux troncs de ces deux artères. Un secteur du péritoine, dont le sommet se trouve à la mésentérique inférieure et la base à la sigmoïde, est ainsi dessiné. Le territoire lymphatique qu'il comprend est mobilisé et repoussé dans la direction de la sigmoïde. La largeur de ce secteur peut varier suivant chaque cas en particulier. Etant donné que les lymphatiques s'étendent le long de la paroi intestinale jusqu'à la prochaine branche artérielle afférente, il est nécessaire d'enlever la portion correspondante de l'intestin avec les arcades adjacentes; l'incision dans le méso-sigmoïde sera assez large pour rendre cette exérèse possible.

Il faut que la mobilisation du côlon soit très grande; il faut que la résection de la zone lymphatique soit aussi large que possible; il faut, de plus, que 7 à 8 centimètres d'intestin sain se trouvent au-dessus de la portion des deux branches intestinales qui vont être jumelées.

Pendant l'application à la peau toute traction sur l'intestin sera évitée; néanmoins, dans l'opération en deux temps, une traction modérée est moins grave et moins dangereuse que dans l'opération en un temps.

6° *Le jumelage des anses coliques.* — Il faut préparer la formation d'un nouvel éperon. Les portions saines des anses afférente et efférente seront accolées sur une longueur de 7 à 8 centimètres et sur une même étendue au moins de la partie cancéreuse. Cette suture se fera avec un surjet de fil ou de catgut (voir *Pratique chirurgicale illustrée*, t. IX).

7° *Extériorisation de l'anse cancéreuse.* — L'opérateur, autant que possible, n'amènera pas l'anse cancéreuse sur la ligne médiane. Il l'amènera par une contre-ouverture qu'il placera au bon endroit, au point optimum. Après quelques tâtonnements, pour tirer l'anse cancéreuse tantôt à droite, tantôt à gauche, en haut et en bas, il se rendra compte du point le plus favorable pour fixer l'anus artificiel. Quand il aura choisi le point en question, il introduira la main dans la cavité abdominale et fera saillir un doigt sous la paroi. La peau soulevée sera incisée par la main droite d'un coup de bistouri. Celui-ci sectionnera la peau, l'aponévrose, dissociera quelques tractus musculaires dans le sens de leur direction, la plaie sera agrandie à l'aide de l'index et, par cet orifice long de 4 ou 5 centimètres, il fera passer le segment cancéreux comme à travers une incision de Mac Burney.

Quelques points séro-cutanés fixeront l'anse au dehors. Les deux portions jumelées par la suture correspondront, s'arrêteront au ras de la peau. La plaie médiane sera suturée en deux plans; un pansement recouvert de coloplaste terminera l'opération.

8° *Traitement du segment cancéreux exclu.* — La peau qui entoure cette anse cancéreuse sera recouverte de pommade au collargol.

Telle est l'opération typique de Mickulicz avec anse cancéreuse extériorisée sous un pansement; quelques opérateurs la préfèrent à la suivante. Ils laissent l'anse se sphacéler sous le pansement. Nous considérons ce procédé comme suranné et nous préférons, suivant la technique de Victor Pauchet, faire la résection immédiate, puis la ligature des deux bouts coliques sains à 3 ou 4 centimètres de la peau; l'anse inférieure reste fermée par cette ligature; l'anse supérieure est ouverte; un tube de Paul est placé dans sa cavité. Cette méthode permet de faire l'examen histologigue immédiat de la tumeur.

A. Schwartz préfère laisser l'anse extériorisée, suivant la méthode de Mickulicz. Il trouve que l'opération est ainsi plus bénigne, car aucune infection n'est possible; les gaz continuent à circuler dans l'anse exclue. Il est possible qu'il ait raison, mais l'opération nouvelle est tellement bénigne que nous ne trouvons pas nécessaire de retourner au procédé primitif.

9° *Section de l'éperon.* — Elle se fait dix jours plus tard. A. Schwartz conseille de sectionner l'éperon aux ciseaux. Nous trouvons que ce perfectionnement est une complication et nous préférons rester fidèle à la vieille entérostomie. Dix jours après l'opération, alors que les deux extrémités jumelées de l'intestin sont bien fixées à la paroi, nous appliquons un clamp de Richet qu'un aide serre un peu plus chaque jour jusqu'à ce qu'il tombe. Appliqué le dixième jour, il tombe vers le quinzième ou seizième jour, c'est alors que se pose la question de la fermeture de la fistule.

10° *Fermeture de la fistule cæcale.* — Si le sujet est en mauvais état, si sa plaie suppure, il est possible de reculer l'époque de la fermeture de l'anus, mais les conditions habituelles permettent de le faire immédiatement. Cette fermeture de l'anus se fera donc *sans ouvrir le péritoine* et sera cicatrisée vers le vingt-cinquième jour. La peau est disséquée et séparée de l'intestin. Le segment supérieur est attiré de haut en bas, la branche inférieure est attirée de bas en haut, de façon à bien mobiliser quelques centimètres de paroi intestinale. Deux plans de suture, par points séparés, au catgut et au fil, sont appliqués. La plaie abdominale est fermée incomplètement. Si une fistule se produit au bout de quelques jours, elle se ferme spontanément par la suite.

CHRONIQUE

SANATORIUM DES ÉTUDIANTS. (Fondation de l'Union nationale.) — Nous recevons de M. Crouzat, secrétaire général de cette Œuvre dont nous avons souligné la poignante nécessité, la lettre suivante que nous nous faisons un plaisir d'insérer :

« Monsieur le rédacteur en chef,

Nous avons l'honneur de vous adresser les dernières listes des internes et externes des hôpitaux de Paris qui ont répondu à notre appel.

Le résultat de la souscription que vous avez chaudement appuyée a pleinement réussi. Nos camarades et collègues qui sont pourtant, hélas! en butte aux difficultés croissantes de la vie ont montré qu'ils ne comprenaient pas l'entr'aide sans un sacrifice personnel.

Voulez-vous être notre interprète pour leur adresser un chaleureux « merci ».

Recevez, Monsieur le Rédacteur en chef, la nouvelle assurance de nos sentiments reconnaissants et bien dévoués.

Pour l'Union nationale des A. G. d'étudiants,
JEAN CROUZAT,
Secrétaire général du Comité d'organisation.

P. S. — *Tous les envois de fonds doivent être faits à l'adresse de M. Guy, recteur de l'Académie de Grenoble (compte chèques postaux, Lyon, 188.37).*

Membre donateur : 500 à 5.000 fr. ; bienfaiteur : 5.001 à 20.000 fr. ; fondateur (création d'un lit) : à partir de 20.000 fr.

INTERNES DE L'HÔPITAL BROUSSAIS. — Mlle Perrin, 10 fr.; MM. Thor, 10 fr.; Perless, 10 fr.; Degland, 20 fr.; Marchal, 20 fr.; Nirre, 20 fr.; Dulmines, 20 fr.; André, 20 fr.; Thomas, 20 fr.; Busson, 10 fr.; Walser, 20 fr.; Zimmer, 20 fr.; Kanatjones, 10 fr.; le docteur Moyre, 20 fr.

EXTERNES DE L'HÔPITAL BROUSSAIS. — MM. Gobert, 20 fr.; Pissavy, 20 fr.; Hamet, 10 fr.; Leconte, 20 fr.; Caperet, 20 fr.; Chamfague, 20 fr.; Imbert, 20 fr.; Vermorel, 20 fr.; Brisset, 10 fr.; Fayot, 20 fr.; Chureau, 10 fr.; anonyme, 10 fr.; anonyme, 10 fr.; anonyme, 10 fr.; MM. Quemeau, Ardouin, 10 fr.

HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS. — MM. Delthy, 10 fr.; Boequentin, 10 fr.; Mifret, 10 fr.; Vromet, 10 fr.; Mlles Latil, 10 fr.; Peillon, 10 fr.; M. Porlier, 10 fr.; anonyme, 10 fr.; MM. Brunel, 10 fr.; Fabesse, 10 fr.

HOSPICE D'IVRY. — Mlle Boutin, 20 fr.; MM. Piettre, 20 fr.; Delaunay, 10 fr.; Maruani, 10 fr.; Fau, 10 fr.; Briau, 10 fr.; Moyse, 20 fr.; Mme Moyse, 20 fr.; MM. Bidegaray, 6 fr.; Sautet, 10 fr.; Schwob, 10 fr.; Rouart, 10 fr.; Arnaud, 10 fr.; Buisson, 5 fr.; Brémont, 10 fr.; Nouail, 10 fr.; Philippon, 5 fr.; Baldy, 10 fr.; Mlle Mayer, 20 fr.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. — MM. le docteur Thoyer-Rozat, 20 fr.; Lenorte, 5 fr.; Hermon, 5 fr.; Guillot, 5 fr.; Ginestet, 5 fr.; Delorme, 2 fr.; Salomon, 5 fr.; Prévot, 5 fr.; Leguil, 5 fr.; Hélikourtol, 5 fr.; Ranglaret, 5 fr.; Marcou, 4 fr.; Sebovith, 5 fr.; Gardener, 5 fr.; Rouzau, 10 fr.; Jellow, 4 fr.; Jacob, 5 fr.; Vandenlossche, 5 fr.; Metar, 5 fr.; Mongol, 5 fr.; Roger, 5 fr.; Saldau, 5 fr.; Fleury, 10 fr.; Zaliour, 5 fr.; Polacco, 5 fr.; Gallais, 5 fr.; Fouquet, 5 fr.; Macassard, 5 fr.; Caillaud, 5 fr.; Gadaud, 5 fr.; Bosquet, 5 fr.; Fort, 5 fr.; Blanch, 5 fr.; Huseli, 5 fr.; Kaufmann, 5 fr.; Brioss, 5 fr.; Jeannet, 5 fr.; Gautheron, 10 fr.; Maucon, 5 fr.; Preux, 5 fr.; Fellous, 5 fr.; Roy, 5 fr.; Mouneyrat, 10 fr.; Prugniaud, 5 fr.; Penault, 5 fr.; Casali. 5 fr.; Marie, 5 fr.; anonymes, 89 fr.

HÔPITAL NECKER. — MM. Raissié, 5 fr.; Joly, 5 fr.; Ribadeau-Dumas, 5 fr.; Thibournem, 5 fr.; de Calma, 5 fr.; Frenck, 10 fr.; Picot, 10 fr.; Brisard, 5 fr.; Duvernoy, 10 fr.; Gabué, 5 fr.: Mével, 10 fr.; Piollet, 10 fr.; R. de Vencourt, 10 fr.; Boussan, 5 fr.; Sourdille, 10 fr.; Magloire, 10 fr.; Roulin, 10 fr.; Motz, 10 fr.; Rollet, 5 fr.; Barbellier, 5 fr.; Segond, 10 fr.; Bulac, 5 fr.; Monnier, 5 fr.; Lelièvre, 5 fr.; Bailly, 5 fr.

INTERNES DE L'HÔPITAL DES ENFANTS-MALADES. — MM. Bardy, 5 fr.; Rocheter, 5 fr.; Cayentier, 5 fr.; Senoze, 5 fr.; Fouché, 5 fr.; Néron, 5 fr.; Buprain, 2; Mezard, 5 fr.; Mlle Boegre, 5 fr.; MM. Choffé, 5 fr.; L'Hoir, 5 fr.; Grippon, 8 fr.; Bonneter, 5 fr.; Bernheim, 10 fr.; Néron, 6 fr.; Mlle Laurent, 10 fr.; MM. Levaselin, 20 fr.; Mezard, 5 fr.

HÔPITAL LARIBOISIÈRE. — MM. Cautron, 20 fr.; Baillet, 10 fr.; Coudrier, 10 fr.; Hamelin, 20 fr.; Dupuy, 5 fr.; Masquet, 5 fr.; Artroguet, 5 fr.; Puccinelli, 5 fr.; Vernier, 5 fr.; Fabre, 5 fr.; Messiny, 5 fr.; Hepp, 5 fr.; Picarda, 5 fr.; Deelak, 5 fr.; Pithin, 5 fr.; Hamon, 5 fr.; Delange, 5 fr.; Lifchitz, 5 fr.; Le Loupp, 5 fr.; Martin, 6 fr.; Werter, 6 fr.; Miget, 10 fr.; Malfort, 10 fr.; Thiéry, 5 fr.; Redaud, président de l'A. E., 20 fr.; Vaudoin, 5 fr.; Jehiel, 10 fr.; Farret, 10 fr.; Depouilly, 10 fr.; Bruchon, 10 fr.; Wauthier, 10 fr.; Cousin, 10 fr.; Leconte, 10 fr.; Benaerts, 5 fr.; Grasset, 5 fr.; Van der Elst, 5 fr.; Rougnès, 10 fr.; Kapandji, 10 fr.; Fourmi, 5 fr.; Maggior, 10 fr.; Morin, 5 fr.; Baudelot, 5 fr.; anonymes, 216 fr.

RÉCAPITULATION

Souscriptions des internes et externes des hôpitaux de Paris.

M. Jean Dalsace, interne	500
M. Robert Worms, interne	300
M. Yves Wickham, interne	200
Internes en médecine de l'asile de Villejuif	30
Internes en médecine de l'hôpital de la Maternité	81
Internes et externes de l'hôpital de Vaugirard	150
Internes en médecine de l'hôpital de la Charité	211
Internes en médecine de l'hôpital Laënnec	140
Internes et externes de l'hôpital Bichat	105
Internes de l'hôpital départemental de Nanterre	400
Internes de l'hôpital maritime de Berck-Plage	150
Internes de l'hôpital Broca	160
Externes de l'hôpital Broca	255
Internes et externes de la clinique Tarnier	245
Internes de l'hôpital Hérold	100
Hôpital du bastion 29	50
Internes et externes de l'hôpital Tenon	167
Internes en pharmacie de l'hôpital Lariboisière	160
Internes de l'hôpital Andral	65
Internes en pharmacie de l'hôpital Saint-Antoine	100
Hôtel-Dieu	500
Externes en médecine de l'hôpital de la Pitié	359
Internes en médecine de l'hôpital de la Pitié	200
Externes de l'hôpital Broussais	240
Internes de l'hôpital Broussais	230
Externes de l'hôpital des Enfants-Assistés	100
Externes de l'hôpital Trousseau	50
Internes en pharmacie et externes en médecine de l'hospice d'Ivry	226
Hôpital Lariboisière (M. Gaston Redeaud, président de l'Association des externes : 20)	553
A reporter...	6.027
Report...	6.027
Hôpital Necker	180
Mme Laurens, hôpital Bretonneau	20
Hôpital Beaujon	435
Internes en médecine de l'hôpital des Enfants-Malades	115
Hôpital Boucicaut	68
Internes de l'hôpital Rothschild	60
Hôpital Cochin	130
Externes de l'hôpital Laënnec	140
Hospice de la Salpêtrière	75
Hospice de Bicêtre	215
Externes de la Maison municipale de santé	75
Total des souscriptions	7.540

LIVRES NOUVEAUX

La Pratique chirurgicale illustrée [fasc. VII] (1), par Victor PAUCHET.

Le succès de la Pratique chirurgicale illustrée est prouvé par les nouvelles éditions et les traductions anglaise, espagnole. Sa caractéristique *est le texte minimum et l'image maxima*.

Comme l'auteur est actuellement spécialisé dans la chirurgie digestive, la prostatectomie et la thyroïdectomie, il a prié des collègues compétents de décrire les opérations des autres pratiques.

Dans le fascicule 7, Virenque, « chirurgien esthétique » a décrit le procédé pour guérir les rides de la face et du cou.

Victor Veau donne une admirable technique de la staphylorraphie.

Henri Judet, avec de nombreuses figures et radiographies, explique le traitement des fractures *récentes par les appareils (membres supérieurs)*. Cette question avait déjà été traitée par la méthode sanglante, par le docteur Dujarier.

Enfin Victor Pauchet décrit les *branchiomes du cou, le cancer thyroïdien*, le traitement *des ulcus gastriques haut situés, par la résection en gouttière, l'ulcus gastrique et duodénal, le cancer d'estomac, et les perforations duodénales aiguës*. Tous ces traitements sont d'actualité. La plupart des chirurgiens refusent d'opérer les ulcus gastriques haut situés, ou font de simples gastro-entérostomies dont le résultat est à peu près nul. Grâce au procédé « en gouttière » indiqué par Victor Pauchet, la résection des ulcus haut situés n'est pas plus grave que celui d'un ulcus siégeant à la partie moyenne ou inférieure de l'estomac. Les perforations duodénales sont également décrites avec beaucoup de détails. En principe, l'auteur fait la suture pure et simple de la perforation duodénale, mais quand celle-ci est trop grande, il est nécessaire de réséquer le duodénum. Il n'y a pas deux cas semblables, chacun comporte une indication spéciale; c'est ce que cet article explique.

Dans ce fascicule 7, Victor Pauchet affirme une fois de plus sa grande expérience en chirurgie gastro-intestinale. Dans chaque nouveau fascicule, sa technique est simplifiée, ses résultats montrent une bénignité plus grande et ses résultats éloignés se montrent plus définitifs. Cette simplicité et cette bénignité s'affirment surtout dans deux sortes de chirurgie : — a. *celle de l'ulcus* pour lequel la gastrectomie est aussi bénigne que la gastro-entérostomie; — b. *la chirurgie du gros intestin*; qu'il s'agisse de cancer ou de déformations simples comme le méga-côlon, la stase intestinale ou le dolichocôlon. La bénignité de ces dernières opérations tient à ce qu'elles sont faites en deux temps. Dans le premier temps, l'opérateur fait un Mickulicz, c'est-à-dire qu'il pratique l'abouchement des deux extrémités intestinales à la peau. Huit jours plus tard, il pratique l'entérotomie avec entérotome et un mois plus tard la fermeture de l'anus, extra-péritonéale.

Ainsi pratiquée, la chirurgie du côlon devient bénigne.

(1) Un volume grand in-8 jésus de 256 pages, avec 188 figures, dessinées d'après nature, par S. DUPRET. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin.

Chirurgie de l'ulcus gastrique, chirurgie du côlon sont actuellement bénignes comme les opérations d'appendicite, de hernie, de goitre. etc..,

L. G

QUESTION D'INTERNAT

LES MÉSENTÉRIQUES

DÉFINITION

Au nombre de deux les mésentériques se partagent l'irrigation de l'intestin : la mésentérique supérieure se distribue au grêle au côlon droit, la mésentérique inférieure au côlon gauche et à une partie du rectum. L'arcade de Riolan qui les anastomose irrigue le côlon transverse.

Leur étude présente un intérêt chirurgical énorme pour les résections intestinales, les anastomoses, l'établissement des anus artificiels, les amputations du rectum.

EMBRYOLOGIE

Primitivement l'intestin est vertical. C'est l'*anse ombilicale* dont la branche descendante formera le grêle, la branche ascendante, le gros intestin et une minime portion du grêle. La *mésentérique supérieure* se termine au canal omphalo-mésentérique formant l'axe du *mesenterium commune*. Ses branches supérieures se distribuent au duodénum et au jéjuno-iléon, ses branches inférieures au côlon.

La *mésentérique inférieure* se termine au cloaque cheminant dans le méso de l'intestin terminal donnant trois branches coliques.

Une torsion se produit en sens inverse des aiguilles d'une montre autour de la mésentérique supérieure comme axe.

L'*angle duodéno-jéjunal* se trouve porté à droite, au-dessous, puis à gauche de l'origine de l'artère, ce qui explique le croisement de Du III par l'artère.

L'*angle iléo-cæcal* se trouve porté à gauche au-dessus, puis à droite de cette même origine.

Des accolements surviennent.

1° **Dans la zone de la mésentérique supérieure.** — La mésentérique s'accole à son origine, c'est la racine primitive du mésentère qui par un accolement secondaire *se déplace à gauche* : la mésentérique supérieure dans la disposition de l'adulte *n'y est plus contenue dans ses premiers centimètres.*

— Tous les mésos situés à droite de la mésentérique s'accolent, tous les mésos situés à gauche restent libres. Seul des mésos droits le mésocôlon transverse reste libre.

— En définitive les artères coliques seront rétro-péritonéales, sauf celles du mésocôlon transverse qui, comme les branches du grêle seront intra-péritonéales.

2° **Dans la zone de la mésentérique inférieure.** — Le mésocôlon descendant s'accole, le mésocôlon pelvien reste flottant. Donc l'artère mésentérique inférieure et ses branches coliques gauches seront rétropéritonéales, l'artère du mésocôlon pelvien intrapéritonéale.

LA MÉSENTÉRIQUE SUPÉRIEURE

Origine. — Naît de l'aorte abdominale, à hauteur de L I L II ou du disque qui les sépare au-dessous du tronc cæliaque en dedans des artères rénales, au-dessus des artères spermatiques.

Trajet direction. — Oblique elle se dirige en bas à droite et en avant.

Elle est *rectiligne* en réalité car sa

Terminaison se fait au diverticule de Meckel à 60 ou 90 centimètres de l'angle iléo-cæcal.

Longueur 23 ou 25 centimètres.

Ses rapports sont donc à envisager en trois portions : rétropéritonéale, préduodénale, dans le mésentère.

RAPPORTS. — I. **Rétropancréatique.** — Elle répond :

En arrière. — A l'aorte abdominale dont elle est séparée par du tissu celluleux.

— La veine rénale gauche allant à la veine cave à droite de l'aorte passe au-dessous de l'origine de l'artère dans l'angle aigu qu'elle forme avec l'aorte.

— Les ganglions lymphatiques juxta-aortiques sont à droite et à gauche de l'aorte.

— Les ganglions nerveux forment deux plexus.

a. *Mésentérique supérieur*, deux ganglions unis par une anastomose en croissant sous l'origine de l'artère.

b. *Aortico-rénal*, plus bas, difficile à séparer avec ses branches afférentes venant du plexus solaire, des semi-lunaires, ses branches efférentes le long de la mésentérique supérieure.

A gauche. — L'angle duodéno-jéjunal relié par le muscle de Treitz au pilier gauche.

— Le Du IV sépare l'artère du bord interne du rein. Entre ces deux organes la veine mésentérique inférieure qui s'unit à la veine splénique au-dessus et à gauche de l'artère mésentérique supérieure.

— La capsule surrénale gauche.

A droite, deux plans veineux.

— En avant, la mésentérique supérieure recevant la splénique grossie de la petite mésentérique et constituant la veine porte (quadrilatère veineux de Rogie avec la veine rénale gauche).

— En arrière la veine cave inférieure reposant sur le pilier droit du diaphragme dont elle est séparée par la capsule surrénale droite à un niveau un peu plus élevé.

En avant. — L'isthme du pancréas.

— Le fascia de Treitz s'arrête au flanc droit de l'artère pour se réfléchir et tapisser la face postérieure de la tête du pancréas.

II. **Préduodénale.** — Elle répond :

En haut, au bord inférieur du pancréas.

En bas, au petit pancréas de Winslow qui la déborde à gauche.

— Au Du III : la pathogénie de l'occlusion intestinale post-opératoire est expliquée par le pincement du duodénum sous l'artère.

A gauche au Du IV : son bord est longé par la racine du mésentère que l'artère va pénétrer.

A droite, la veine mésentérique supérieure, limite gauche du quadrilatère de Quénu (projection du cholédoque rétro-pancréatique).

En avant, le côlon transverse.

L'artère se recourbe en arceau autour de Du III et pénètre dans le mésentère.

III. **Mésentérique.** — LE MÉSENTÈRE, a la forme d'un éventail. Il présente un bord intestinal, une racine qui va du flanc gauche de LII à la fosse iliaque droite, deux faces droite et gauche.

a. L'ARTÈRE, SOUS LE DU III, ENTRE dans le mésentère et chemine dans la racine avec un paquet vasculaire :

— *Veine mésentérique*, supérieure à droite puis en avant.

— *Lymphatiques*, allant aux ganglions juxta-aortiques.

— *Nerfs* efférents du plexus mésentérique. Ces organes sont noyés dans un feutrage cellulo-graisseux : la racine est épaisse, le bord intestinal mince.

b. L'ARTÈRE CROISE AINSI SUCCESSIVEMENT. — La veine cave inférieure avec les ganglions lymphatiques pré-cave (groupe juxta-aortique droit).

— Le psoas, face antérieure.

— Les vaisseaux spermatiques, l'uretère droit, se croisant à hauteur de L III.

— Le long des vaisseaux iliaques primitifs arrive à hauteur de l'articulation sacro-iliaque.

Mais suivant la description moderne, les rapports qu'affecte l'artère avec la spermatique et l'uretère sont très éloignés, car l'artère *a quitté la racine du mésentère pour cheminer à distance d'elle dans le mésentère.* *(A suivre.)*

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 81. — SAMEDI 10 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 10 OCTOBRE 1925. — N° 81.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie — Croatie — Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

XXXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — La séance inaugurale du XXXIVe Congrès français de chirurgie a eu lieu lundi au milieu de l'affluence habituelle.

A côté de M. Léon Bérard (de Lyon), président du Congrès, avaient pris place M. Emile Borel, ministre de la Marine, membre de l'Académie des sciences, représentant le gouvernement; MM. Tuffier, président du Congrès de l'an dernier; J.-L. Faure, vice-président du XXXIVe Congrès; Roger, doyen de la Faculté de médecine; Dopter, directeur du Val-de-Grâce; Coville, directeur de l'enseignement supérieur; Justin Godard, ancien ministre; Walther, Auvray, secrétaire général; puis MM. Hartmann, Gosset, Sébileau, Legueu, Desnos, Jean Lépine (de Lyon), Forgue (de Montpellier), Jules Bœckel (de Strasbourg), Zawadsky et Kynski (de Varsovie), Loano (de Saragosse), le médecin inspecteur général Chavasse, Thévenot (de Lyon), Pierre Duval. Dans l'amphithéâtre, la plupart des chirurgiens de Paris et de province, MM. Léon Imbert et Reynès (de Marseille), Billet (de Lille), Jeanbrau (de Montpellier), Patel, A. Chalier, Paul Bonnet (de Lyon), Willems (de Liége), Lorthiois, Mayer (de Bruxelles), Sorel (de Berck), Cl. Regaud, les médecins inspecteurs Boisson et Lasne, les médecins principaux Rouvillois et Uzac, MM. de Martel, Fredet, Dujarier, Labey, Pauchet, etc., de nombreux chirurgiens italiens, hollandais, espagnols, danois et suisses.

M. Léon Bérard, dans son discours inaugural, salue ses devanciers, MM. Témoin et Tuffier; puis il expose les avantages de la décentralisation scientifique et il trace un magistral tableau des travaux de l'Ecole lyonnaise dont il est un des plus brillants représentants. Il montre notamment tout ce que les chirurgiens de Lyon ont fait dans le domaine de la chirurgie ostéo-articulaire, évoquant les noms illustres de Gensoul, Bonnet, Ollier, et de leurs successeurs Vincent, Daniel Mollière, Léon Tripier, Antonin Poncet, Michel Gangolphe, les deux Pollosson, Jaboulay, autant de flambeaux lumineux dignes de leurs grands prédécesseurs.

« Si les techniques plus modernes d'Albin Lambotte et de Lane pour les ostéosynthèses, d'Albee pour les greffes osseuses, ont apporté des facilités nouvelles à la réparation des pertes de substance du squelette, ajoute-t-il, ce sont cependant encore les greffes fragmentaires périostées d'Ollier qui nous permirent, comme à Delagénière et à tous ses autres imitateurs, de réparer aussi simplement que correctement un grand nombre de pseudarthroses chez les blessés. »

Après un appel éloquent en faveur des laboratoires, M. Bérard, suivant l'usage, fait l'éloge des morts de l'année : Alexis Thompson, Domingues de Oliveira, Goris (de Bruxelles), Depage, le grand patriote et le noble représentant de la chirurgie belge; Malapert (de Poitiers), Klein (d'Auxerre), Paul Delbet (de Paris), Francis Villar (de Bordeaux), le médecin inspecteur général Février, Edouard Schwartz, Edmond Potherat, enfin Jean Bergonié.

M. le ministre de la Marine salue les congressistes au nom du gouvernement et à son tour il montre l'importance de cette chirurgie provinciale qui est l'honneur de la science française, il montre aussi la grandeur des Universités de province qui constituent des centres aussi dignes d'attirer les étrangers que la vieille Université de Paris.

Dans son rapport annuel, M. Auvray, secrétaire général, expose les progrès réalisés par l'Association. Il indique que l'exposition si brillante qui accompagne le Congrès est complétée comme l'an dernier déjà par une salle exposant des radiographies, en particulier la belle collection de Sorel (de Berck), et celles de Dujarier, les photographies de Stéfani

relatives à l'électrocoagulation chirurgicale, des pièces anatomiques, des instruments ou appareils nouveaux : tels ceux de Rouvillois pour l'appareillage des fractures de l'humérus et du fémur, etc.

M. Auvray souhaite enfin la bienvenue aux nouveaux membres de l'Association qui compte en 1925 le nombre imposant de 912 adhérents, preuve nouvelle de la vitalité de l'Association française de chirurgie.

Une suspension de séance permit aux congressistes de se répandre dans l'exposition et de renouer dans la cour de la Faculté les cordiales causeries qui font le charme de ces réunions annuelles, puis le Congrès commence ses travaux, par l'audition du rapport de M. Gaudier (de Lille) sur les résultats éloignés donnés par les différentes méthodes de traitement du cancer du rectum.

SÉANCE D'OUVERTURE DU XXVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE D'UROLOGIE. — Mardi s'est ouvert à la Faculté de médecine le XXVe Congrès français d'urologie.

Le docteur Gayet (de Lyon), président du Congrès, a rendu hommage aux fondateurs de l'Association, le docteur Desnos (de Paris) et le docteur Pousson (de Bordeaux) et il a montré le grand développement pris par les travaux de l'Association.

Le docteur Brongersma (d'Amsterdam) s'est fait l'interprète des membres étrangers de l'Association qui viennent de fonder un prix important à décerner périodiquement à des travaux d'urologie.

Puis M. Papin (de Paris) a exposé son rapport sur « la dérivation haute des urines ».

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est provisoirement composé de MM. Leblanc, Pruvost, Moreau, Girod, de Gaudart d'Allaines, Moulonguet, Gatellier, Hutinel, qui acceptent; Velter, qui n'a pas encore fait connaître son acceptation.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Lagèze, Levrat, Rebou, Barral, Vachez, Mlle Gaumont, MM. Charachon, Bozonet, Denis, Pasquier, Rousselin, Lyonnet, Bauvry, Dubouloz, Freydel, Treppoz, Christy, Garcin, Regad, Bruyère.

Internes suppléants : MM. Carle, Imbert, Boyer, Pipard, Etienne Martin, Mlle Guillemin, M. Rousset, Mlle Weill, MM. Bernet, Bouisset, Janin, Brunat, Vallin, Armanet, Thevenon, Aulagner, Burlet, Goujon, Mlle Palot, MM. Carcassonne, Meynert, Bard, Nova, Mlle Mercier, MM. Roman, Monier.

Le jury était composé de MM. Cordier, Chalier, Gaté, Leriche, Cotte, Santy et Rhenter.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LES PRÊTS D'HONNEUR AUX ÉTUDIANTS. — La commission des finances à la Chambre vient de porter à 2 millions le crédit pour les prêts d'honneur aux étudiants qui était réduit de moitié dans le projet de budget déposé par le gouvernement.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — Le *Journal officiel* du 6 octobre publie, p. 9654 à 9660, la très longue instruction relative à l'admission en 1926 dans les trois écoles annexes de médecine navale et à l'Ecole principale du Service de santé de la marine.

VISITE DE MÉDECINS TCHÉCO-SLOVAQUES. — Mardi 20 octobre une centaine de médecins tchéco-slovaques arriveront à Paris et y resteront jusqu'au dimanche 24 après-midi, jour de leur départ pour Prague. Le matin de leur arrivée ils se rendront aux bureaux de l'Association pour le développement des relations médicales (A. D. R. M.) à la Faculté de médecine. Pendant leur séjour à Paris ils comptent voir les principaux hôpitaux et établissements scientifiques, consacrant toutefois une partie de leur après-midi à des visites de monuments, musées, etc. Le mercredi 21, le docteur Ammerling, qui dirige leur excursion, fera au Collège de France une conférence sur « Purkyne, fondateur de la médecine tchèque, ses rapports avec Claude Bernard et avec la médecine française. »

LES VISITES MÉDICALES PÉRIODIQUES DES CONDUCTEURS DE LA T. C. R. P. — Le syndicat du personnel des transports en commun de la région parisienne a adressé une liste de revendications à la direction demandant notamment la suppression des visites périodiques.

La direction a répondu que « les visites *médicales* périodiques instituées en vue d'éviter les accidents graves sont indispensables pour vérifier que les machinistes jouissent toujours des facultés physiques nécessaires à leur emploi. Lorsque des vies humaines, à commencer par celles des agents eux-mêmes, sont en jeu, rien ne doit être négligé pour assurer le maximum de sécurité. »

C'est l'évidence même, et ce n'est pas au moment ou l'Académie de médecine étudie les moyens d'imposer de semblables visites aux mécaniciens des grands rapides qu'il serait opportun de céder à la nouvelle prétention émise par le syndicat.

CONTRE L'AVORTEMENT. — Le *Journal officiel* du 7 octobre publie un décret portant application à l'Algérie de la loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et la propagande anticonceptionnelle.

DISPENSAIRES D'HYGIÈNE SOCIALE ET DE PRÉSERVATION ANTITUBERCULEUSE DU FINISTÈRE. — Un concours sur titres, en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des quatre circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère, aura lieu dans la première semaine de novembre.

Les candidats doivent être Français, âgés d'au moins vingt-huit ans et être pourvus du diplôme de docteur en médecine français et s'engager à ne pas faire de clientèle. Ils peuvent toutefois être appelés en consultation par les médecins traitants.

Le traitement annuel de début est fixé à 25.000 francs, susceptible d'augmentation de 1.000 francs tous les deux ans jusqu'au minimum de 30.000 francs. Les médecins spécialisés bénéficient, en outre, d'une indemnité annuelle de logement de 1.200 francs, des indemnités familiales de 600 francs par enfant).

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétariat permanent du Comité d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du département du Finistère, préfecture de Quimper.

HÔTEL-DIEU. — Le vendredi, à 9 h. 30, salle Sainte-Monique, le docteur Leven : Consultation et leçon sur les maladies des voies digestives.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Dion, doyen des médecins du district de Québec, décédé à Charlesbourg (Canada); Jules Lalou (de Cannes), Paul Michel (de Lyon) et Georges Raisin (de Bourg).

NOTES DE PRATIQUE

ASYSTOLIE DES CARDIOPATHIES ARTÉRIELLES

1° Lutter contre l'intoxication par la prescription du régime lacté absolu et des cachets de Théosalvose pure ou phosphatée (3 à 4 cachets de 0g50 par jour).

2° Lutter contre l'insuffisance du myocarde par la digitale (macération ou infusion).

Ou encore, prendre 3 à 4 cachets, par jour, de Théosalvose digitalique à 0g50.

REVUE GÉNÉRALE

SYMPATHÈSES DIGESTIVES, HÉPATO-PANCRÉATIQUES ET HÉPATO-DUODÉNO-PANCRÉATIQUES

Par MM. C. ODDO,
Professeur de clinique médicale à l'Ecole de Marseille,
CH. DE LUNA,
Médecin des hôpitaux,
et JEAN ODDO,
Ex chef de clinique médicale.

Parmi les relations pathologiques du foie et du pancréas il en est qui appartiennent aux troubles de la nutrition : tel le diabète sucré. Nous ne nous en occuperons pas dans ce travail exclusivement consacré aux sympathèses digestives. Celles-ci sont de deux ordres ; les unes sont exclusives et directes, elles relèvent surtout de troubles circulatoires ; les autres, au contraire, s'exercent par l'intermédiaire du duodénum, elles dépendent de troubles sécrétoires et canaliculaires. Elles forment d'ailleurs un groupement très autonome dont nous trouvons l'origine dans l'embryologie et dans la physiologie. C'est par celles-ci que nous commencerons notre étude en raison de leur importance et de leur intérêt.

Reprenant le plan que nous avons toujours employé dans nos précédents travaux (1), avant d'entreprendre la description des principaux syndromes morbides dans lesquels la sympathèse joue un rôle particulièrement manifeste ou mieux mis en évidence, nous étudierons en quelques mots les relations anatomophysiologiques de ces trois organes.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

On sait que le foie et le pancréas ont des rapports anatomiques de contiguïté sur lesquels il serait oiseux de s'étendre. Leurs canaux excréteurs viennent s'aboucher isolément mais côte à côte dans le duodénum au niveau de l'ampoule de Vater; de ce fait, aussitôt excrétés, bile et suc pancréatique se trouvent intimement mélangés et mêlés au suc duodénal.

Cette proximité anatomique trouve son explication première dans une communauté d'origine embryologique. Sur la paroi antérieure de la portion du tube digestif primitif qui sera ultérieurement le duodénum, naît un bourgeon, origine commune du foie et du pancréas. Tandis que la partie antérieure donnera naissance au tissu hépatique et aux canaux excréteurs, la partie postérieure formera la vésicule biliaire. Du pédicule même de cette évagination (origine du cholédoque) se détachent deux bourgeons qui donneront la tête et le corps du pancréas, la queue naissant par un bourgeon spécial issu de la face postérieure du duodénum.

Cette communauté d'origine se retrouve dans l'évolution phyllogénique : Chez certains animaux, en particulier chez les mollusques il n'existe qu'un organe, le foie, dont certaines cellules différenciées jouent le rôle de pancréas.

Enfin on se souvient que les relations vasculaires du foie et du pancréas sont des plus intimes. Tout le sang de la circulation porte traversant le pancréas par la branche splénique du tronc-porte se rend directement au foie, la glande hépatique étant ainsi placée comme un véritable barrage régulateur sur la circulation de retour du pancréas. On conçoit que toutes les altérations de ce barrage hépatique auront forcément une répercussion sur l'équilibre sanguin du système porte dont le contre-coup se fera sentir immédiatement sur la glande pancréatique.

La physiologie de ces deux organes est bien intimement liée et plus intimement encore peut-être à la physiologie du duodénum. Nous allons retrouver ici, plus encore peut-être que dans nos précédentes études, ces interrelations physiologiques unissant les différents organes qui sont bien, en même temps que le canevas, la cause intime des sympathèses. Dans une récente étude, nos excellents amis Turriès et Massot ont bien montré la physiologie commune du foie et du pancréas qui leur permet de considérer ces deux organes comme une seule entité physiologique : l'hépato-pancréas. Mais comme nous le disions au début de cette étude, le trait d'union de ces relations digestives est avant tout le duodénum. point de rassemblement des différents sucs biliaire et pancréatique, plus encore point de départ de l'incitation nerveuse et humorale qui amène la sécrétion bilio-pancréatique, le suc duodénal étant de plus lui-même nécessaire pour activer les différents sucs en particulier pancréatiques (coferments de Roger).

Nous retrouverons mieux cette synergie physiologique en analysant les faits d'un peu plus près.

1° Rôle du duodénum dans la sécrétion hépato-pancréatique. — On sait que le premier agent de la sécrétion biliaire et pancréatique est le passage du chyme acide venant de l'estomac au niveau du duodénum. Les expériences classiques de Bayling et Starling ont permis de mettre en évidence la modalité de cette action. Sous l'influence du chyme acide sur la muqueuse glandulaire du duodénum se produit de la sécrétine et de la sapocrinine qui passant par la circulation sanguine viennent agir sur le tissu hépatique et pancréatique pour stimuler les sécrétions de ces deux glandes. La manœuvre classique consistant dans le tubage duodénal, à provoquer le flux bilio-pancréatique par l'ingestion d'une certaine quantité d'acide dilué, n'est qu'une illustration de ce fait physiologique bien connu.

Cette communauté d'action va se retrouver dans la digestion des diverses aliments.

2° Digestion des albuminoïdes. — C'est la trypsine pancréatique qui agit sur la désintégration de la molécule albuminoïde commencée au niveau de l'estomac. Mais d'une part seul le suc duodénal — l'entérokinase — a le pouvoir d'activer la trypsine pancréatique, d'autre part la bile est nécessaire, en neutralisant le chyme stomacal acide et en le coagulant favorisant l'hydrolyse nécessaire aux dédoublements de la molécule protéique. Nous aurons une application de ce fait dans l'étude de la pathogénie de la pancréatite hémorragique.

3° Digestion des hydrates de carbone. — Bile et entérokinase concourent ici encore à la digestion des hydrocarbones en activant l'amylase pancréatique chargée de dédoubler les hydrates de carbone en dextrine et maltose.

4° Digestion des graisses. — Beaucoup plus importante encore est l'action combinée de la bile et

(1) Voir *Gaz. des hôpit.* 1923, p. 637, 669, et 1924, p. 21; 61, 1321.

de la lipase pancréatique dans la digestion des graisses. Alors que pour les aliments précédents nous avons vu la bile n'intervenir que de deuxième main dans la digestion soit en neutralisant le chyme, soit en activant le suc pancréatique, dans la digestion des graisses l'action de la bile ou mieux des sels biliaires s'exerce directement. Ici chacun des deux facteurs semble agir pour son propre compte dans le but commun. Il semble même qu'alors que la bile est indispensable au suc pancréatique pour l'activation de la lipase, les sels biliaires isolés soient nécessaires et suffisants à l'émulsion des graisses. Par l'épreuve des hémoconies Lemierre et Brûlé ont montré en effet que l'absence des sels biliaires s'oppose au passage des particules de graisse finement émulsionnées dans le sang circulant. Ce fait permet à Brûlé (Recherche sur les ictères) de conclure : « la bile est indispensable tandis que le suc pancréatique ne l'est pas » et il ajoute « il va sans dire qu'une telle constatation ne permet pas de nier le rôle normal du suc pancréatique dans l'absorption des graisses : ce rôle est sans doute important mais des suppléances sont incontestablement possibles », en particulier des suppléances d'ordre gastrique (Falloire, Leviter, London) et intestinales (Schiff, Trouin, Boldireff). Les actions de suppléance sont même une nouvelle relation de plus entre les deux sucs que nous étudions et Mauban a montré par le tubage duodénal et le dosage des diverses composants du suc pancréatique que ces derniers sont nettement plus actifs en cas de rétention biliaire (Caractères biologiques et chimiques du suc duodénal dans les ictères. Société Biologique, 1er mai 1920).

L'association physiologique des trois organes répond donc à un triple mécanisme :

D'interdépendance : Activation du suc pancréatique par la bile et le suc duodénal;

D'action commune : Digestion des graisses par les deux sucs biliaire et pancréatique;

Enfin *de suppléance* : jusqu'à un certain point en cas de déficience de l'un des deux.

PATHOLOGIE

Les notions physiopathologiques constituant le fondement général de ces sympathèses, nous classerons dans le premier groupe où les trois organes entrent en jeu, quoique de façon inégale :

1° La dyspepsie duodénale ou sympathèse sécrétoire hépato-duodéno-pancréatique typique.

2° La sympathèse hépato-duodénale pancréatique de la pancréatite hémorragique.

3° Les sympathèses plus restreintes hépato-duodénale et duodéno-pancréatique.

Puis nous présenterons l'étude des sympathèses hépato-pancréatiques.

I. La dyspepsie duodénale, sympathèse hépato-duodéno pancréatique sécrétoire. — Elle est la conséquence de toute modification qualitative ou quantitative survenue dans chacune des sécrétions biliaire, pancréatique, et duodénale proprement dite. On a vu l'étroite solidarité dans le mécanisme de leur production et la synergie fonctionnelle dans la digestion intestinale : c'est donc par des troubles de cette fonction duodénale (Arthus) qu'elle se caractérise.

Si l'étude biochimique de la digestion duodénale est bien faite, si l'expérimentation (travaux de Roger et Binet, de Chiray et Lebon) a bien établi la coordination et l'enchaînement de ces diverses sécrétions, spécialement l'action commune et renforcée l'une par l'autre des sécrétions biliaire et pancréatique dans le dédoublement et l'absorption des graisses, l'étude clinique de la dyspepsie duodénale, malgré la précision plus grande qu'y apporte le tubage duodénal, est encore confuse et demeure l'une des moins avancées de la pathotogie digestive.

Nous allons cependant rappeler les caractères essentiels de la dyspepsie duodénale et ses diverses modalités cliniques. Suivant la division de René Gaultier, il y a dystrypsie duodénale totale ou à prédominance biliaire ou pancréatique. Les troubles fonctionnels relèvent à la fois de l'insuffisance biliaire et pancréatique. Les uns traduisent l'état dyspeptique des premières voies : l'appétit est très variable: anorexie par troubles de la sécrétion biliaire ou boulimie relevant de la pertubation pancréatique; il y a du météorisme abdominal avec production de gaz intestinaux, la douleur est tardive après les repas et siège tant dans la zone périombilicale droite qu'au niveau du plexus solaire : Les troubles intestinaux sont plus caractéristiques encore du trouble sécrétoire dominant, surtout si l'on demande à l'examen coprologique les divers renseignements chimiques ou microscopiques qu'il peut donner. Tantôt selles alcalines diarrhéiques graisseuses, avec hypostéatolyse, présence de fibres musculaires, absence ou diminution de ferments pancréatiques : le pancréas est surtout en déficit; tantôt selles de réaction acide, d'odeur fétide, de consistance dure ou à peine molle, sans graisses visibles à l'œil nu, mais où cependant les réactifs chimiques décèlent d'abondants acides gras, très peu de sels et pigments biliaires : il y a surtout insuffisance biliaire. Si les deux insuffisances sont très accusées, la selle a l'aspect pancréatique sans pigments. Les signes physiques se réduisent à la douleur de la région duodénale par la palpation profonde et sous le contrôle radioscopique.

Parallèlement à l'insuffisance biliaire, l'atteinte de la cellule hépatique se manifeste quelquefois par une diminution notable de l'urée urinaire et un abaissement du rapport azoturique.

La dyspepsie duodénale retentit assez rapidement sur l'état général, diminuant les forces et produisant un amaigrissement notable.

L'examen du suc duodénal pratiqué suivant la technique d'Einhorn corrobore les résultats de l'examen coprologique et montre avec toute la précision des dosages des sels et pigments biliaires et de l'activité des ferments pancréatiques (surtout amylase et trypsine), la valeur du suc duodénal et de ses composants. Les divers types de dyspepsie duodénale que la clinique permet de classer sont :

1° Celle secondaire à la dyspepsie gastrique hypopepsique. — L'insuffisance d'acidité gastrique ne provoque pas l'excitation duodénale nécessaire pour provoquer par la sécrétine la sécrétion biliaire et pancréatique. Les symptômes gastriques sont propres à l'insuffisance gastrique primitive, parmi les troubles intestinaux c'est la diarrhée qui est caractéristique : diarrhée gastrogène des auteurs (Soupault, Hayem). Mais si elle est gastrogène par son point de départ, les constatations coprologiques y décèlent un déficit global et à côté des signes de l'insuffisance gastrique : non digestion du tissu conjonctif cru, présence de microbes de provenance

gastrique, l'insuffisance biliaire et pancréatique s'y montrent en proportions variables mais assez accusées pour témoigner de la dyspepsie duodénale.

2° **La dyspepsie duodénale des biliaires.** — Elle est réalisée, quand aux troubles de la sécrétion biliaire, s'ajoute la dyspepsie pancréatique. Au cours de certaines cirrhoses veineuses du foie, des auteurs, Parmentier et Chabrol avaient suspecté l'insuffisance pancréatique comme étant à la base de certains troubles digestifs : anorexie, diarrhée précédée de fortes coliques, et avaient pu incriminer dans une certaine mesure l'insuffisance pancréatique par le dosage des graisses ; des recherches récentes de Vernhoogen et Weill ont établi au cours de nombreux cas d'ictère catarrhal, de cirrhoses hépatiques et de lithiase biliaire, la déficience pancréatique mise en évidence par le tubage duodénal.

3° **La dyspepsie duodénale des gastro-entérostomisés.** — C'est sans doute la mieux identifiée. Si elle n'est pas fréquente après cette opération, et si elle ne suffit pas à expliquer tous les troubles fonctionnels qui peuvent faire suite pendant un certain temps à la création de la nouvelle bouche, elle caractérise bien la dyspepsie intestinale post-opératoire et résulte du défaut du passage du chyme dans le duodénum, fait physiologique qui commande la sécrétion des sucs entérique et pancréatique et règle la synergie de leurs actions.

Elle présente tous les caractères que nous avons déjà mentionnés : récemment, Le Noir et R. Gaultier l'ont étudiée comparativement à l'aide du chimisme duodénal et de l'analyse coprologique. Chez certains malades opérés depuis longtemps de gastro-entérostomie, ces auteurs ont vu apparaître une glycosurie légère, transitoire et surtout dans la période digestive qu'ils rattachent volontiers à un trouble du fonctionnement duodéno-pancréatique, étant donnée la concordance du syndrome coprologique observé.

Cette dyspepsie duodénale cesse quand la bouche chirurgicale redevient continente et permet à la suppléance pancréatique de s'exercer utilement sur un chyme mieux préparé et ne se présentant que par fractions successives.

Sympathèse hépato-duodéno-pancréatique dans la pancréatite hémorragique. — On se souvient du tableau de la pancréatite hémorragique, depuis le drame pancréatique jusqu'à la forme lente avec hématocèle péripancréatique en passant par la forme aiguë et la forme subaiguë à répétition. Dans toutes ces formes le substratum anatomique est le même : hématome avec stéato-nécrose. Dans un article récent, Brocq et Binet étudiant la pathogénie de cette affection ont mis en évidence un triple facteur : rôle de la bile, rôle du suc duodénal, rôle toxi-infectieux.

L'injection de la bile dans le canal pancréatique, à condition que le pancréas soit en période de sécrétion, produit une pancréatite hémorragique. Il en est de même de l'entérokinase. Les lésions pourraient être interprétées de la façon suivante d'après ces auteurs. Il s'agit d'un processus d'autolyse avant tout. La trypsine pancréatique activée par l'entérokinase amène la digestion des tissus vasculaires et, secondairement, le processus hémorragique ; les sels biliaires et principalement le glycocholate de soude seraient responsables de la digestion des graisses pancréatiques et provoqueraient la stéatonécrose. Les données expérimentales expliquent donc la pathogénie des pancréatites hémorragiques ; le reflux biliodudénal dans les voies pancréatiques pouvant être lié soit à une augmentation de pression des voies biliaires, soit à un spasme du sphincter d'Oddi ; pour le reflux d'entérokinase il pourrait être dû à la stase duodénale ainsi que les expérimentations de Liedel et de Brocq semblent le démontrer.

Bien plus, l'aspect même des lésions paraît un peu différent dans la pancréatite d'origine biliaire et dans la pancréatite d'origine duodénale, fait qui est un argument de plus en faveur de l'interprétation des lésions par autolyse. En effet dans la pancréatite d'origine biliaire il y a prédominance de stéatonécrose, dans la pancréatite d'origine intestinale, prédominance de l'hématome.

Mais à côté de ce facteur pathogénique, Parmentier et Chabrol étudient un certain nombre de cas de pancréatites hémorragiques dans lesquelles la pathogénie semble être avant tout une origine vasculaire, celle-ci étant liée à l'hypertension portale. Cette hypertension portale peut être elle-même causée par une affection préalable hépatique ou duodénale mais surtout hépatique et, en effet, on retrouve souvent dans l'étiologie de la pancréatite hémorragique la lithiase biliaire, la cirrhose et la stéatose hépatique.

Enfin un dernier facteur semble avoir une grande importance, c'est la toxi-infection d'origine sanguine et ces pancréatites d'origine septicémique ont été étudiées par Abrami, Ch. Richet fils et Saint-Girons sous le nom de pancréatites canaliculaires hématogènes.

Ainsi qu'on le voit dans les deux formes canaliculaire et vasculaire, la sympathèse hépato-duodéno-pancréatique a une importance primordiale, mais tandis que dans la pancréatite d'origine canaliculaire le rôle du foie et le rôle du duodénum semblent également importants, dans la pancréatite d'origine vasculaire le rôle du foie est beaucoup plus manifeste que le rôle du duodénum.

En résumé dans les relations du foie, du pancréas et du duodénum au cours de la pancréatite hémorragique, la double synergie physiologique que nous avions signalée au début de ce travail aboutit : par la perturbation d'ordre digestif et canaliculaire à une *sympathèse hépato-duodéno-pancréatique* qui ne peut être démembrée.

Au contraire, la perturbation d'ordre vasculaire par hypertension portale a comme résultante la *sympathèse hépato-pancréatique*, le rôle du duodénum étant tout à fait accessoire et cette prédominance l'emportera encore dans les dernières sympathèses hépato-pancréatiques qui seront étudiées.

Sympathèse hépato-duodénale dans la lithiase biliaire. — La lithiase biliaire peut avoir des déterminations duodénales diverses : au premier degré, il s'agit de la duodénite des biliaires récemment décrite par F. Ramond et Darquier, résultant de l'atteinte du duodénum par l'infection provenant de la bile septique d'une vésicule infectée : la muqueuse duodénale devient fragile, peut saigner en l'absence même d'ulcération.

La lithiase confirmée ou fruste, par propagation du processus inflammatoire peut se compliquer même d'un ulcus duodénal et l'existence des deux affections n'est pas exceptionnelle (observations de

Hadgès, de Cade, de l'un d'entre nous) : la caractéristique clinique de cette sympathèse est moins l'association que la suppléance des symptômes ce qui rend difficile son diagnostic.

Sympathèse duodéno-pancréatique dans l'ulcère duodénal. — Par voisinage, contact même, l'inflammation aiguë du pancréas (pancréatite inflammatoire) ou sa sclérose (forme de sclérose pancréatique de Klippel et Chabrol) se rencontrent fréquemment au cours de l'ulcère duodénal. Dans les formes perforantes, le pancréas peut même servir de fond à l'ulcère. Cette sympathèse n'a pas le plus souvent d'expression clinique, mais son existence offre une grande importance chirurgicale.

II. **Sympathèses hépato-pancréatiques.** — A côté des sympathèses à trois où duodénum, foie et pancréas ont sinon une part toujours équivalente, du moins une action pathologique parallèle, il existe des sympathèses, surtout hépato-pancréatiques, dans lesquelles le duodénum ne joue pas toujours un rôle pathogénique et n'intervient pas dans les troubles morbides : anatomiquement, il y a coexistence de lésions hépatiques et pancréatiques et cliniquement, la sympathèse hépato-pancréatique est pure. Ici, le processus est essentiellement lent et progressif, qu'il s'agisse du retentissement sur le pancréas de l'affection hépatique ou de l'action d'une même cause sur les deux organes.

Cette sympathèse s'observe :

1° Au cours de la cirrhose veineuse du foie : fréquemment celle-ci se complique de cirrhose pancréatique intralobulaire, sans qu'il y ait obstruction cholédocienne ;

2° Dans la pancréatite du foie cardiaque, pancréas cardiaque de Klippel ;

3° Dans la pancréatite hypertrophique des cirrhoses biliaires (Guillain et Lefas) ;

4° Dans le diabète bronzé où les lésions pancréatiques sont souvent accusées avec surchage ferrique et pancréatite dégénérative ;

5° Dans la tuberculose simultanée des deux organes : la congestion simple du foie, le foie graisseux ou la cirrhose tuberculeuse peuvent s'associer à la sclérose discrète ou la stéatose du pancréas (observations de Carnot, de Rathery, de Loeper).

6° Mais c'est surtout la lithiase biliaire qui s'accompagne de lésions chroniques du pancréas. De nombreux auteurs, Riedel, Mayo-Robson, Dieulafoy, Terrier, Kehr, Quénu et Duval ont étudié ces relations. Faroy a écrit récemment que toute lithiase biliaire se complique de lésions du pancréas : sclérose, stéatose, ou lithiase concomitante. La pancréatite scléreuse est la plus fréqnente : dans 80 p. 100 des cas, pour Mayo-Robson, il y a cirrhose interlobulaire.

La stéato-nécrose est beaucoup plus rare que dans les pancréatites aiguës. La lithiase du pancréas coexiste fréquemment, d'après les statistiques de Nimier, Ancelet, Pierre Duval et Gatelier. Les calculs sont dans le canal de Wirsung avec obstruction du cholédoque, atrophie de la glande et altération plus ou moins profonde de la fonction pancréatique. C'est surtout la lithiase des voies biliaires, cholédoque, ampoule même de Vater qui est en cause : 39 fois sur 44, d'après les constatations opératoires de Quénu et Duval.

Le mécanisme de ces sympathèses hépato-pancréatiques est varié. Pour Gilbert et Villaret, Chabrol, la cause dominante est vasculaire et due à l'hypertension portale : celle-ci entraînant la congestion passive du pancréas, à évolution lente, puis la sclérose péri-vasculaire et l'atrophie glandulaire. Expérimentalement, par des ligatures vasculaires du système porte, Chabrol a obtenu effectivement ces divers stades pathologiques successifs. Carnot, s'appuyant aussi sur des résultats d'expérience, incrimine surtout les facteurs toxi-infectieux, toxines, exogènes, alcools, poisons urémiques, poisons cellulaires hépatiques et cyto-toxines pancréatiques et il accorde une très grande importance à l'infection propagée par des voies diverses. Korte croit que l'envahissement du pancréas se fait par les ganglions juxta-biliaires intrapancréatiques. L'infection du pancréas se réalise surtout par la voie canaliculaire : infection le plus souvent à point de départ duodénal, soit par les microbes exogènes (bacille typhique) soit par les saprophytes du duodénum. De fait ces divers facteurs pathogéniques doivent s'associer en proportion variable. Dans la pancréatite de la cirrhose veineuse, l'hypertension joue le rôle premier et prédominant, mais l'intoxication alcoolique peut scléroser le pancréas en même temps que le foie ; dans la pancréatite de la cirrhose biliaire, l'infection des petites voies, l'angiocholite atteint les canalicules du pancréas : il y a auto-infection ascendante des canaux biliaires et pancréatiques. Au cours de la lithiase, l'infection du pancréas paraît être le fait préalable à la formation des calculs pancréatiques : quant à cette infection, elle est d'origine canaliculaire : cholédoque inférieur, ampoule de Vater, duodénum, l'infection des voies biliaires ou du duodénum, cholédocite, duodénite d'origine biliaire (F. Ramond) peut passer dans les voies d'excrétion du pancréas, et la stase dans ces canaux ou leur obstruction même, réalisant des cavités closes, ne fait qu'accroître la virulence microbienne. De plus dans la production de ces lésions associées, où les facteurs vasculaire et toxi-infectieux ont un rôle si manifeste, il faut donner encore une place à l'accouplement physiologique de ces deux organes, leur vicariance fonctionnelle (l'hypertrophie langerhansienne si fréquente dans les affections du foie), la sensibilité réciproque d'un organe sur l'autre (Gellé) et jusqu'à une communauté humorale si bien mise en évidence par les expériences de Gilbert et Chabrol, Bordet et Gengou qui ont isolé des anticorps hépato-pancréatiques par des réactions spécifiques.

ÉTUDE CLINIQUE

Ces sympathèses que l'anatomie pathologique et l'expérimentation nous montrent, ont-elles une véritable expression clinique ?

Il faut d'abord reconnaître que dans un grand nombre de cas le pancréas ne traduisant son atteinte par aucun trouble fonctionnel appréciable, cette association pathologique demeure silencieuse et tout se borne aux symptômes hépatiques.

Dans d'autres cas, nous pourrons retrouver la participation de chaque organe, et l'on observe toute une gradation.

Au cours de certaines cirrhoses hépatiques, cirrhoses veineuses, cirrhoses biliaires, quelques troubles fonctionnels relèvent en réalité de l'atteinte du pancréas : insuffisance fonctionnelle intermittente ou passagère suffisante à produire les troubles suivants : troubles digestifs et surtout intestinaux : diarrhée

qualitative et quantative par accélération de la traversée intestinale avec diarrhée profuse, incoercible, fétide et graisseuse, où l'examen coprologique montre un déficit important dans l'absorption des graisses (alors qu'il y a sécrétion biliaire normale ou, même exagérée) et dans l'absorption des matières azotées, la présence des noyaux de Schmidt, glycosurie légère, surtout alimentaire, dénutrition marquée avec amaigrissement rapide et non imputable à l'insuffisance d'alimentation. L'examen du suc duodénal, la recherche de ferments, surtout celle de la lipase montreront le mieux la déficience de la sécrétion pancréatique externe.

La véritable sympathèse hépato-pancréatique est réalisée dans les formes cliniques beaucoup plus complexes où les symptômes traduisent à la fois un syndrome hépatique et pancréatique. On peut l'observer dans les lésions chroniques hépato-pancréatiques bacillaires dans les pancréatites chroniques d'origine biliaire, et au cours de la lithiase mixte du foie et du pancréas. Les états cliniques sont indépendants de la maladie causale et peuvent se ranger sous les formes suivantes : forme douloureuse ou pancréatite diabétigène douloureuse de Lœper, forme de diabète maigre avec stéarrhée chronique de P. Duval et Gatelier; forme d'ictère chronique avec insuffisance ou rétention biliaire et pancréatique associées.

a. **Forme douloureuse.** — Les douleurs sont très violentes, soit profondes ou en ceinture avec des exacerbations, soit à caractère de colique hépatique (Chauffard) mais à répercussion non à l'épaule droite, mais au milieu du dos et à gauche, soit à forme de grande cœlialgie avec collapsus. Les crises douloureuses s'accompagnent de glycosurie plus ou moins abondante avec polyurie. Il y a la diarrhée et d'autres signes d'insuffisance pancréatique. Dans l'intervalle des crises, le foie se montre atteint pour son compte. Loeper rapporte une observation typique où l'autopsie montra avec des lésions de tuberculose cavitaire, de la congestion hépatique et de l'induration du pancréas.

b. **Forme de diabète maigre avec stéarrhée chronique,** glycosurie et hyperglycémie, dans laquelle la double insuffisance sécrétoire pancréatique met au premier plan la maladie du pancréas, mais où la participation du foie est réelle aussi. Celui-ci est gros, rarement douloureux, l'examen chimique des urines montre un excès d'urobiline, la diminution de l'urée, sa diminution accrue encore par l'ingestion de glucose (Gouraud et Loeper, l'abaissement du rapport azoturique).

c. **Syndrome d'ictère chronique dans la lithiase mixte bilio-pancréatique.** — C'est un ictère progressif, par rétention, avec cependant quelques légères variations dans son intensité. De plus l'examen coprologique, chimique et l'étude des ferments montre le syndrome pancréatico-biliaire au complet. Il y a de l'insuffisance pancréatique digestive, sans que soit modifiée le plus souvent la fonction glyco-régulatrice. Des signes d'insuffisance hépatique peuvent s'associer aux symptômes propres et primitifs de la lithiase biliaire. Si les antécédents de lithiase hépatique ont été établis nettement ou persistent, en présence de la complication pancréatique, le diagnostic demeure hésitant entre la simple association de pancréatite chronique, la lithiase pancréatique proprement dite ou le cancer de la tête du pancréas. Les signes tirés du volume du foie et de la vésicule, des variations de l'ictère, du déficit des sécrétions biliaire et pancréatique ne peuvent orienter le diagnostic entre la pancréatite simple et la lithiase. Dans quelques cas, la radiographie permettra de soupçonner le siège pancréatique des calculs quoiqu'elle ne puisse souvent distinguer entre un calcul cholédocien et un calcul de la tête. Le diagnostic de cancer lui-même ne sera soupçonné que par l'évolution et les signes généraux. La lithiase mixte du pancréas et du foie, surtout la lithiase vésiculaire, réalisera donc un tableau clinique dont le diagnostic pourra être impossible : la sympathèse est complète et le dernier mot appartient à l'exploration chirurgicale.

Quant aux propagations ou métastases réciproques que le cancer peut produire dans chacun des deux organes, c'est le cancer primitif du pancréas celui de la tête qui offre les noyaux hépatiques secondaires sous les diverses formes anatomiques de cancer en tache de bougie (Bard et Pic), cancer en amande de Lanceraux, cancer en noix de coco de Hanot et Gilbert. La lithiase hépatique primitive servant souvent d'amorce aux deux greffes cancéreuses.

CONCLUSIONS THÉRAPEUTIQUES

La thérapeutique suivra étroitement les faits essentiellement cliniques que représentent ces diverses sympathèses et bénéficiera de leur juste appréciation.

Dans la dyspepsie duodénale, quel que soit le trouble sécrétoire dominant, où le contre-coup des viciations chimiques des trois sucs sur le travail digestif, est si immédiat, la médication sera pluriglandulaire. En cas d'insuffisance gastrique, donner les acides nécessaires à provoquer la sécrétine, excitatrice des sécrétions biliaire et pancréatique ; s'il y a hyperchlorhydrie, rétablir l'alcalinité duodénale par les alcalins pris tardivement après les repas. Utiliser largement l'opothérapie biliaire et pancréatique par les extraits d'organes ou leurs sucs. L'insuffisance intestinale sera aussi suppléée par des capsules de Kinase ou mieux par la muqueuse fraîche de l'organe (Carnot). Pratiquement, il y aura intérêt à associer les extraits pancréatiques totaux et duodénaux. Chaque opothérapie aura son effet direct de substitution et de plus stimulera les sécrétions connexes.

On préviendra la duodénite des lithiasiques biliaires et la pancréatite de l'ulcère duodénal par le traitement médical ou chirurgical de l'affection primitive.

Peut-être sera-t-il possible de conjurer le drame de la pancréatite hémorragique, en agissant sur ses causes hépatiques si fréquentes : atténuer, dériver l'hypertension portale, traiter énergiquement la lithiase souvent à l'origine, désobstruer les voies biliaires, dont la stase et le reflux biliaire et duodénal jouent un rôle pathogène dominant dans la stéato-nécrose ?

La coexistence des lésions hépatiques et pancréatiques au cours des états étudiés, dont la lithiase, oblige à traiter l'un et l'autre organe. Le médecin se préoccupera du pancréas dans la lithiase biliaire, de même que le chirurgien, intervenant pour une pancréatite avec ictère, devra explorer minutieusement les voies biliaires. Avant même l'opération, la connaissance exacte de la valeur de chaque glande pourra indiquer ou contre-indiquer l'acte chirurgi-

cal. C'est ainsi que C. Duval le rejette en cas de pancréatite avec troubles graves fonctionnels.

Dans la lithiase biliaire avec pancréatite chronique, le drainage des voies biliaires est formellement indiqué et suffit à amener la rétrocession des lésions du pancréas et son bon fonctionnement sécrétoire. L'action thérapeutique a dans ces cas un effet réversible témoignant encore de l'intime sympathie morbide.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

TRAITEMENT DE LA DYSTOCIE PAR CONTRACTURE UTÉRINE

Par M. le docteur Bourret,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon,
Accoucheur de la Maternité du Creusot.

La contracture utérine, dont une forme clinique a été depuis longtemps étudiée sous le nom de rétraction de l'anneau de Bandl, crée une dystocie redoutable à la fois pour la mère et pour le fœtus et le plus souvent pleine de difficultés pour l'accoucheur : il est donc utile de bien préciser les règles qui doivent nous guider dans le traitement de cette complication.

A. Traitement prophylactique. — Dans la grande majorité des cas la contracture utérine relève d'une cause qui trouble la marche normale de l'accouchement et qui, pouvant être prévue, peut être évitée. On veillera par conséquent *a* : 1° Supprimer à temps toute dystocie fœtale ou maternelle : 2° Respecter soigneusement l'intégrité de la poche des eaux jusqu'à dilatation complète ; 3° Ne pas chercher, sans indication précise, à exciter la contraction utérine par des moyens soit médicamenteux (autrefois ergottine, actuellement hypophysaires) soit mécaniques (ballons, monœuvres *cervicales* de dilatation ou de réduction d'une procidence).

B. Traitement curatif. — La contracture utérine étant réalisée indépendamment de la volonté de l'opérateur, celui-ci dans sa conduite doit se laisser guider par les trois principes suivants :

1° La contracture a pour ainsi dire toujours une cause que le premier soin de l'accoucheur doit être de reconnaître et de traiter.

2° Neuf fois sur dix cette cause sera une dystocie soit *d'origine fœtale* : hydrocéphalie, présentation de l'épaule ou du front, tumeurs fœtales, procidences ; soit *d'origine maternelle* : rétrécissements du bassin, fibromes, ou kyste prævia.

3° Vis-à-vis d'un utérus surexcité mieux vaut patience et douceur que force et vigueur : bien se persuader que vouloir vaincre à tout prix la résistance des fibres utérines ne peut aboutir qu'à exaspérer et augmenter la contracture qui ne cèdera qu'au prix d'une rupture.

Ces principes posés nous conduisent tout naturellement aux applications pratiques suivantes : arrivant auprès d'une malade en proie à des douleurs subintrantes, se succédant pour ainsi dire sans arrêt et ne lui laissant aucun répit, il nous sera en général facile de faire le diagnostic de contracture utérine, pourtant si celle-ci est déjà assez avancée pour que l'ascension de l'anneau de Bandl visible à travers la paroi abdominale donne à l'utérus la forme si caractéristique qui rappelle celle d'une brioche de Paris. En présence de cette constatation le point capital à élucider sans perte de temps est de reconnaître s'il y a ou non une cause de dystocie fœtale ou maternelle.

I. *Il y a une cause de dystocie* : la conduite à tenir est bien simple, il est bien évident qu'il ne saurait être question ni de temporiser car la rupture utérine est menaçante, ni d'essayer de calmer l'irritabilité utérine ; que l'enfant soit vivant ou qu'il soit déjà mort il faut par les manœuvres appropriées supprimer l'obstacle qui s'oppose à la progression fœtale, et n'avoir de repos qu'une fois cette condition réalisée : ceci fait la malade n'est plus en danger, la sédation utérine se produira spontanément et rapidement. Bien entendu une anesthésie générale profonde ne pourra que faciliter les interventions plus ou moins compliquées dirigées contre la dystocie, en même temps qu'elle exercera aussi une action bienfaisante sur l'exaspération utérine.

II. *Il n'y a pas de cause de dystocie* : ici, à notre avis, la conduite doit être toute différente. Que l'enfant soit vivant ou qu'il soit mort (à moins de menaces de putréfaction fœtale) il sera préférable de commencer par temporiser : donc surseoir à toute manœuvre d'extraction, laisser l'utérus tranquille, s'efforcer d'en calmer les contractions par les sédatifs habituels, chloral, morphine, au besoin anesthésie générale. Ce n'est qu'après cette période de temporisation prolongée naturellement plus ou moins longtemps suivant les circonstances (menaces de souffrance de l'enfant, surmenage maternel, craintes d'infection ou de putréfaction fœtale) que l'on passera à une thérapeutique active visant à extraire le fœtus malgré ce qui peut persister de dystocie utérine. Si l'enfant est mort l'extraction se fera par opération mutilante : basiotripsie sur *tête première*, craniotomie basale sur *tête dernière*, cléidotomie sur les *épaules*, tractions au cranioclaste sur le *siège* ou à défaut tractions aux crochets sur les aines, embryotomie dans les présentations de *l'épaule*. Dans toutes ces opérations la difficulté est d'atteindre la partie fœtale au-dessus de l'anneau contracturé : pour y parvenir le meilleure moyen est la dilatation manuelle progressive en y mettant beaucoup de douceur et de patience, en bannissant toute manœuvre de force, et en ayant recours à une anesthésie générale profonde.

Si l'enfant est encore vivant, au moment où l'on est forcé d'intervenir, la détermination de la meilleur conduite à tenir peut être fort angoissante. Une césarienne si elle peut être exécutée assez rapidement et dans des conditions chirurgicales satisfaisantes serait évidemment le meilleur moyen d'extraire le fœtus : mais comme l'indication de l'intervention sera précisément soit la souffrance de l'enfant soit le surmenage maternel elle constituera toujours une opération très grave pour la mère (entraînant soit l'hystérectomie, soit l'extériorisation utérine momentanée suivant la technique de Portes) et très aléatoire vis-à-vis du fœtus.

Pour ces raisons, lorsque l'extraction obstétricale par les voies naturelles paraîtra possible sans danger de rupture utérine (car c'est ce danger qui doit surtout préoccuper l'accoucheur) c'est elle que l'on préférera et là encore ce sont les manœuvres patientes, insistantes plutôt que de force qui auront le plus de chances de vaincre la rétraction utérine ; les tractions soit sur le forceps, soit sur un pied, soit sur les aines suivant la présentation, devront donc

être essentiellement intermittentes et discontinues. Ici encore comme en bien d'autres circonstances obstétricales il sera bon de se rappeler que : Patience et longueur de temps font plus que force ni que rage.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 28 SEPTEMBRE 1925)

Recherches complémentaires sur la structure et la distribution des spectres de bandes. — M. H. DESLANDRES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 6 OCTOBRE 1925)

M. DESNOS lit une notice nécrologique sur M. Mesureur, membre libre depuis 1912.

M. NOBÉCOURT lit une notice nécrologique sur M. Liégeois (de Bainville-aux-Saules), correspondant national depuis 1895 dans la première division (médecine).

Hypertension d'origine surrénale. — M. ROGER donne lecture d'une note envoyée par M. Tournade et M. Chabrol. Ces auteurs ont démontré expérimentalement que l'excitation cérébrale du système nerveux par embolie détermine une hypertension due à la constriction des vaisseaux et à une décharge d'adrénaline par les capsules surrénales.

L'aptitude physique des mécaniciens des grands rapides. — M. Maurice DE FLEURY, à l'occasion d'une lettre adressée à l'Académie par le Comité de direction des grands réseaux de chemin de fer, demandant que soient déterminées les conditions d'aptitude à exiger des mécaniciens des grands rapides, fait remarquer, avec juste raison, qu'il est nécessaire, pour la sécurité du public, que ces aptitudes soient soumises à un contrôle souvent renouvelé, et obtient de l'Académie la nomination d'une commission qui étudiera cette question.

Cette commission est composée de MM. de Lapersonne, Sébileau, Walther, Vaquez, Balthazard, Forgue et Maurice de Fleury.

Une nouvelle affection des modeleurs au ciment armé. — M. Marcel BAUDOUIN. Le modelage au plâtre semble n'avoir jamais causé d'accidents. Il n'en est pas de même du ciment qui, d'après l'expérience de M. Baudouin, n'est pas sans inconvénients. Il a constaté, en effet, que le modelage au ciment blanchit très rapidement l'épiderme des doigts, le ramollit et l'use littéralement à vue d'œil.

A la longue des accidents se produisent, ulcérations minuscules et très douloureuses, qui guérissent d'ailleurs très rapidement à la suite de lavages antiseptiques.

M. Baudouin attribue ces ulcérations aux grains de silice qui agissent à la façon d'une rape. La réaction du ciment humide, nettement alcaline, explique l'altération rapide des cellules épidermiques. L'action caustique de la chaux agit alors d'une façon très nette.

Les gâcheurs de ciment donnent le nom de *gale des cimenteurs* aux accidents cutanés qu'ils observent sur eux, et les Pouvoirs publics dès 1913 se sont préoccupés de la question.

Il résulte des observations de M. Baudouin que les modeleurs qui abandonnent le plâtre ou l'argile pour le ciment devront se munir de gants de caoutchouc renforcés aux extrémités des doigts.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LILLE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925

I. DOCTORAT EN MÉDECINE. (*Diplôme d'Etat.*) — 18. BALÉDENT. — Traitement du lupus par la tuberculinothérapie et en particulier par la tuberculine C.L. de l'Institut Pasteur de Lille.

26. BAUWIN. — Le cancer du goudron, accident du travail.

19. BÉCUWE. — De la reposition sanglante dans la luxation congénitale irréductible de la hanche chez l'enfant

14. BÉGHIN. — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes du placenta (chorio-angiomes).

12. DEGROOTE. — Les difficultés du diagnostic dans le cancer de l'estomac.

24. DEMACON. — Sécrétion ovarienne et psychisme. A propos de l'état mental des ovariotomisées.

21. DEMORY. — L'arthroplastie du genou, en particulier dans le cas d'ankylose d'origine bacillaire.

2. DEPREUX. — L'épreuve des trois bocaux.

16. DESMET. — Dosage des diverses formes d'azote dans les liquides gastriques.

11. DUBRUILLE. — Essai sur la maladie d'Alzheimer.

29. DUYCK. — Les diverticules de la vessie.

25. FICHELLE. — Considérations sur l'étiologie et la pathogénie du strabisme convergent.

13. FROIDURE. — Contribution à l'étude des spirochétoses et fuso-spirochétoses broncho-pulmonaires.

30. GUERRIN. — Interventions dans le cancer prostatique. La voie périnéale.

9. GUISLAIN. — La dilution des chlorures de l'organisme dans la mort par submersion. (Travail effectué au Laboratoire de médecine légale de la Faculté de médecine de Lille).

32. HAPPE. — Contribution clinique à la théorie toxique du choc traumatique.

7. INGELRANS. — La coxa plana.

4. LANIEZ. — Etat physique et fonction respiratoire chez les ptosiques. (Recherches personnelles).

22. LECLAIR. — Les hôpitaux militaires de Lille avant la Révolution. Essai historique.

27. LEFEBVRE (André-Julien-Armand). — Des diverticules du jéjuno-iléon (diverticule de Meckel excepté). Revue générale à propos d'une observation inédite (avec une planche hors texte).

28. LEFEBVRE (Julien-Georges-Joseph). — Recherches expérimentales sur le liquide hydatique. (Travail du Laboratoire de parasitologie médicale de la Faculté et de l'Institut Pasteur).

33. LE MARC'HADOUR. — Contribution à l'étude des vomissements acétonémiques de l'enfant.

17. LEMAIRE. — L'avenir génital des femmes après ablation d'un kyste unilatéral de l'ovaire.

23. LEPLAT. — Le rôle de la consultation prénatale dans la prophylaxie de l'hérédo-syphilis.

10. MASSON. — De l'ablation de l'utérus au cours du tra vail. Choix du procédé d'intervention.

31. MOUTON. — Contribution à l'étude des troubles génito-urinaires d'origine portale.

6. PAUWELS. — Le sport. Son contrôle médical.

8. RICHE. — Syphilis héréditaire de seconde génération par géniteurs apparemment sains.

15. ROTRU. — Contribution à l'étude des réflexes sympathiques, réflexes solaires et réflexes oculo-cardiaques chez le vieillard. Travail de l'Infirmerie de l'hospice Comtesse (service du docteur Legrand).

20. SALEZ. — Polypes de l'œsophage et de l'hypopharynx.

5. SAMAMA. — Transfusion du sang.

3. THOMAS. — Les douleurs dans les rétrodéviations utérines. Rapport avec les lésions associées.

1. TRICART. — La grossesse et l'accouchement chez la primipare âgée.

II. DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. (*Mention médecine.*) — U. 4. MICHITCH. — L'œdème pulmonaire aigu dans le rétrécissement mitral pur, en dehors de la gravidité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925

DOCTORAT EN MÉDECINE : DIPLÔME D'ETAT. — 30. AMANS. Contribution à l'étude clinique et statistique du trichocéphale.

21. AOUSTIN. — Traitement des sérums à pouvoir hémolytique anormal pour réduire les erreurs dans les séro-réactions de la syphilis (sérum non chauffé).

23. ASTRIÉ. — Syndrome pseudo-pleurétique de la grande cavité dans les pleurésies interlobaires.

37. BAILLAT. — L'ulcère simple du grêle (duodénum excepté). Travail de la clinique chirurgicale du professeur Mériel.

2. BARREAU. — Kyste hématique de la trompe avec inclusion de tissu à type surrénal.

44. BELLAT. — Sur la vaccination par voie buccale appliquée à la prophylaxie de certaines maladies infectieuses.

49. BOMPART. — Contribution à l'étude de l'artérite oblitérante des membres inférieurs et plus particulièrement de la claudication intermittente.

41. BONHOMME. — Les polynévraxites syphilitiques.

24. BONNEFOUS. — Des ostéites tuberculeuses métaphysaires chez l'enfant.

47. BOURÈS. — De la laparotomie associée à l'héliothérapie dans le traitement des péritonites tuberculeuses.

46. BROQUA. — Contribution à l'étude des états méningés spirochétosiques.

35. BURGAN. — Contribution à l'étude du traitement de la hernie étranglée avec anse gangrénée.

15. CABANIÉ. — Les hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse. Etat actuel de la question.

36. CAFFORT. — La tuberculose rénale et son diagnostic. (Etude critique de quelques cas.)

31. CALMETTES. — La cocaïne en ophtalmologie.

53. CANCEIL. — Contribution à l'étude du charbon industriel.

40. CAUFMAN. — L'hôpital sanatorium. Etude médico-sociale.

20. CAUQUIL. — Des hystes du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement.

7. CHABANET. — Du traitement de quelques affections broncho-pulmonaires par les sels de cuivre administrés par la voie rectale,

34. CHARRY. — Des ostéo-arthrites hérédo-syphilitiques de la hanche chez l'enfant.

5. CHEMINAT. — De la pneumaturie.

6. CROCHET. — Contribution à l'étude des hernies spontanées de la ligne semi-lunaire de Spiegel.

51. CUGUILLÈRE. — Des indications opératoires dans les cas de rétention de l'œuf mort dans l'utérus.

48. DELPECH (Mlle). — Contribution clinique à l'étude des ostéomyélites de la hanche.

10. FAGES. — Glycémie et glycorachie chez les aliénés.

33. FAGET. — Etude sur l'hallus valgus acquis.

26. FLOURENS. — Les psoïtis. Suppuration de la gaine du psoas iliaque.

28. GIRARDEAU. — Etude sur l'artérite oblitérante des membres inférieurs et sur son traitement.

14. GRANIER. — Les paralysies sériques.

19. HOLLANDE. — Contribution à l'étude physiologique du bain thermal. (Valeur du coefficient vasculaire $\frac{Mx-Mi}{Mi-Mn}$.)

3. KASSEL. — Valeur séméiologique de l'hymen dans le diagnostic du viol.

32. LABORDE. — Recherches sur la physiologie des plexus choroïdes et de la leptoméninge. Travail fait dans le service de neuro-psychiatrie de la Faculté (professeur Cestan).

45. LAPEYRE. — La pneumorachie.

13. MARTY. — Contribution à l'étude du traitement radio-chirurgical des cancers du sein.

11. MASSAL. — Contribution à l'étude de la buphtalmie et des états glaucomateux envisagés dans leurs rapports avec les maladies infectieuses.

43. MAUREL. — La paralysie spasmodique hérédo-syphilitique chez l'enfant.

9. MENDEGRIS. — La thérapeutique par le sérum camphré intraveineux.

8. MONTASTRUC. — Tension artérielle et sénilité.

39. NÈGRE. — Amyotrophie Charcot-Marie et syphilis.

29. PEINDARIE. — Rôle de la syphilis héréditaire dans la coxa plana.

4. PÉNEAUD. — Traitement des phlébites puerpérales par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal.

17. PEYCHER. — Des indications opératoires dans l'ectopie testiculaire.

27. PLANTIER. — Contribution à l'étude de la phlegmatia alba dolens post abortum.

18. POURIEUX. — Contribution à l'étude de l'alastrim, fièvre éruptive.

25. PUBERT. — Le syndrome de Claude Bernard-Horner dans le tabes.

16. ROBLIN. — Contribution à l'étude des ostéo-périostites phlegmoneuses odontogènes du maxillaire inférieur.

42. ROUANET. — Contribution à l'étude de la grossesse ectopique diverticulo-tubaire.

38. ROYER. — Contribution à l'étude du diagnostic et du traitement des fractures sus-condyliennes de l'humérus.

1. SEGONZAC. — Abcès posttraumatique intrabicipital.

22. SOUNAT. — Pseudo-leucémie syphilitique granulomateuse.

12. SOURIGUÈRE. — Des précautions anticonceptionnelles, leurs conséquences immédiates et tardives.

52. VALAT. — La luxation pure du pied en dedans.

50. VILLETTE. — La césarienne dans les cas de physiométrie.

II. DOCTORAT D'UNIVERSITÉ. (*Mention médecine.*) — 80. FAÏN (Mlle). — Contribution à l'étude des réactions du tissu conjonctif normal sous l'influence des rayons X.

81. MAÏSLER. — Nouvelle méthode de traitement de la blennorragie aiguë et chronique par la dilatation gazeuse.

79. PAVLOVITCH. — Hernie crurale externe.

78. YÉLYKOVITCH. — Contribution à l'étude de la luxation erecta de l'épaule (luxation en mat).

LIVRES NOUVEAUX

Les syndromes d'aortite postérieure [*aortite thoracique, aortite abdominale*] (1), par Ch. LAUBRY, médecin de l'hôpital Broussais, A. MOUGEOT et J. WALSER, anciens internes des hôpitaux de Paris.

Le livre de MM. Ch. Laubry, A. Mougeot et J. Walser comble très heureusement une importante lacune dans nos connaissances sur la pathologie de l'aorte. Seules, jusqu'à ces dernières années, les lésions de la crosse aortique avaient attiré et retenu l'attention; les segments thoracique postérieur et abdominal, inaccessibles à nos moyens d'investigation, dépourvus d'expression clinique notoire, voyaient leur atteinte, souvent soupçonnée, attendre, de l'examen anatomique, une vérification tardive.

Par leurs travaux personnels, joints à certaines recherches dûment vérifiées, les auteurs ont réussi à dégager le lien physio-pathologique commun aux manifestations cliniques des aortites postérieures, dont la confusion frappait de stérilité tout essai analytique. Dans un style à la fois clair et précis, ils passent successivement en revue les conditions anatomiques qui créent la diversité et la complexite du syndrome : le siège des lésions, leur nature, les différentes formes évolutives. Puis, unissant en un tronc commun l'aorte thoracique descendante et l'aorte abdominale, ils étudient les variations de l'onde pulsatile liées aux conditions physiques de la paroi artérielle; les notions d'élasticité, d'extensibilité aortiques, définies et analysées avec une précision rigoureuse, éclairent

(1) Un volume in-8 raisin de 240 pages, avec 19 figures dans le texte et 7 planches, dont 3 en couleurs, hors texte. — Prix : 35 fr. — Paris, G. Doin,

les troubles dynamiques de la pulsation artérielle que réalisent, à l'opposé l'un de l'autre, sclérose ou anévrisme.

Ainsi se trouvent coordonnés, authentifiés et mis en valeur toute une série de troubles fonctionnels, auxquels la radioscopie, la mesure de la vitesse de propagation de l'onde pulsatile, l'étude comparée des pressions artérielles aux membres supérieurs et inférieurs, donnent leur pleine signification. La douleur, la dyspnée, la dysphonie, la dysphagie sont analysées isolément, puis groupées en formes cliniques, formes mono-symptomatiques, formes latentes, formes évolutives, que viennent préciser et illustrer de nombreux faits cliniques.

Enfin, dans un dernier chapitre qui est à la fois une revue critique et la synthèse d'observations poursuivies pendant plusieurs années, les auteurs placent à son véritable rang le syndrome de l'aortite postérieure, isolé des groupements morbides capables de donner le change, dégagé dans toute son ampleur et sous toutes ses formes. L. G.

Etudes neurologiques [2e série] (1), par Georges GUILLAIN, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière.

Cet ouvrage fait suite à la première série des *Etudes neurologiques* actuellement épuisées. Il comprend une série d'études sur des questions nouvelles groupées sous les titres suivants : *Séméiologie nerveuse*; *Pathologie de l'encéphale et de la moelle*; *Sclérose en plaques*; *Dégénérations secondaires*; *Encéphalite épidémique*; *Syndromes parkinsonniens postencéphalitiques*; *Maladie de Parkinson*, etc.

« L'anatomie et la physiologie du système nerveux, écrivait l'auteur, dans la préface de la première série des *Etudes neurologiques*, doivent être à la base de toutes nos connaissances neurologiques; il faut, en présence des malades, avoir le penser anatomique et physiologique; mais la neurologie moderne doit savoir faire appel à toutes les méthodes bactériologiques, physiques et chimiques qui, dans l'évolution de toutes les branches des sciences médicales, ont ouvert tout... »

On trouvera dans ces travaux la mise en application de ces différentes méthodes. On conçoit donc l'intérêt que ces différentes études offrent, non seulement aux spécialistes neurologistes, mais à tous les cliniciens. L. G.

Le sinus sphénoïdal. Anatomie, exploration, chirurgie (2), par G. CANUYT et S. TERRACOL

Le sinus sphénoïdal prend sa place dans la pathologie. L'attention se concentre sur ces cavités profondes à propos de l'étiologie de certaines affections oculaires, en particulier la névrite optique rétrobulaire et de certaines céphalées.

Ces malades suscitent de nombreuses recherches. Peu à peu, les études anatomiques, la technique radiologique sans cesse plus perfectionnée, les investigations cliniques, les méthodes chirurgicales apportent une solution au problème sphénoïdal.

MM. G. Canuyt et J. Terracol réalisent un ouvrage pratique pour le rhinologiste ; ils y condensent l'anatomie, les méthodes d'exploration et les techniques chirurgicales endo-nasales.

L'anatomie est rédigée d'après de nombreuses pièces d'exploration et minutieusement étudiée, car le chirurgien décide l'intervention d'après les résultats de l'examen. L'exploration de la fosse nasale à la cocaïne-adrénaline, cathétérisme de l'antre, simplifie l'endoscopie; la transillumination et la ponction sont exposées en détail.

La radiologie fait l'objet de nombreuses pages : radioscopie, film intra-buccal, radiographie des trous de la base du crâne.

La chirurgie est la partie la plus importante du livre. Toutes les indications opératoires sont posées. La technique est décrite avec minutie.

L'antre sphénoïdal étant la grande voie d'accès de l'hypophyse, la voie de la cloison ou voie endo-septale est exposée dans tous ses détails de façon à permettre au chirurgien non spécialisé de la réaliser aisément. Les accidents et les soins post-opératoires font l'objet d'un chapitre spécial.

En résumé, ce livre permet au lecteur de se familiariser avec le sinus sphénoïdal, car la connaissance de l'anatomie, de l'exploration et la chirurgie de la région est à la base de tout acte chirurgical. L. G.

(1) Un volume de 360 pages avec 50 figures. — Prix : 28 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume gr. in-8, 134 figures. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Liste des candidats admis à l'Ecole du Service de santé militaire à la suite du concours de 1925 :

A. TROUPES MÉTROPOLITAINES.

1° *Section de médecine.*

a. A huit inscriptions : MM. Massot, Verney, Soulier, Laverre, Geay, Noix, Wiltz.

b. A quatre inscriptions : MM. Demarle, Coissieux, Chrétin, Emond, Berteaux, Bastouil, Pasquet, Stora, Dickson, Raboutet, Vidal, Izac, Tupain, Botrel, La Balme, Bernier, Lafforgue, Entz, Grizaud, Pales, Blanc, Jammes, Serres, Prat-Carrabin, Badelon, Aymes, Lagrange, Goudal, Klipffel, Carel, Billant, Baque, du Cournau de Carritz, Ristorcelli, Belicha, Rossi, Castelbon, Mauvais, Perrin, Sakon, Morard, Bournique, Aulezy, Fabry, Corrazini, Gouyraud, Monfort, Allehaut, Berthon, Vaillant, Soleil, Mary, Paget, Maillefer, Roux, Apperce, Moulinié, Gonnet, Cantegrit, Lamy, Bonini, Vachaumard, Lamoureux, Pecastaing, Juzaud, Andréani, Desbiez, Beaudiment, Bergougnioux, Fourcade.

c. Candidats P. C. N. : MM. Lartigue, Dhers, Baylot, Paulus, Froment, Raffali, Faure, Chauderon, Gau, Roux, Devoivre, Prat, Masson, Siegfried, Rouvier, Tricaud, Bergondi, Sohier, Joubert, Abadie, Groc, Durand, Favre, Rovegno, Lubineau, Loubet, Negre, Luxiol, Balay, Bastide, Raymond, Anthoine, Revol, Batie, Huc, Hilaire, Jacquier, Mouillard, Valatx, Giraud, Millant, Verrière, Dumond, Simonin, Oiseau, Conze, de Saint-Ferréol, Morizet, Moutier, Tronyo, Bastard, Guillier, Gabas, Rousseau, Dancenis, Hannequin, Fumaroli, Long, Malossane, Moroni, Breyton, Delmas, Dubroca, Domerc, Mahe, Ponsot, Pigeanne, Gillet, Duroux, Counil, Clerc, Cochard, Jauze-Fredon, Dugue, Tissandier, Lehmann, Jeanpierre, Château, Duval, Cornillet, Rivet, Duprat, Lévy, Montane, Pages, Durand, Portalier, Senegas, Silvestre, Adrian, Fonteix, Thomas, Millet, Sol, Grandis, Escoubes, Roumagnou, Ornières, Bernard et Thoulon.

2° *Section de pharmacie.*

a. A quatre inscriptions : MM. Chalono et Champ.

b. Sans inscription (stagiaires) : MM. Kerboriou, Coulouma, Robert, Vanhems, Chaignon, Deveze, Jacquet, Peron, Henaff, Le Faou, Chabrand, Rolland et Galland.

B. TROUPES COLONIALES.

a. A huit inscriptions : M. Rabaud.

b. A quatre inscriptions : MM. Le Hir, Cousin, Charpentier, David, Terreau et Minier.

c. Candidats P. C. N. : MM. Herve, Le Huludut, Gailhbaud et Pujo.

Au cas où les intéressés ne seraient pas touchés en temps voulu par leur lettre de nomination, le numéro du 6 octobre du *Journal officiel* leur tiendra lieu de lettre de nomination.

Les élèves ne seront définitivement admis à l'Ecole du Service de santé militaire qu'après avoir satisfait complètement aux examens universitaires correspondant à leur scolarité.

Tous les élèves admis à la suite du concours de 1925 se présenteront au médecin inspecteur directeur de l'Ecole du Service de santé militaire le 15 octobre 1925, à 8 heures du matin, munis du diplôme de bachelier pour les sections de médecine et de pharmacie, du certificat P. C. N. pour les sections « médecine » (métropolitaine et coloniale) et de leur livret militaire le cas échéant.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

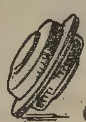
Guide-formulaire des spécialités pharmaceutiques, par le docteur H. Legrand. Un fort vol. de 960 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Legrand.

Les grands narcotiques sociaux. Un volume in-8. — Prix : 20 fr. — Paris, Norbert Maloine.

Manuel élémentaire de puériculture, par le docteur Clotilde Mulon, médecin chef de la Pouponnière du Camouflage. — Deuxième édition entièrement refondue. Un volume de 234 pages avec 21 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.







N° 82. — MERCREDI 14 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. MERCREDI 14 OCTOBRE 1925. — N° 82.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois ; **9** fr. **50**, — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Le jury est définitivement composé de MM. Leblanc, Pruvost, Moreau, Girod, de Gaudart d'Allaines, Moulonguet, Gatellier, Hutinel et Velter.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Concours pour le clinicat.* — Des concours pour les emplois vacants de chefs de clinique s'ouvriront à la Faculté de médecine, à 9 heures du matin, le lundi 26 octobre 1925, pour les clinicats suivants :

Places mises au concours. — I. Clinicat médical : titulaires, 3 ; titulaires sans traitement, 2; adjoints, 3; — II. Clinicat chirurgical : titulaires, 3; adjoints, 2; attaché médical, 1; — III. Clinicat des maladies mentales : titulaire, 1; titulaires sans traitement, 2; — IV. Clinicat des maladies cutanées et syphilitiques : titulaire, 1; adjoint, 1; — V. Clinicat des maladies nerveuses : titulaire, 1; titulaires sans traitement, 2; — VI. Clinicat ophtalmologique : titulaire, 1; adjoints, 2; — VII. Clinicat urologique : titulaire, 1; adjoint, 1; — VIII. Clinicat médical infantile : titulaire, 1; adjoint, 1; — IX. Clinicat obstétrical : titulaire, 1; titulaire sans traitement, 1; — X. Clinicat chirurgical infantile : titulaire, 1; adjoint, 1; — XI. Clinicat gynécologique : titulaire, 1; adjoint, 1; — XII. Clinicat hygiène et première enfance : titulaire, 1; titulaire sans traitement, 1; adjoint, 1; — XIII. Clinicat des maladies infectieuses : titulaire, 1; adjoint, 1; — XIV. Clinicat oto-rhino-laryngologique : titulaire, 1; adjoint, 1; — XV. Clinicat thérapeutique chirurgicale : titulaire, 1; adjoint, 1; — XVI. Clinicat propédeutique : titulaire, 1; titulaires sans traitement, 2.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 17 octobre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 heures.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — AVIS DE CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN-DIRECTEUR DES SANATORIUMS PUBLICS. — Un concours sur titres est ouvert pour l'emploi de médecin-directeur des sanatoriums publics.

Les candidats devront être Français et produire : 1° un extrait de leur casier judiciaire; 2° un extrait de leur acte de naissance; 3° une copie certifiée conforme d'un diplôme de docteur en médecine d'une faculté de l'État; 4° toutes justifications d'une pratique suffisante du laboratoire et des services spéciaux de tuberculeux.

Les demandes seront reçues jusqu'au jeudi 5 novembre 1925 au ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, direction de l'assistance et de l'hygiène publiques, 4e bureau, 7, rue Cambacérès à Paris.

Le traitement de début est fixé à 12.000 francs et peut, par avancements successifs de 1.000 francs, atteindre 16.000 francs. Les médecins-directeurs bénéficient, en outre, gratuitement du logement, du chauffage, de l'éclairage et du blanchissage.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Simonin, chef des travaux à la Faculté de médecine de Nancy; Verain, chef da laboratoire à la Faculté de médecine de Nancy.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE. — Le *Journal officiel* du 9 octobre publie la liste des élèves de l'Ecole du Service de santé ayant obtenu des bourses entières avec trousseaux. (Candidats admis à la suite du concours de 1925.)

XXXVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE. — Le XXXVe Congrès se réunira à Paris, en 1926, le premier lundi d'octobre.

Le bureau sera ainsi constitué : président, M. J.-L. Faure; vice-président, M. Bégouin (de Bordeaux); secrétaires : MM. Peraire, Mouchet, Chifoliau et Denicker.

Les questions à l'ordre du jour sont les suivantes :

Pathologie des ménisques du genou. — Rapporteurs : MM. Mouchet (de Paris) et Tavernier (de Lyon).

Opérations conservatrices dans les lésions inflammatoires des annexes. — Rapporteurs : MM. Tuffier (de Paris) et Chavannaz (de Bordeaux).

Traitement des arthrites gonococciques en évolution. — Rapporteurs : MM. Mondor (de Paris) et Michel (de Nancy).

LE CONGRÈS DE STOMATOLOGIE. — Le Congrès annuel de stomatologie se tiendra à la Faculté de médecine, du 19 au 24 octobre. Au programme que nous donnons plus loin figurent des rapports sur les affections oculaires d'origine dentaire, sur le traitement des pyorrhées et la contention des appareils de prothèse complets; en outre, de nombreuses communications et démonstrations marquant les progrès constants de cette spécialité. Cette activité scientifique a provoqué, dans tous les pays, une évolution de plus en plus médicale que mettra bien en relief la réunion de l'Association stomatologique internationale qui aura lieu en même temps.

Un intérêt spécial réside en ce fait que, en ce moment précisément, se réunit une Commission pour la réforme des études dentaires. Cette question intéresse au plus haut point tous les praticiens : des chirurgiens dentistes, en effet, ne craignent pas, tout en repoussant les études médicales, de réclamer la création pour eux d'un nouveau doctorat spécial, le doctorat en chirurgie dentaire. Les médecins ne peuvent tolérer cette régression vers les diplômes spéciaux dont ils ont obtenu la suppression depuis longtemps, pas plus que cette séparation d'une partie de leur patrimoine, ni cette usurpation de titre qui ne pourrait que favoriser l'exercice illégal.

A. HERPIN.

— Le IIe Congrès annuel de stomatologie aura lieu à Paris du 19 au 24 octobre prochain.

PROGRAMME. — *Lundi 19 octobre.* — De 10 h. à 12 h. MM. les membres du bureau se tiendront dans le Hall des Pas-Perdus à la Faculté de médecine pour recevoir MM. les Congressistes et leur fournir tous renseignements.

M. le Trésorier percevra les cotisations non acquittées (40 fr.).

A 14 h. 30, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, séance inaugurale.

A 15 h. 30 : Présentation du premier rapport. MM. Worms et Bercher : *Affections oculaires d'origine dentaire* (étude critique). — Discussion.

Mardi 20 octobre. — A 10 h., à l'Ecole française de stomatologie. — M. J. Quintero : Présentation de modèles d'orthopédie dento-faciale. — MM. Polus et Boisson : Présentation d'une instrumentation pour le traitement de la pyorrhée alvéolaire. — M. Béliard : Présentation de bridges de contention. — M. Bretton : Présentation de radiographies. — M. Fargin-Fayolle : Le traitement rapide du liséré bismuthique.

A 14 h. 30, à la Faculté de médecine. Question en discussion : *Les traitements des pyorrhées.* — M. Rousseau-Decelle : Considérations générales. — M. Béliard : traitement par les bridges de contention. — M. Fichot : Traitement médicamenteux et vaccinal. — M. Monier : Traitement chirurgical. — M. Psaume : Traitement par les agents physiques. Discussion. — MM. Darcissac et P. Legrain : la vaccinothérapie de la pyorrhée par le pansement microbien à demeure sous gouttière porte-vaccin. — M. Saidmann : L'emploi des lampes à rayons ultra-violets dans le traitement des pyorrhées : M. Chateau : Théorie mécanique de l'ébranlement progressif d'une dent pyorrhéique : conséquences thérapeutiqnes, traitement prothétique de surocclusion. — M. Lebedinski : Les grands syndromes pyorrhéiques.

Mercredi 21 octobre. — (Journée réservée aux travaux du Syndicat général des médecins stomatologistee français). — A 9 h. 30, à la Faculté de médecine : Inauguration officielle de l'exposition des fournisseurs. — A 10 h. 30, Conférence : Fiscalité, exercice illégal.

A 14 h. 30, à la Faculté de médecine : Assemblée générale statutaire du Syndicat général des médecins stomatologistes.

Jeudi 22 octobre. — Démonstration dans les hôpitaux de Paris.

A 14 h. 30, Présentation du 2e rapport. — MM. Guilly et L'Hirodel : La contention des appareils complets. — Discussion.

A 20 h., banquet.

Vendredi 23 octobre. — A l'Ecole française de stomatologie. — MM. Monier et Nodine (de Londres) : Technique chirurgicale. Traitement chirurgical de la pyorrhée, gingivectomie (M. Monier). Extraction chirurgicale des dents. Traitement de l'infection pararadiculaire (M. Nodine). — MM. Darcissac, Flipmann, Dubois : *a)* Démonstration de prothèse dentaire et maxillo-faciale; *b)* Présentation de malades et appareils. — M. Leclerc : Résection alvéolaire. — M. Bercher : Démonstration d'anesthésie massétérine.

A 14 h. 30 à la Faculté de médecine : Communications libres. — 14 h. 30, MM. Tellier et Beyssac : L'Odontomie prophylactique. — 15 h., M. Watry (Belgique) : Rachitisme et malformations maxillaires (étude clinique). — 15 h. 30, M. Duchange : Anesthésie tronculaire du nerf maxillaire inférieure. — 16 h., M. Dufourmentel : Note sur quelques observations récentes d'ankylose temporo-maxillaire secondaire à des accidents infectieux d'origine dentaire. Projections de radios stéréoscopiques par le procédé des anaglyphes. — 16 h. 30, M. Bloch. — 17 h., M. Quintero : Du déplacement des racines dans le sens vestibulaire au cours des traitements d'orthopédie dento-faciale. Projections.

Samedi 24 octobre. — Démonstrations et opérations dans les hôpitaux de Paris.

A la Faculté de médecine : 14 h. 30, MM. Séguin et Kristchewski : Importance des microbes acidophiles dans les affeeions paradentaires. — 15 h., MM, J. Tellier, A. Romey, P. Beyssac : Les dents des tuberculeux ; remarques expérimentaies, cliniques et thérapeutiques. — 15 h. 30., M. Béliard : Conception de la prothèse dentaire fixe selon les lois de la mécanique et les faits cliniques. — 16 h., M. Darcissac : Contribution à la prothèse chirurgicale de l'étage moyen de la face. Projections. — 16 h. 30, M. Boissier : L'art dentaire en vieille Bastille au milieu du XVIe siècle.

Le bureau de l'Association stomatologique internationale se réunira au cours de la semaine du Congrès. Les jours et heures des réunions seront annoncés à la séance d'ouverture.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 19 octobre 1925, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le rôle du médecin colonial aux colonies », par M. le médecin inspecteur général Lasnet, et M. le médecin principal de 1re classe Abbatucci, du Service de santé colonial.

Comme d'habitude, cette conférence sera précédée d'un dîner amical à 19 heures précises (tenue civile, prix : 22 fr.), au Cercle militaire.

RYTHME NODAL PROLONGÉ

et

Interférence du rythme sinusal et du rythme atrio-ventriculaire.

TROUBLES SPONTANÉS ET PROVOQUÉS

PAR MM.

E. VAUCHER, Chargé de cours, et P. MEYER, Chef de clinique médicale,

à la Faculté de médecine de Strasbourg.
(Clinique médicale B.)

Depuis que l'électro-cardiographie est devenue une méthode d'exploration courante, le diagnostic de certains troubles du rythme, tels que le rythme atrio-ventriculaire, a été grandement facilité. Après les publications de F. N. Wilson, Gallavardin, Riehl, Mobitz, Edens et d'autres, l'un de nous a rapporté, il y a un an, un cas de rythme atrio-ventriculaire intermittent chez un coureur cycliste (1). Depuis cette époque nous avons encore observé d'autres cas analogues, et l'observation que nous présentons aujourd'hui, est intéressante à plusieurs égards.

Il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans qui n'a jamais été sérieusement malade, elle n'a jamais eu notamment d'affection cardiaque diagnostiquée. Elle ne présente pas de dyspnée d'effort, pas de palpitations ni d'autres sensations anormales au niveau du cœur. Elle vint consulter l'un de nous pour des douleurs névralgiques très rebelles, siégeant au niveau de l'épaule et du bras gauche, qui ne paraissent pas être des manifestations d'une angine de poitrine. L'examen sommatique ne révéla rien d'anormal; le cœur était de forme et de grandeur normales; les bruits du cœur étaient un peu sourds mais on ne constatait aucun souffle. De temps à autre les bruits du cœur étaient plus nets et légèrement clangoreux; la tension artérielle était de 150/90.

Radiologiquement on constatait une aorte légèrement trop opaque avec élargissement de son calibre. La réaction de Bordet-Wassermann était négative dans le sang. Tout l'intérêt du cas réside dans les particularités du rythme cardiaque. A l'examen du pouls on était frappé par une bradycardie de 45 à la minute.

L'électrocardiogramme nous permit de faire les constatations suivantes :

Dans les trois dérivations les tracés montrent l'absence totale de l'accident auriculaire devant le complexe ventriculaire, qui survient dans un rythme parfaitement régulier de 45 à la minute; il existe par contre dans toutes les dérivations (courbe I), après le crochet S une onde négative, surtout nette en dérivation II et III. Cet accident correspond, par analogie avec des faits publiés par Gallavardin, Edens et d'autres, à une onde auriculaire atypique, en rapport avec une innervation rétrograde des oreillettes.

Il s'agissait donc d'un rythme nodal qui commandait à la fois aux ventricules et aux oreillettes.

La respiration forcée n'avait aucune influence sur le rythme cardiaque; l'effort l'accélère à 65 sans modifier ses caractères. Une seconde courbe, prise dix jours plus tard, était identique à la première; nous crûmes à ce moment être en présence d'un des cas très rares de rythme nodal permanent.

Six mois plus tard de nouveaux électrocardiogrammes montrèrent un rythme cardiaque sensiblement différent. Le tracé II présente en effet un rythme sinusal normal, de 53 à la minute environ. Malgré des variations respiratoires assez prononcées les rapports atrio-ventriculaires chronologiques sont partout normalement conservés (l'espace P-Q correspond partout à 0,18 de seconde).

La courbe III traduit les modifications très importantes survenant durant la respiration forcée. Pendant les phases inspiratoires (puls. 1, 3 et 4) il n'y a aucun trouble de l'évolution de la contraction cardiaque, mais pendant le ralentissement sinusal expiratoire, l'automatisme des centres inférieurs intervient en provoquant des échappements ventriculaires. Le groupement initial des contractions 7 et 8, cache l'onde auriculaire normale, qui est retardée et les pulsations 5, 6 et 7 montrent un rythme nodal de tout le cœur avec innervation rétrograde de l'oreillette comme sur le tracé n° 1.

La courbe IV prise le lendemain au repos montre 5 pulsations (1, 2, 3, 6 et 9) de rythme nodal, tandis que le complexe ventriculaire 4 est précédé d'une onde auriculaire normale avec un espace très raccourci. Les complexes 5 et 7 présentent un élargissement de la branche descendante de R, dû à un chevauchement de l'onde auriculaire positive avec le groupement initial du complexe ventriculaire, tandis que l'avant-dernier complexe est fusionné avec P et le cache complètement. Sur cette courbe le rythme ventriculaire est parfaitement régulier et d'une fréquence de 50 à la minute.

L'effort a donné lieu à deux ordres de phénomènes. Une première fois nous avons constaté un rythme nodal d'une fréquence de 75 à la minute avec innervation rétrograde de l'oreillette; après trente secondes un rythme sinusal réapparut, mais moins accéléré. La compression oculaire déclancha, dès que le ralentissement sinusal dépassa 1,4 seconde, le rythme nodal avec conduction auriculaire rétrograde; cependant il n'y avait pas, comme dans le cas de Gallavardin et Gravier (1) d'allongement de cette conduction rétrograde se traduisant par une onde auriculaire négative survenant plus tardivement.

L'injection sous-cutanée de 1mg1/2 d'atropine provoque après dix minutes, un rythme nodal constant, d'une fréquence de 70; vingt-cinq minutes après l'injection on enregistre un rythme sinusal de 75, sans aucune modification des rapports atrio-ventriculaires normaux. Ce rythme sinusal persiste jusqu'au retour du rythme au chiffre antérieur à l'injection. Mentionnons que la prise du pouls veineux était impossible par suite de la configuration emphysémateuse du thorax.

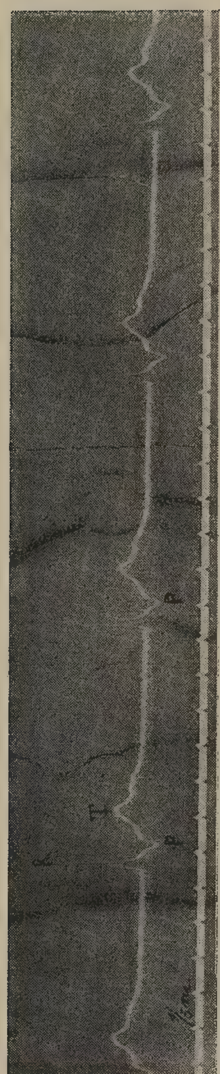
Comment interpréter les phénomènes observés chez notre malade? S'agit-il d'un rythme nodal permanent, ou sommes-nous en présence d'un rythme nodal intermittent, avec tantôt un chevauchement atrio-ventriculaire, tantôt un rythme sinusal de tout le cœur? Pour discuter cette question il faut étudier la forme et la situation du complexe auriculaire dans notre cas.

On admet, d'après des recherches expérimentales (Clerc, Lewis) et d'après des observations cliniques (Franck N. Wilson, Lewis, Gallavardin, etc.) que, dans le rythme septal dirigeant tous les compartiments du cœur, la configuration et la position de l'onde auriculaire par rapport au complexe ventriculaire, peut varier considérablement, selon la partie du nœud de Tawara dans laquelle le stimulus prend naissance. Si le foyer d'excitation siège dans la partie auriculaire de ce nœud, P précéderait le complexe auriculaire d'un espace qui est en général raccourci, mais qui pourrait être normal; l'onde auriculaire devient souvent négative mais peut rester positive. Une localisation au niveau de la partie moyenne du nœud de Tawara aurait pour conséquence un fusionnement de l'onde auriculaire avec le groupement initial du complexe ventriculaire, tandis que P serait placé entre S et T si l'excitation prend naissance dans la partie inférieure des nodosités atrio-ventriculaires. Dans ce dernier cas, P devient négatif, traduisant ainsi la marche rétrograde du stimulus auriculaire.

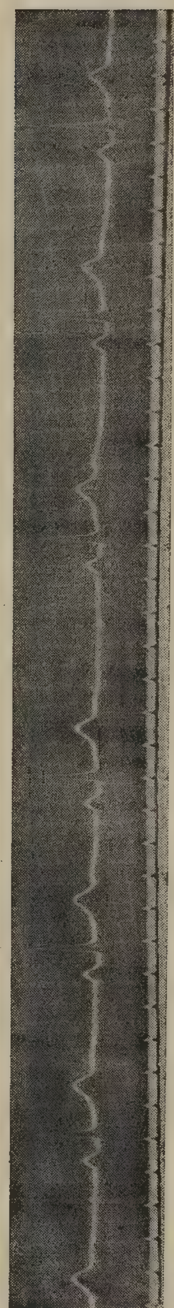
Cette dernière éventualité (P négatif) se retrouve assez souvent sur nos tracés, mais notre cas ne peut

(1) P. MEYER, *Soc. de méd. du Bas-Rhin*, janv. 1924.

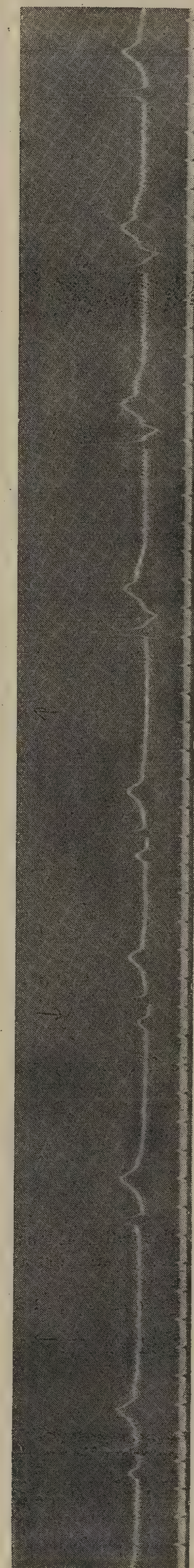
(1) GALLAVARDIN et GRAVIER, Bradycardie nodale permanente, *Arch. des mal. du cœur*, 1921, p. 71.



Courbe I.



Courbe II.



Courbe III.



Courbe IV.

rentrer à notre avis, dans une des deux premières catégories et nous pensons, qu'il s'agit ici par endroit d'une interférence des deux rythmes, l'un sinusal et l'autre atrio-ventriculaire et à d'autres moments d'un rythme sinusal pur. La même interprétation doit à notre avis être donnée aux cas de

Gallavardin et Gravier et de Donzelot et Géraudel (1). Voici les raisons sur lesquelles se base notre opinion dans notre cas.

Nous constatons à certains jours que l'onde auriculaire normale précède partout le complexe ventriculaire d'une espace non raccourci de 0,18 de seconde, et cela d'une façon invariable, malgré des variations rythmiques marquées provoquées par l'effort et la respiration forcée. L'existence d'un rythme sinusal de tout le cœur nous paraît incontestable à ces moments.

On est ensuite frappé par le fait que l'onde auriculaire présente sur tous les tracés, à part sa négativité déjà relatée qui survient à certains moments, les mêmes caractères invariables d'une onde positive normale dans les trois dérivations. La configuration de cette onde P est indépendante de sa situation par rapport au complexe ventriculaire, si l'on fait abstraction des déformations dues au fusionnement avec ce dernier. Ce phénomène se comprend mieux si l'on admet que durant ces phases, l'action sinusale fonctionne indépendamment d'un rythme atrio-ventriculaire qui dirige alors les ventricules.

Un autre fait qui parle contre l'existence d'un rythme nodal continu de tout le cœur est le changement continuel de la position de l'onde auriculaire par rapport au groupement initial; dans le rythme nodal continu, comme le montre notre premier tracé et comme on peut le constater après déclanchement de ce rythme au moyen de l'atropine chez bien des sujets normaux, P garde toujours la même position et la même configuration. Ce n'est qu'au moment du passage du rythme sinusal au rythme nodal et inversement, que l'on observe ces déplacements progressifs de l'accident auriculaire. Nous voyons enfin que les changements de position de P sont nettement en rapport avec des variations rythmiques prononcées du sinus dues à la respiration forcée ou au réflexe oculo-cardiaque, tandis que le rythme atrio-ventriculaire présente sur nos tracés un rythme parfaitement régulier et n'est aucunement influencé par la respiration et à peine ralenti par une excitation intense du pneumogastrique. Notre interprétation de ce cas comme un cas d'interférence des deux rythmes est encore corroborée par l'aspect analogue de nombreuses courbes d'interférence indéniable des deux rythmes publiées au cours des dernières années par Gallavardin, Clerc, Luttembach, Moritz et par d'autres auteurs.

En rassemblant tous ces arguments, nous nous croyons donc autorisés à rejeter, pour notre cas et pour d'autres observations analogues (observations de Gallavardin et Granier, de Donzelot et Géraudel) l'hypothèse d'un rythme nodal permanent; nos courbes présentent plutôt toutes les phases de transition entre le rythme nodal permanent et le rythme sinusal de tout le cœur, en passant par l'interférence des deux rythmes indépendants.

L'apparition dans notre cas du rythme atrio-ventriculaire sous l'influence de l'atropine confirme simplement un fait déjà décrit par Franck V. Wilson et par Gallavardin.

A la base de ce trouble rythmique est le ralentissement excessif du rythme sinusal au delà de la période de latence du rythme atrio-ventriculaire, qui intervient d'autant plus facilement que son automatisme est plus prononcé. Il nous semble probable que les troubles du rythme constatés chez notre malade, sont dus à une lésion peut-être scléreuse, de la région du nœud de Keith et Flack.

(1) Donzelot et Géraudel. Un cas de bradycardie septale permanente. *Arch. des mal. du cœur*, juillet 1924, p. 401.

XXXIVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925.)

PREMIÈRE QUESTION

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'EXTIRPATION DES CANCERS DU RECTUM PAR LES VOIES BASSES

Rapport de M. Gaudier (de Lille).

Les différentes techniques empruntant la voie basse peuvent être réparties en trois groupes suivant qu'elles se proposent d'atteindre le néoplasme :

I. Par le sacrum ;
II. Par le périnée, avec ou sans résection du coccyx ;
III. Par les voies naturelles, vaginale ou rectale.

Les deux premières méthodes permettent de réaliser, soit une amputation, soit une résection. Par contre, la troisième méthode ne peut conduire qu'à une résection.

A. Interventions par voie sacrée. — C'est l'ablation du rectum cancéreux suivant la technique classique de Kraske. Encore très employée en Allemagne, cette méthode est en France de plus en plus abandonnée. On lui reproche sa gravité opératoire immédiate, en raison de la résection plus ou moins étendue du sacrum qui en constitue le premier temps; ainsi est créée une brèche osseuse qui s'infecte facilement. On lui reproche encore de léser les dernières paires sacrées; d'où l'apparition fréquente de troubles sphinctériens.

Aussi les chirurgiens se sont-ils ingéniés dès la première heure à modifier la technique de Kraske. C'est ainsi que Rose préconise l'ablation de toute la moitié inférieure du sacrum. Heinecke et Morestin conseillent une résection avec bascule et conservation d'un lambeau ostéoplastique. Zuckerkandl respecte le squelette et désinsère les muscles et les ligaments qui s'y attachent.

D'autres critiques ont été adressées à la technique de Kraske en ce qui concerne la reconstitution de la continuité de l'intestin.

Kraske employait la méthode circulaire. Elle a l'inconvénient de rendre la coaptation difficile, les deux segments à anastomoser étant de calibres différents. On peut, à la façon de Mayo, sectionner longitudinalement le bout supérieur, agrandir ainsi le diamètre de celui-ci et rendre de la sorte la suture d'exécution plus aisée; mais les fistules secondaires sont encore fort à craindre.

Une autre méthode indiquée par Jaboulay est peut-être préférable. Elle consiste à invaginer le bout supérieur dans le bout inférieur et à en fixer les bords à la peau péri-anale après excision de la muqueuse du bout inférieur.

B. Interventions par voie périnéale. — C'est la voie tout indiquée quand on veut pratiquer une amputation, mais elle se prête aussi à la résection.

I. *Amputation*. — Après résection du coccyx, section des releveurs et ouverture du cul-de-sac péritonéal, le bloc du rectum et des tissus périrectaux est enlevé « en vase clos ».

C'est l'ancienne opération de Lisfranc modernisée et élargie par Quénu, Hartmann et Baudet.

Suivant les cas, suivant les chirurgiens et le sexe de l'opéré, cette technique présente quelques variantes :

Quénu et Baudet abaissent le bout intestinal colique et le fixent au périnée, avec ou sans anus iliaque préalable.

Kocher ne suture pas ce bout inférieur, mais l'abandonne à lui-même à travers les parties molles. D'autres opérateurs

Association de la Presse médicale française.

l'oblitèrent complètement par un ou deux plans de sutures.

Chacun de ces procédés a des inconvénients, soit qu'il crée un anus périnéal incontinent, d'un appareillage difficile, soit qu'il favorise la formation d'un foyer d'infection et de résorption septique.

En raison de la propagation du néoplasme, l'amputation périnéale peut nécessiter du même coup l'ablation de la prostate chez l'homme, et chez la femme celle de la paroi vaginale postérieure.

II. *Résection.* — Elle peut être pratiquée suivant la technique de Kocher ou celle de Cunéo. La première emprunte la voie coccygienne seule; la seconde ajoute à l'incision postérieure une incision prérectale.

La continuité de l'intestin, dans les deux procédés, est assurée grâce à l'invagination du segment supérieur dans le segment anal; les deux cylindres intestinaux sont suturés bout à bout.

C. Interventions par les voies naturelles. — Ces méthodes visent, d'une part à éviter la brèche périnéale, et, d'autre part, à conserver l'appareil sphinctérien.

I. *Voie transanale.* — Préconisée par Hartmann elle comprend les temps suivants :

a. Dilatation de l'anus;

b. Résection circulaire du rectum au-dessus de la tumeur évaginée;

c. Abaissement de la tumeur;

d. Résection haute de cette tumeur;

e. Suture du bout intestinal supérieur à l'anus.

II. *Voie transvaginale.* — Imaginée et réalisée sur le cadavre par Nélaton, cette technique a été bien réglée depuis par Rehn (de Francfort) et son élève Liermann. En voici les gestes essentiels :

a. Ouverture du vagin le long de sa paroi postérieure;

b. Prolongation de cette incision sur le côté gauche de l'anus;

c. Ouverture du Douglas;

d. Abaissement et résection du rectum;

e. Abaissement du bout supérieur à travers l'anus, dépouillé de sa muqueuse;

f. Suture à la peau de ce bout supérieur.

Au sujet de toutes ces résections, on peut dire que l'établissement d'un anus iliaque préalable est un facteur manifeste de succès. Cette dérivation des matières permet l'aseptisation de la tumeur et diminue les risques de fistulisation.

L'anus sera pratiqué avec éperon afin d'assurer une dérivation totale. Son obturation fera l'objet d'une intervention secondaire.

Traitement palliatif. — Quand le néoplasme est devenu inopérable, le chirurgien peut encore soulager le malade en établissant en amont de la tumeur un anus artificiel.

Pour être aussi utile que possible, cet anus doit être situé sur le côlon gauche et permettre une dérivation complète. L'anse colique extériorisée et fixée à la paroi sera sectionnée complètement, de telle façon qu'après cicatrisation de la plaie opératoire l'anus artificiel présente deux bouches intestinales superposées : l'une afférente donnera passage aux matières, l'autre efférente permettra le lavage du bout colique inférieur.

On doit s'efforcer, en établissant cet anus, de le rendre aussi continent que possible. La chose n'est pas toujours aisée et le rapporteur indique rapidement les procédés les plus recommandables.

Résultats globaux des méthodes opératoires par voie basse. — La mortalité opératoire moyenne semble être de 20 p. 100, proportion calculée sur 2.400 interventions postérieures à 1900, époque de perfectionnement de la technique.

Après trois ans, les absences de récidives se montent à 20,5 p. 100. Une statistique récente, malheureusement sans indication du nombre des malades traités, donne sans récidive un cas après dix-huit ans, un cas après seize ans, deux cas après treize ans, un cas après douze ans, deux cas après dix ans, un cas après neuf ans, trois cas après huit ans, quatre cas après sept ans, huit après six ans. La moitié des malades succombent au cours de la première année.

Les tumeurs de la face antérieure du rectum sont parmi celles qui récidivent le plus rapidement.

Le cancer réapparaît d'ordinaire dans les lymphatiques, le foie, le poumon, la rate, les cicatrices opératoires, plus rarement au niveau de la muqueuse intestinale.

La durée de la guérison dépend avant tout de la précocité du diagnostic et de l'opération. Et à ce sujet l'auteur rappelle qu'on doit tout mettre en œuvre pour arriver à faire de bonne heure le diagnostic du cancer rectal. Il insiste sur l'importance extrême de la radioscopie, de la cystoscopie et de la rectoscopie. Ce dernier procédé, dans 18 p. 100 des cas, a permis de constater la présence d'un néoplasme là où l'on n'avait traité jusqu'alors que des hémorroïdes.

Les soins pré et postopératoires ont une influence considérable sur l'avenir de ces malades.

Les guérisons durables atteignent 13 p. 100 pour les opérations périnéales et 24 p. 100 pour les opérations coccygiennes. Les amputations semblent donner de meilleurs résultats que les résections. La colostomie préalable améliore sensiblement les statistiques. Mais des complications plus ou moins tardives sont toujours possibles, telle l'incontinence des matières par suppression ou lésion du sphincter ou de ses nerfs. Sur 200 cas d'extirpation du rectum, Gant signale les résultats suivants : continence, 25 p. 100; incontinence partielle, 65 p. 100; incontinence totale, 10 p. 100.

Le rétrécissement cicatriciel de l'anus est rare, mais la procidence du rectum avec prolapsus de la muqueuse est relativement fréquente.

Si l'on compare dans l'appréciation des résultats les différentes méthodes opératoires, il semble que les interventions par voie sacrée, utilisées surtout en Allemagne, mais aussi en Amérique et en Angleterre, donnent les plus longues survies.

L'âge joue certainement un rôle dans l'histoire des résultats tardifs, tant au point de vue de la résistance de l'opéré que dans l'apparition des maladies intercurrentes en relation directe avec la sénilité.

Cependant, l'âge avancé du sujet ne constitue que très rarement une contre-indication formelle. Il en va tout autrement des phénomènes de propagation et d'adhérences au sacrum supérieur, à l'utérus, à la vessie, aux ovaires et au vagin. Les chirurgiens français respectent d'ordinaire ces contre-indications. A l'étranger on passe outre souvent, et l'on cite le cas d'un opéré d'Exner qui, malgré un envahissement de la vessie constaté par l'examen cystoscopique, guérit. Il avait subi, avec l'ablation de son néoplasme, une résection de la vessie avec transplantation des uretères. C'est là un cas d'exception, mais il faut reconnaître une amélioration certaine de la mortalité opératoire justement dans les interventions compliquées faites pour des cas complexes. Le mieux serait d'opérer en deux temps :

I. Exposition de la tumeur dans la plaie opératoire avec ou sans colostomie préalable.

II. Résection quelques jours après.

Opérations palliatives. — L'établissement d'un anus de dérivation donne parfois des résultats très appréciables, à tel point que Reverdin, avec quelque exagération, ne voulait plus pratiquer d'autre intervention pour tout cancer rectal.

Vanverts, sur 17 cas d'anus palliatifs, a observé deux survies de plus de trois ans chez des malades opérables, une survie de trois ans et deux de quatre ans chez des malades inopérables.

Le rapporteur cite une survie de six ans chez un de ses opérés, diabétique, dont la tumeur avait été jugée inextirpable.

La mortalité opératoire varie considérablement suivant l'état général des sujets; elle oscille entre 6 et 30 p. 100 avec une moyenne de 17 p. 100.

Il est intéressant de noter que les malades qui ont survécu plus de deux ans à la création de leur anus de dérivation, voient souvent celui-ci devenir parfaitement continent. C'est le résultat d'une longue période de régime et d'une médication antidiarrhéique bien calculée. Une sensation annonciatrice due au développement d'une sensibilité spéciale de l'intestin, permet la vidange régulière du tube digestif. Bon nombre de malades ont pu reprendre une vie presque normale.

Les métastases sont plus fréquentes après les opérations

palliatives qu'après les interventions radicales. Passé trois ans, elles causent plus des deux tiers de la mortalité.

Résumé des résultats éloignés. — D'une façon générale, on peut dire que plus « la voie opératoire est élargie », mieux elle permet une ablation totale et haute, et meilleurs sont les résultats à distance.

Si la voie sacrée donne les survies les plus longues, c'est parce que, de toutes les méthodes empruntant la voie basse, elle procure justement l'ablation la plus large. Elle apparaît ainsi comme la méthode de choix, puis viennent la voie coccygienne et enfin la voie périnéale.

Les résultats ne dépendent pas, du reste, uniquement de la méthode suivie, mais encore de la précocité de l'intervention, des soins apportés à la préparation du malade, de l'entraînement du chirurgien et de ses aides.

Le tableau suivant résume ces résultats :

	Opérations pallia-tives.	Voie péri-néale.	Voie coccy-gienne.	Voie sacrée
Mort opératoire	17 %	20 %	16 %	17,4 %
Survie après 3 ans...	5,3 %	13 %	24 %	32 %
Survie après 5 ans...	3,3 %	5 %	7 %	26 %
Survie après 10 ans..	1 %	3 %	3 %	10,5 %

Il est vraisemblable que ce qui s'est passé pour le cancer utérin se produira pour le cancer rectal et que la voie basse cédera le pas à la voie haute et aux méthodes combinées.

Concurremment au traitement chirurgical par la voie basse, avant ou après l'intervention, qu'il s'agisse d'une extirpation du néoplasme ou simplement de la création d'un anus iliaque, on a eu fréquemment recours à la radio ou à la curiethérapie. Cette technique ne semble pas avoir enthousiasmé beaucoup de chirurgiens, et certains d'entre eux, comme Mandl, l'accusent même d'avoir provoqué des hémorragies secondaires.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'EXTIRPATION DU CANCER DU RECTUM PAR LES MÉTHODES ABDOMINALES ET LES MÉTHODES COMBINÉES.

Rapport de M. A. Schwartz (de Paris).

Les techniques opératoires auxquels on peut recourir pour enlever un cancer du rectum par la voie abdominale sont : l'*amputation abdomino-périnéale avec anus abdominal définitif*;

L'*amputation abdomino-périnéale avec abaissement du bout supérieur à la région périnéale* qui donne un anus de siège normal mais incontinent;

La *résection abdomino-périnéale avec abaissemeut du bout supérieur et conservation de l'appareil sphinctérien* qui vise à rendre l'évacuation des matières aussi normale que possible;

Enfin la *résection colo-rectale par voie abdominale seule* (procédé de Hartmann) dans laquelle le bout supérieur est abouché à la paroi et le bout inférieur simplement fermé est abandonné dans le bassin.

Les *facteurs qui conditionnent les résultats éloignés* de l'extirpation d'un cancer rectal, interviennent soit indirectement en diminuant la mortalité opératoire, soit directement en supprimant les causes de récidive et se présentent ainsi.

1° Gravité relative de l'acte opératoire. — Le nombre des guérisons durables dépend du nombre des malades qui échappent à l'intervention, avec cette réserve qu'une opération plus grave par elle-même, peut donner un pourcentage plus élevé de guérisons durables. Mais quelle est la *mortalité opératoire* des opérations combinées?

D'après les statistiques anciennes recueillies par Chalier et Mondor, Chalier et Perrin, Hartmann, la mortalité moyenne va de 30 à 37 et 41 p. 100. Sur 201 cas plus récents réunis par Schwartz la mortalité oscille selon les opérateurs entre 9 et 55 p. 100. Mais il ne faut pas attacher grande importance à ces statistiques car la mortalité varie avec le tempérament du chirurgien et sa conception de l'opérabilité. On constate en effet, dans les statistiques, que le chiffre de la mortalité croît parallèlement au chiffre de l'opérabilité. Et l'abdomino-périnéale n'est probablement grave que parce qu'on l'applique à des cas qui ne sont plus réellement opérables. Le rapporteur a pratiqué seize abdomino-périnéales avec six décès, or il est convaincu que dans cinq de ces six cas il a été trop entreprenant et aurait dû se borner à faire un anus palliatif.

2° Opérabilité du cancer. — Le diagnostic de l'opérabilité qui a une telle influence sur l'issue de l'intervention est difficile et presque impossible cliniquement. Aussi dès 1897 Quénu préconisait la *laparotomie exploratrice*, mais une laparotomie latérale gauche. Le rapporteur estime que la laparotomie doit être médiane et large et même qu'elle doit être complétée par une incision du péritoine du mésorectum (premier temps de l'abdomino-périnéale) qui permettra d'introduire la main dans la concavité sacrée, d'étudier la mobilité du cancer et ses adhérences au sacrum.

D'autre part l'opérabilité du cancer est en rapport direct avec la précocité du diagnostic. Il est donc bon de rappeler la nécessité de pratiquer non seulement le toucher rectal mais encore la rectoscopie chez tout individu qui présente des phénomènes d'entérite inexpliquée ou des pertes de sang par l'anus.

3° Soins préopératoires.

4° Anesthésie. — La rachi-anesthésie est ici particulièrement indiquée. C'est la méthode la moins shockante pour un malade soumis à un traumatisme opératoire long et sérieux.

5° Technique opératoire suivie. — Trois manœuvres opératoires ont un effet très important sur les résultats.

a. L'*abaissement du bout supérieur* est presque toujours difficile en raison de l'étendue nécessaire de la résection. On ne dispose plus que d'une anse courte, fixée par ses vaisseaux et dont la mobilisation oblige quelquefois non seulement au décollement colo-pariétal mais à des sections vasculaires. Une gangrène ischémique du côlon peut en résulter. On a beaucoup discuté sur cette question de la gangrène, généralement attribuée à une ligature de la mésentérique inférieure placée à tort au-dessous et non au-dessus de l'anastomose avec la dernière sigmoïdienne. Mais le point critique de Sudeck n'a pas ici l'intérêt qu'on lui croit car le segment recto-sigmoïdien correspondant au point critique doit être enlevé. La gangrène est bien plutôt due au sacrifice intempestif du méso-côlon pelvien et de ses vaisseaux. En fait elle est fréquente. Rotter, Kroll, Brun, Cunéo l'ont observée fréquemment dans l'amputation avec abaissement.

b. La *conservation du sphincter* quand elle réussit a des avantages indiscutables mais on peut se demander si elle permet une exérèse assez large car sur certaines pièces opératoires après amputation abdomino-périnéale, le rectum périnéal et le releveur adjacent sont quelquefois envahis. D'autre part la conservation du sphincter nécessite la fermeture à peu près complète de la brèche périnéale et cette fermeture expose à des accidents.

c. L'*hystérectomie préalable* pratiquée systématiquement en l'absence de toute adhérence ou d'envahissement néoplasique a des effets heureux sur les résultats éloignés parce qu'elle permet une opération plus large et rend la péritonisation du champ opératoire plus facile. L'opération est pratiquée en deux temps par Tixier qui a imaginé la méthode. Mais le rapporteur estime qu'il est préférable, dans la même séance opératoire, d'enlever d'abord l'utérus puis le colo-rectum.

d. La *largeur de l'intervention* est un des facteurs les plus importants d'un succès durable. Il faut dépasser partout les limites anatomiques du mal et enlever d'un seul tenant les tumeurs, les ganglions et les lymphatiques qui les unissent.

L'anatomie surtout l'anatomie pathologique montrent ici ce qui peut et doit être réalisé. Le canal ano-rectal est divisible en trois segments :

Le *supérieur*, *rectum péritonéal* est entouré, en arrière de la séreuse, par une lame cellulo-graisseuse qui s'étend en dehors jusqu'à l'uretère et contient vaisseaux et lymphatiques supérieurs du rectum.

Le *segment inférieur*, *périnéal* est caractérisé par sa fusion avec le plancher périnéal.

Le *segment moyen, génital* est en rapport :

En avant chez l'homme avec la prostate et la vésicule dont le sépare l'aponévrose de Denonvilliers *adhérente à la prostate* et chez la femme avec le vagin auquel il est étroitement accolé.

Latéralement avec des trousseaux fibreux, denses venus des parois pelviennes et riches en vaisseaux et en nerfs.

Au point de vue de la distribution des *lymphatiques*, d'après des recherches récentes, il y a un haut et un bas rectum entre lesquels existe une zone étanche, mais du bas rectum partent

des collecteurs longs qui vont directement aux ganglions recto-sigmoïdo-coliques. D'autre part on connaît les anastomoses qui unissent les lymphatiques du rectum et ceux du système génital. Les ganglions qui peuvent être envahis dans le cancer rectal sont les inguinaux, les hémorroïdaux moyens et surtout les hémorroïdaux supérieurs dont l'atteinte est fréquemment observée, quel que soit le siège de la tumeur.

L'extension topographique des tumeurs du rectum est bien connue, mais il faut signaler l'infiltration précoce du tissu cellulaire péri-rectal. Les statistiques montrent d'ailleurs que la récidive se fait le plus souvent dans cette atmosphère celluleuse au niveau de la prostate et de la cloison recto-vaginale.

Ainsi l'anatomie pathologique nous enseigne qu'il faut faire une exérèse étendue en largeur et en hauteur.

Sans aller jusqu'à sectionner la mésentérique inférieure à son origine comme fait Moynihan, on tranchera le pédicule vasculaire au-dessus du ganglion le plus élevé du mésorecto-colique.

Au niveau du *segment périnéal* du rectum on doit enlever largement les muscles et la graisse de la région,

Dans les segments moyen et supérieur du rectum, il s'agit d'enlever toute la lame cellulo-graisseuse. Sur le *segment pelvien* cela est facile. Sur le *segment génital* l'ablation est encore assez simple chez la *femme* car emportant toute la paroi postérieure du vagin avec le rectum, on enlève la cloison recto-vaginale sans qu'il y ait à faire de décollement.

Les choses sont beaucoup plus compliquées chez l'*homme*. Ici il faut passer en avant de l'aponévrose de Denonvilliers et l'espace décollable est en arrière de cette aponévrose, non en avant. Pour arriver au but il est nécessaire, passant par le périnée d'inciser sur la prostate. En outre latéralement il faut sectionner le trousseau fibreux de l'hémorroïdale moyenne loin du rectum. On découvre et on attire l'uretère pour tendre sa portion terminale et on incise au-dessous de lui. Ainsi le doigt pénétrant jusqu'au plancher pelvien accroche en remontant le pédicule hémorroïdal moyen qui peut être lié loin du rectum.

La *section de l'intestin* est encore une manœuvre de grande importance. Il est préférable de n'y procéder qu'à la fin de la phase abdominale de l'opération quand le colo-rectum est complètement libéré.

Le bout inférieur étant refoulé dans le bassin, on pratique la *péritonisation* à l'aide d'un surjet aussi exact et serré que possible. On peut presque toujours d'ailleurs faire deux surjets l'un sur l'autre.

Quant à la conduite à tenir vis-à-vis de la *brèche périnéale*, elle mérite d'être discutée. Les tissus de cette brèche, quelque précaution qu'on prenne, présentent souvent un peu de sphacèle superficiel, et il est certain que des accidents septiques graves peuvent se produire si la plaie est suturée. Le mieux est de la laisser complètement ouverte en la comblant avec un Mikulicz. D'ailleurs les statistiques prouvent que les décès opératoires relèvent presque toujours de phénomènes infectieux et que parmi ceux-ci la cellulite pelvienne domine.

Il paraît maintenant possible, tirant parti des données précédentes, de dire par quelle méthode opératoire on a le plus de chances d'obtenir le meilleur pourcentage de résultats éloignés.

Avant tout, doit intervenir la notion du siège du cancer. Les cancers du segment périnéal, du segment génital et de la moitié inférieure du segment péritonéal sont justiciables d'une abdomino-périnéale avec sacrifice de toute la région inférieure et établissement d'un anus abdominal définitif.

Lorsque le cancer siège dans le segment supérieur du rectum péritonéal il n'est pas douteux, d'après les données anatomo-pathologiques actuelles, que le segment périnéal peut être considéré comme indemne et on a le droit de songer à le conserver. C'est ici que l'abdomino-transanale de Villard et l'opération de Hartmann trouvent leur indication et peuvent être mises en parallèle, la première opération grave mais laissant le plus souvent un anus continent, la seconde opération très bénigne mais comportant l'anus abdominal définitif. L'avenir permettra de juger avec plus d'exactitude la valeur respective, en ce qui regarde les résultats éloignés, de ces deux méthodes. Mais dès maintenant celle de Hartmann peut prétendre à une certaine supériorité au point de vue strict des guérisons durables. En outre il semble que le bout inférieur inutilisé puisse quelquefois, quand l'opéré va bien un an après l'intervention, être réunie au bout supérieur à l'aide d'une anse iléale exclue comme dans le procédé de Baldwin-Mori pour absence congénitale du vagin. Cette idée d'ailleurs a déjà été réalisée une fois avec succès en 1911 par Quinto Vignolo.

Pour terminer il est intéressant de comparer les résultats que donnent la voie basse et la voie abdomino-périnéale dans le traitement du cancer du rectum. De plus en plus la voie abdominale, qui seule permet une exérèse large conforme aux données de l'anatomie pathologique, c'est-à-dire au mode de propagation du cancer, est préférée à la voie uniquement périnéale. Mais voyons ce que sont la mortalité opératoire, les récidives, les résultats éloignés que donnent ces deux méthodes.

La *mortalité opératoire* est dans l'ensemble moins élevée dans les opérations par voie basse que dans les opérations combinées. Mais cette mortalité, on l'a déjà noté, dépend dans une large mesure de l'entraînement opératoire du chirurgien, de sa technique, de sa conception de l'opérabilité.

La statistique de Gaudier portant sur 1.400 cas d'opérations par la voie basse depuis 1900 comporte une mortalité opératoire de 20 p. 100. La statistique récente de Schwartz sur la mortalité des opérations combinées donne 26,8 p. 100.

Les *guérisons durables*, datant de trois ans, peuvent être appréciées à l'aide des chiffres suivants :

Dans les statistiques de Chalier et Mondor on a 18,5 p. 100 de guérisons avec la voie périnéale et 31 p. 100 avec la voie sacrée. La statistique plus récente de Gaudier donne 13 p. 100 de guérisons dans les opérations périnéales, 24 p. 100 dans les opérations coccygiennes et jusqu'à 32 p. 100 dans les opérations sacrées entre les mains de quelques chirurgiens.

Les guérisons durables obtenues par les méthodes combinées sont de 16,8 p. 100 dans la statistique de Chalier et Perrin, de 36 p. 100 dans la statistique de Schwartz.

Quant aux *récidives*, très fréquentes dans les statistiques anciennes d'opérations périnéales, elles ne sont plus que de 30 à 40 p. 100 dans la statistique de Gaudier alors que la moyenne relevée par Schwartz pour la voie combinée est de 21,8 p. 100.

En somme il semble qu'on puisse conclure ainsi :

Les opérations basses ont une mortalité opératoire moins élevée mais qui s'accroît dans la mesure où ces opérations s'élargissent. Les opérations abdominales ont une mortalité immédiate supérieure mais qui diminue lorsque les chirurgiens possèdent mieux la technique et ne s'attaquent qu'à des cas réellement opérables.

Par contre si l'on envisage les récidives et les résultats éloignés, les méthodes abdominales ou combinées présentent une supériorité incontestable.

TRAITEMENT DU CANCER DU RECTUM PAR LES RADIATIONS

Rapport de MM. Schwartz et Richard.

Les publications relatives à la radio et à la radiumthérapie du cancer du rectum sont rares ; les statistiques sont peu fournies, et cela surtout comparativement au nombre imposant d'articles parus sur le traitement du cancer du col utérin.

C'est que le cancer rectal est un mauvais néoplasme, radiorésistant et d'un accès difficile. Des progrès sont nécessaires dans le matériel radiologique et dans les techniques rœntgen et curiethérapiques pour que cette affection fasse partie des cancers curables par les radiations. Présentement, les résultats définitifs sont exceptionnels ; ce n'est là qu'une méthode adjuvante, favorisant l'acte chirurgical, mais ne le suppléant en aucun cas.

A. Roentgenthérapie des cancers du rectum. — Les débuts furent encourageants. Simonson de Heidelberg écrivait en 1913 que les rayons agissent sur les douleurs mais que la tumeur n'est pas influencée par eux. Actuellement, si la plupart des radiothérapeutes sont pessimistes, si quelques-uns comme Pfahler déclarent n'avoir jamais observé de résultats satisfaisants, il faut reconnaître cependant qu'avec les progrès de la technique et du matériel, on est arrivé à obtenir des améliorations locales, des régressions du volume de la tumeur assez marquées pour avoir fait croire à la guérison.

Ces progrès sont dus à l'emploi d'appareils plus puissants,

de filtres de métaux lourds, à l'éloignement de l'ampoule, toutes conditions permettant de concentrer sur la tumeur des doses considérables de rayons.

En 1921, Stark publie l'observation de trois cas traités de cette façon : un malade est amélioré pendant quinze mois puis voit sa tumeur évoluer à nouveau, un autre est amélioré passagèrement et meurt; le troisième traité après intervention demeure indemne de récidive depuis deux ans. De cette publication qui fait date dans l'histoire du traitement du cancer rectal par les rayons, deux conclusions sont à retenir :

I. Nécessité d'établir un anus iliaque pour mettre la tumeur au repos et désinfecter le rectum;

II. Possibilité d'obtenir par cette méthode une diminution du volume du cancer et de rendre opérable des cas qui ne l'étaient plus.

En 1922 Ribram déclare la radiothérapie inférieure à l'anus artificiel, mais ne songe nullement à associer l'un et l'autre. Il condamne la radiothérapie post-opératoire et signale quelques cas de cachexie rapide consécutifs à des irradiations massives, prolongées parfois toute une journée et très à la mode en Allemagne à cette époque.

Actuellement, on pense en France avec Regaud, Proust et Béclère que ces doses brutales sont à rejeter. Dans les néoplasmes radio-résistants, plus encore que dans les cas de tumeurs sensibles, il importe d'attaquer les cellules cancéreuses alors qu'elles ne sont pas sur la défensive, de les frapper pendant leur phase de reproduction. Un tel résultat ne peut être obtenu que par une irradiation courte, les doses devant être étalées sur un temps considérable.

En 1924, Stark reprenant le travail signalé plus haut, annonce que les sujets qu'il a vu traiter par les rayons seuls ont tous succombé. Il cite deux nouveaux cas rendus opérables par la radiothérapie, cas datant de trois et quatre ans.

Récemment, Ernest May confirme les conclusions de Stark et conseille l'application de rayons après l'établissement d'un anus définitif, afin d'obtenir nn résultat palliatif appréciable ou, si possible, de rendre le malade opérable.

Holfelder de Francfort agissant par la roentgenthérapie seule sur vingt-deux cas inopérables en rend cinq opérables.

Il semble que ce soit là actuellement le but de la radiothérapie : élargir le champ de la chirurgie curatrice.

B. Curiethérapie du cancer du rectum. — *Méthode primitive.* — Pendant de longues années la technique radiumthérapique du cancer rectal fut identique à celle du cancer du col utérin. On introduisait dans la lumière du rectum un chapelet de tubes de Dominici de longueur égale à celle de la lésion.

En 1914, Delbet, Mocquot, Herrenschmidt et Mocq, présentent trois cas traités par cette méthode. Un premier malade est amélioré mais on le perd de vue. Un second malade qui reçut quatre applications, voit se rétablir la perméabilité de son anus, mais meurt cinq mois plus tard. Un troisième eut cinq applications sans amélioration.

La même année Bérard avoue n'avoir jamais eu de guérison. Depuis cette époque et jusqu'à maintenant, Barcat, Carro, Krecke, Bioglio accusent les mêmes échecs.

Les causes de ces insuccès sont multiples :

a. Faible marge de radio-sensibilité. Le cancer rectal est radio-résistant, la muqueuse rectale est radio-sensible.

b. Difficulté de l'exploration clinique, en dépit du rectoscope, du cathétérisme et de la radiographie, à telle enseigne qu'on n'est jamais certain de connaître les limites exactes du mal.

c. Situation des ganglions, toujours éloignés des tubes de radium.

A ces difficultés tenant au malade s'en ajoutent d'autres relevant d'une technique déficiente :

a. Insuffisance de la filtration primaire et secondaire.

b. Trop courte durée d'application.

Malgré tout, on rencontre quelques cas de guérison obtenus de cette façon et se maintenant exceptionnellement depuis plusieurs années. (Husch, Schlesinger, Alglave, Bowing, Anderson, Laffont, Rubens-Duval et Appert.)

Si imparfaite que soit cette méthode palliative, elle apparaît susceptible d'être améliorée :

Un premier perfectionnement consiste à immobiliser en bonne place le chapelet radio-actif de façon à obtenir une irradiation maxima de la tumeur et une irradiation minima de la muqueuse saine.

Un second perfectionnement est la réalisation d'une excellente filtration primaire et secondaire. Plusieurs procédés ont été indiqués. Proust emploie un filtre de 2 millimètres de platine pour retenir tous les rayons β et γ mous, filtre entouré d'une mince lame d'aluminium et de caoutchouc pur exempt de toute charge métallique.

Un troisième point important est la durée d'application. Elle est d'ordinaire toujours trop courte; elle devrait porter sur plusieurs jours et même plusieurs semaines.

Enfin, il importe de désinfecter aussi soigneusement que possible le segment rectal afin d'éviter toutes complications septiques.

Méthode des tubes nus. — Elle tend à obtenir une irradiation plus large et plus homogène. Imaginée par Janeway, elle consiste à introduire au sein de la tumeur de minuscules tubes de verre scellés à la lampe aux deux extrémités et contenant une très petite quantité d'émanation, un millicurie environ. La mise en place s'effectue à l'aide d'aiguilles qu'on implante dans la tumeur et dans la lumière desquelles ont été introduits les tubes d'émanation. Un mandrin permet de retirer l'aiguille tout en laissant le tube dans la profondeur des tissus cancéreux. Le rectoscope facilite ces manœuvres.

Cette méthode a un grand avantage. Par le grand nombre de tubes utilisés, elle permet une excellente irradiation homogène. Mais elle présente un grave défaut : l'absence de toute filtration qui crée autour de chaque tube une zone de nécrose provoquée par les rayons β, nécrose qui peut atteindre les vaisseaux et les nerfs, produire des hémorragies graves et des douleurs violentes.

Janeway et Quick ont obtenu des résultats encourageants en combinant l'emploi des « tubes nus » et des « tubes de Dominici ».

Sur 161 cas vérifiés histologiquement et traités par la méthode de Janeway, Quick relève quatorze guérisons, les plus récentes datant de cinq mois, les plus anciennes de cinq ans. Parmi les cas guéris figurent deux lymphosarcomes qui eussent disparu plus simplement par la rœntgenthérapie pénétrante.

Il convient de rappeler que les « tubes nus » demeurent indéfiniment dans les tissus. Ceci est sans importance puisque d'une part ils sont très petits ; deux millimètres de long sur un demi millimètre de large, et que d'autre part ils perdent rapidement leur pouvoir radio-actif.

Méthode de Cesbron. — Elle consiste, pour remédier au défaut grave du « tube nu » à utiliser des aiguilles de platine chargées de radium ou d'émanation. Ce sont les aiguilles de Regaud.

Rubens-Duval et Oppert ont traité quinze cas par cette méthode. Ils eurent sept décès survenus dix-huit mois environ après le traitement. Huit malades sont actuellement vivants dont cinq non guéris. Les trois malades guéris cliniquement sont des femmes; l'une présentait un épithélioma épidermoïde ano-rectal, la guérison se maintient depuis un an; la seconde avait un cancer ampullaire à cellules prismatiques hautes, la guérison date deux ans; la troisième était atteinte d'un épithélioma cylindrique, sa guérison remonte à troi ans.

Méthode de Proust. — Frappé de ce fait que les méthodes précédentes ne visent que la tumeur et semblent négliger les ganglions, Proust proposa en 1921 l'application de tubes filtrés par décollement rétro-rectal. Les statistiques manquent, mais théoriquement cette technique marque un progrès. Il importe que les tubes soient nombreux pour produire une irradiation homogène et qu'ils n'utilisent que les rayons γ seul doués de propriétés électives.

Méthode de Bayet. — C'est une méthode mixte, à la fois radiumthérapique et chirurgicale (Schwartz, Richard, Bayet, Neumaun et Coryn). Elle comporte les temps suivants :

a. Création d'un anus iliaque et désinfection du rectum.

b. Opération huit jours plus tard : décollement rétro et latéro-rectal, immédiatement suivi de :

c. Radium-puncture par aiguilles de radium contenant 0gr66 de Ra-El, à parois de 0,3 millimètres de platine.

d. Pose de tubes de Dominici à parois de 2 millimètres de

platine, entourés de caoutchouc pur, placés dans les régions ganglionnaires.

e. Extirpation du rectum quand elle est rendue possible par la curiethérapie.

Appliquée chez quarante malades, la méthode a donné huit guérisons. Sept de ces malades guéris ont pu subir l'amputation secondaire: le huitième qui était inopérable, reste sans récidive après seize mois. Dans un seul cas l'examen histologique de la pièce opératoire a été donné : on ne trouve pas de cellules cancéreuses dans les coupes.

Méthode de Kelly. — C'est un perfectionnement de la méthode intra-rectale par chapelets de tubes filtrés. L'auteur utilise quatre portes d'entrée (sacrée, coccygienne, périnéale et pubienne) et place quatre appareils de surface analogues au « pack » de Quick maintenant les tubes à quatre pouces des téguments. Chaque porte reçoit 10 grammes-heure (75 m c d).

Sur deux cents cas suivis, vingt-deux guérisons ont été obtenues, les unes après radiumthérapie pure, les autres après association de la radiumthérapie et de la chirurgie.

C. Rœntgenthérapie et curiethérapie associées. — Inspirés par les essais de Kelly, de nombreux auteurs ont appliqué simultanément des tubes intra-rectaux et des rayons pénétrants, ces derniers jouant un rôle comparable à celui rempli par le « pack » de Quick ou les appareils de surface.

Perthes a ainsi obtenu deux guérisons sur cinq cas traités. Ces guérisons datent de plus de trois ans.

Pförringer utilise les rayons pénétrants et des tubes de mésothorium. Sur vingt-trois malades il n'a eu aucune guérison.

Rubens-Duval et Appert ont traité cinq cas par l'association radium et rayons. Voici les résultats.

De deux malades soignés par radiumpuncture et radiothérapie, l'un mourut un an après le traitement, l'autre est vivant mais non guéri cliniquement dix-huit mois après le traitement.

Deux autres malades qui furent traités par sonde radifère et radiothérapie moururent au bout de six mois.

Le cinquième malade opéré et récidivé fut traité de la même façon. Il vit encore et paraît cliniquement guéri après trois ans. Il était atteint d'un épithélioma cylindrique.

D. Association de la chirurgie et des radiations. — La grande majorité des auteurs s'accorde à dire que dans les cas inopérables ou « limites » c'est l'association de la chirurgie et des rayons qui donne les meilleurs résultats.

Résumant l'opinion générale Ernest May conseille :

1. L'établissement d'un anus iliaque gauche.
2. La radiothérapie pénétrante douze jours après l'intervention.
3. La cure radicale quatre semaines après l'irradiation.

De l'ensemble des travaux précédemment exposés paraissent se dégager les conclusions que voici :

a. Le traitement du cancer du rectum par les irradiations a fait depuis cinq ans d'incontestables progrès ; les résultats sont cependant moins bons que ceux obtenus dans le traitement d'autres cancers.

b. Toutes les fois qu'elle est possible, la chirurgie demeure supérieure à tout autre thérapeutique.

c. Dans les cas inopérables, c'est à l'association de la chirurgie et des radiations qu'il faut demander les meilleurs résultats : création d'un anus iliaque, irradiation lente et conduite aussi largement que possible, ablation de la tumeur toutes les fois que l'opération sera devenue praticable.

Discussion de la première question.

M. L. Mayer (de Bruxelles). L'expérience de 100 cas opérés depuis plus de trois ans amène l'auteur aux conclusions suivantes :

I. L'opération abdomino-périnéale est grave, chargée d'une forte mortalité. Elle n'améliore pas le pronostic éloigné. Ce procédé s'adresse aux tumeurs du côlon sigmoïde et non aux cancers du rectum.

II. Ceux-ci, quand ils sont haut situés, réclament une résection sacro-périnéale avec conservation du sphincter anal ; quand ils sont bas situés, ils relèvent de l'amputation cocci-périnéale.

III. La plupart des récidives se font au voisinage de l'anus; les métastases viscérales et osseuses sont peu fréquentes, ce qui prouve que l'ablation abdominale de la chaîne ganglionnaire, théoriquement indispensable, demeure pratiquement inutile.

IV. Le cancer rectal évolue en général lentement, d'où la rareté du diagnostic précoce et la disproportion entre l'étendue des lésions et les signes cliniques.

V. Les survies de plus de cinq ans sont rares. L'auteur signale des cas guéris depuis plus de quinze ans et vérifiés histologiquement.

VI. Il préconise la technique suivante : anus iliaque gauche provisoire, application rectale de 10 centigrammes de bromure de radium durant quarante-huit heures ; résection ou amputation basse dix jours après en position ventrale de Depage sous rachi-anesthésie; fermeture de l'anus iliaque après six semaines; vaccination qui réduit la mortalité au-dessous de 10 p. 100.

VII. La cure opératoire des hémorroïdes par le procédé de Withead est la meilleure mesure prophylactique du cancer du rectum. Le toucher rectal pratiqué systématiquement dans les cas d'hémorragies ano-rectales permettrait souvent le diagnostic précoce, et les succès opératoires deviendraient plus constants.

M. J. Bœckel (de Strasbourg) a opéré 115 cancers du rectum, 58 chez l'homme, 57 chez la femme. Cette statistique s'étend sur une période de quarante-neuf ans, sans compter les années de la guerre.

L'*âge* des opérés varie entre seize et quatre-vingt-trois ans, le plus grand nombre des cas concernant des sujets de cinquante à soixante-dix ans.

Variétés anatomiques. — 4 tumeurs étaient des sarcomes, les 111 autres des épithéliomas cylindriques.

Siège. — 65 cas de cancers ano-rectaux et ampullaires, 49 cas de cancers sus-ampullaires, 1 cancer recto-sigmoïdien. 10 fois la cloison recto-vaginale était atteinte simultanément.

Technique. — *a.* Voie périnéale (Lisfranc) dans les cancers ne dépassant pas l'ampoule ;

b. Opération de Kraske dans les cancers sus-ampullaires.

c. Amputation abdomino-périnéale dans les cancers recto-sigmoïdiens.

C'est ce dernier procédé, imaginé par Quénu mais non encore appliqué par lui, que l'auteur a décrit à la Société de chirurgie en octobre 1896 sous le nom de sacro-iliaque et que Gaudier avait employé quelques mois plus tôt.

Résultats immédiats. — Les 115 cas ont donné 93 guérisons et 22 morts, soit une mortalité de 19,12 p. 100. Les tumeurs basses ont une mortalité de 7,25 p. 100, les tumeurs sus-ampullaires accusent un pourcentage beaucoup plus élevé, 47,8 p. 100.

Résultats ultérieurs. — Morts tardives. — 3 sujets atteints de cancers inopérables et traités par l'anus iliaque ont vécu un an, un an et demi et trois ans. Chez un autre malade, la récidive survint au bout de quinze mois et la mort six mois plus tard. Chez une deuxième opérée, récidive, après un an, dans la cloison recto-vaginale qui est largement réséquée. Six mois plus tard, prolapsus utérin traité par hystérectomie vaginale. Survie de deux ans et demi. Enfin, récidive inopérable.

Complications lointaines. — Rétrécissement de l'anus sacré et prolapsus. La première peut être traitée par la dilatation et, si celle-ci est insuffisante, par une nouvelle opération. Contre le prolapsus il n'y a pas grand'chose à faire; cependant on peut appliquer un bandage avec pelote spéciale et essayer de rééduquer l'intestin.

Résultats généraux. — Récidives. — L'auteur n'a pu avoir de renseignements que sur 42 opérés; 35 fois la récidive est survenue dans un délai allant de cinq mois à six ans. Il y a eu 12 cas de survie prolongée : sept ans, douze ans et demi, treize ans, quinze ans, trente-trois ans — la mort étant survenue sans récidive du cancer — quatre ans et cinq ans chez des malades encore vivants et bien portants.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

QUESTION D'INTERNAT

LES MÉSENTÉRIQUES[1]

BRANCHES COLLATÉRALES. — 1. **Avant l'entrée dans le mésentère :**

La pancréatique inférieure (Testut) qui suit le bord inférieur du pancréas, au-dessus de l'angle duodéno-jéjunal, anastomosée avec la splénique.

La duodéno-pancréatique gauche.

ORIGINE, près de l'origine de la mésentérique.

TRAJET, derrière la tête du pancréas.

TERMINAISON, se divisant aussitôt en deux branches supérieure et inférieure anastomosées avec les pancréatico-duodénales droites.

BRANCHES, donnant à Du III, Du IV, partie inférieure Du II.
Les rameaux duodénaux de Theile, deux ou trois pour l'angle duodéno-jéjunal.

L'hépatique, parfois *en cas d'anomalie* passant derrière la veine porte, puis le long de son bord droit, disposition à bien connaître lorsque l'on recherche le canal hépato-cholédoque,

2. **Dans le mésentère.** — L'artère donne à gauche les branches intestinales, à droite les artères du côlon droit.

A. LES BRANCHES INTESTINALES. — Au nombre de vingt.

— ORIGINE de la convexité de la mésentérique.

— TRAJET entre les deux feuillets.

— LONGUEUR, 7 à 8 centimètre pour les grandes, 3 à 5 pour les petites.

— TERMINAISON, par un série d'arcades. Chaque artère se bifurque en deux rameaux supérieur et inférieur qui s'anastomosent chacun avec le rameau antagoniste de la branche voisine, formant :
La première série d'arcades, d'où partent quarante à cinquante branches qui, de la même façon forment:
La deuxisme série d'arcades, d'où partent des branches beaucoup plus petites qui forment:
La troisième série d'arcades, la dernière avant l'intestin, c'est le VAISSEAU PARALLÈLE.

EN RÉALITÉ, haut sur le grêle existent deux à trois séries d'arcades; plus bas il y en a quatre ou cinq.

DU VAISSEAU PARALLÈLE naissent les VAISSEAUX DROITS soit isolés, soit en un tronc commun deux à deux. Quoi qu'il en soit ils enserrent en pince l'intestin l'un pour la face antérieure, l'autre pour la face postérieure. De chacun des vaisseaux droits part le VAISSEAU RÉTROGRADE qui pénètre les tuniques dans l'écartement des vaisseaux droits, irriguant l'intervalle *s'anastomosant dans la paroi*, anastomose néanmoins très précaire sur la valeur de laquelle il vaut mieux ne pas compter au cours d'une résection : *il faut sectionner le mésentère un bon centimètre au-dessous de l'intestin.*

— RAPPORT. — *Les veines* ont une disposition identique, les arcades sont moins nombreuses, plus antérieures.
Les lymphatiques sont étagés en plusieurs relais :
Le premier le long du vaisseau parallèle ;
Le deuxième le long des grosses branches ;
Le troisième le long du tronc.
Les nerfs : plexus sympathique.
La graisse.

DEUX POINTS DE CETTE ÉTUDE ont *un gros intérêt chirurgical* :

1° *Lorsqu'on est astreint à créer un anus artificiel sur le grêle*, il faut savoir reconnaître le niveau d'intestin auquel on ne trouve : on sait en effet le terrible pronostic des anus hauts du grêle.
L'anse intestinale est haute si :
— Les arcades sont peu nombreuses;
— Les vaisseaux droits longs : en LUNETTES ;
— La graisse loin de l'intestin ;
— L'intestin rouge.

L'anse intestinale est basse si :
— Les arcades sont plus fournies ;
— Les vaisseaux droits courts.
— La graisse en houppettes ;
— L'intestin gris clair.

2° *Lors d'une gastro-entérostomie*, il faut bien connaître *la vascularisation de l'angle duodéno-jéjunal.* Les artères arrivent à l'angle par sa face antérieure et droite; il faut donc l'aborder en *incisant le péritoine le long du bord gauche.*

B. LES BRANCHES COLIQUES DROITES. — **L'artère colique supérieure droite** est l'artère du côlon transverse, l'artère de l'angle sous-hépatique.

ORIGINE de la concavité de la mésentérique à quelques millimètres sous le bord inférieur du pancréas.

— TRAJET, en avant et à droite.

— TERMINAISON, à l'angle colique droit.

— RAPPORT, se *trouve dans la racine du mésocôlon transverse.*
En arrière, face antérieure du pancréas, face antérieure Du II, face antérieure du pôle inférieur du rein.

En avant le *ligament gastro-colique l'artère gastro-épiploïque droite*, et ses *ganglions satellites.*

BRANCHES TERMINALES. — *A gauche* dans le mésocôlon transverse une branche qui s'anastomosant avec l'artère colique gauche supérieure forme l'arcade de Riolan qui vascularise le côlon transverse.
A droite, sous le péritoine branche descendante le long du côlon droit qui s'anastomose avec l'artère colique moyenne.

UN RAPPORT PRÉSENTE UN INTÉRÊT CAPITAL, celui de l'artère gastro-épiploïque et de ses ganglions sous-pyloriques, avec l'artère colique supérieure droite et l'arcade de Riolan. Lors d'une pylorectomie pour cancer il faut par décollement colo-épiploïque écarter ce voisinage dangereux, la blessure des vaisseaux du côlon transverse nécessitant la résection de cet organe.

L'artère colique moyenne. — Artère du côlon droit, est inconstante.

ORIGINE, mésentérique ou une autre colique.

TRAJET, en bas à droite, croisant l'uretère, les vaisseaux spermatiques.

TERMINAISON, à quelques centimètres du côlon droit en une branche supérieure qui se dirige vers la colique supérieure, une branche inférieure vers la colique inférieure.

L'artère colique inférieure, est l'artère iléo-cæco-colique.

ORIGINE, un peu au-dessus de la bifurcation terminale.

TRAJET, obliquement descendante.

TERMINAISON, à l'angle iléo-cæcal en cinq branches.

BRANCHES. — *La colique*, monte s'anastomoser avec la colique supérieure ou la colique moyenne formant l'arcade para-colique, d'où naissant des vaisseaux droits identiques à ceux du grêle. Il n'y a plusieurs arcades qu'au niveau de l'angle : deux ou trois.
La cæcale antérieure, qui soulève un repli péritonéal limitant la fossette cæcale supérieure.
La cæcale postérieure, appliquée contre le cæcum.
L'appendiculaire, derrière l'iléon, puis dans le méso-appendice; très mal anastomosée avec artère cæcale antérieure son oblitération entraîne la gangrène de l'appendice.
L'iléale, qui suit le bord libre de l'iléon et s'anastomose avec la branche terminale droite *à plein canal* créant ainsi une bonne vascularisation des derniers centimètres de l'intestin. Mais parfois la disposition est moins favorable : POUR FAIRE UNE ILÉO-SIGMOÏDOSTOMIE il est prudent de couper le grêle loin de l'angle iléo-cæcal.

Branches terminales. — L'artère mésentérique se termine au diverticule de Meckel, à 90 centimètres avant l'angle iléo-cæcal en se dédoublant en un anneau. La branche gauche vers les arcades intestinales, la branche droite vers l'artère iléale limitant avec elle la *zone avasculaire.*

(A suivre.)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 80, p. 1306.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 83. — SAMEDI 17 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 17 OCTOBRE 1925. — N° 83.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*
Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Jury : MM. Duvoir, Bezançon, Lesné, Vincent, Guy-Laroche, Le Lorier, Grégoire, Cadenat, Deniker et Leveuf.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Vaudascher, médecin des asiles, a été nommé médecin directeur de l'asile public d'aliénés d'Evreux, en remplacement de M. le docteur Daday, appelé à d'autres fonctions.

M. le docteur Daday, médecin directeur de l'asile public d'aliénés d'Evreux, a été nommé médecin chef de service à la Maison nationale de Saint-Maurice, en remplacement de M. le docteur Marchand, nommé à l'asile public d'aliénés de Villejuif.

M. le docteur Charuel, ancien directeur médecin de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne, a été nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés.

LÉGION D'HONNEUR. — MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Est élevé à la dignité de grand'croix de la Légion d'honneur, M. Appell, membre de l'Institut, recteur honoraire de l'Académie de Paris.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le professeur Roussy est chargé de mission au cabinet du ministre de l'Instruction publique.

GUERRE. — M. le médecin auxiliaire de réserve Cauquil est promu au grade de médecin aide-major de 2e classe.

— Sont nommés dans la réserve MM. les médecins démissionnaires ou retraités :

Médecins principaux de 1re classe. — MM. Thooris, Zumbiehl, Dercle, Gauthier.

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Moutet, Huot, Dellac, Boucabeille, Labougle, Garret, Duhaut, Desse, Cristiani.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Lair, Dargein, Maratuech, Charrier, Vignon.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. de Brisson de Laroche, Chapuis, Sorrel, Paulet, Menantaud, Rivet, Championnet.

Médecins aides-majors de 1re classe. — MM. Huot, Lafue.

— Mutations :

Médecin-major de 1re classe. — M. Enjalbert, de l'armée française du Rhin, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Cœurdevey, désigné pour les troupes d'occupation du Maroc (n'a pas rejoint), est affecté à l'armée du Levant; Villard, de l'armée du Levant, est affecté au 27e d'infanterie à Autun; Gruson, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté en Algérie; Pouget, de l'armée du Levant, est affecté à l'armée française du Rhin.

MARINE. — M. le médecin principal Ployé (M.-D.), médecin chef du navire-hôpital *Circassie*, a été inscrit d'office au tableau de concours pour le grade d'officier de la Légion d'honneur.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — Le Conseil de l'A. D. R. M., dans sa dernière réunion du 10 octobre, a nommé M. Gougerot, membre adhérent. M. Hartmann a communiqué une série de demandes émanant de l'ambassade des Soviets : orga isation d'un Congrès médical franco-russe à Moscou, voyage de savants français en Russie où ils feraient quelques conférences, demande de rédaction de quelques ouvrages pour une bibliothèque des praticiens russes, conditions de cette publi-

cation. Le programme de la visite de cent et quelques médecins tchéco-slovaques a été ensuite arrêté.

L'AVORTEMENT ARTIFICIEL EN RUSSIE. — Le commissariat du peuple pour la santé publique a publié des instructions complémentaires concernant l'avortement artificiel. On sait que l'avortement est autorisé par la loi dans l'U. R. S. S., à condition d'être fait dans un hôpital public et gratuitement. Des commissions spéciales délivrent des autorisations pour l'avortement. Mais les médecins d'arrondissement peuvent dans certains cas prendre également une décision lorsque les paysannes s'adressent à eux pour un avortement.

D'après les renseignements pris au commissariat du peuple, le nombre d'avortements pratiqués dans les hôpitaux de l'État pour toute l'Union soviétique atteint 100.000 par an. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux.*)

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — Cours complémentaire du 16 au 26 octobre 1925, de 5 à 7 heures, à l'amphithéâtre de la clinique. — *Traitement des fractures et luxations des membres.* — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. R. Monod, Lascombe et Godard, chefs de clinique.

1° Fractures de l'humérus. Application de l'appareil à extension continue.

2° Luxations du membre supérieur. Réduction des luxations de l'épaule par la traction élastique. Traitement des luxations du carpe.

3° Fractures de l'avant-bras et du poignet. Technique de réduction et appareils.

4° Fractures du col du fémur. Technique du vissage.

5° Pseudarthroses du col du fémur. Technique de l'enchevillement au moyen d'un greffon de péroné.

6° Fractures de la diaphyse fémorale. Application de l'appareil à extension continue.

7° Luxations du membre inférieur. Manœuvres de réduction.

8° Fractures de jambe. Application de l'appareil de marche.

9° Fractures du cou-de-pied. Application de l'appareil de marche.

10° Traitement sanglant des fractures. Voies d'abord des fractures articulaires. Technique des ostéosynthèses. Vissage du col du fémur.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils ; 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'École pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— LEÇONS SUR LA DIPHTÉRIE. — M. P. Lereboullet, agrégé, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades, chargé d'un cours de clinique annexe, commencera le jeudi 22 octobre 1925, à 10 heures du matin (hôpital des Enfants-Malades, pavillon de la diphtérie), avec l'aide de M. Boulanger-Pilet, ancien interne des hôpitaux, chef de laboratoire, et de M. Gournay, interne des hôpitaux, un enseignement pratique du diagnostic et du traitement de la diphtérie (bactériologie, clinique de l'angine diphtérique et du croup, sérothérapie, tubage et trachéotomie, prophylaxie). Le cours sera complet en quinze jours.

Tous les matins : visite, examen des malades. — Avant et après la visite : leçon théorique et travaux pratiques.

Seront admis à suivre cet enseignement MM. les étudiants pourvus de 12 à 16 inscriptions et MM. les docteurs en médecine.

Les inscriptions seront reçues au secrétariat de la Faculté (guichet n° 5), les lundis, mercredis et vendredis, de midi à 2 heures.

Les élèves seront classés par séries de quinze. MM. les docteurs en médecine devront justifier de leur grade, soit en produisant le diplôme de docteur, soit toute autre pièce énonçant leur identité.

HÔPITAL BEAUJON. (Professeur : M. CARNOT.) — CONSULTATION DE GASTRO-ENTÉROLOGIE. — Six conférences, du lundi 26 au samedi 31 octobre, tous les matins, à 10 heures.

Notions nouvelles et démonstrations pratiques sur la pathologie de la vésicule biliaire.

Lundi 26 octobre. — M. le professeur Carnot : Les techniques d'exploration ; les notions nouvelles sur la physiologie de la vésicule biliaire.

Mardi 27 octobre. — M. le professeur Carnot : Les infections biliaires ; les porteurs de germes biliaires, typhose et lambliose vésiculaires. Les cholécystes et péricholécystes.

Mercredi 28 octobre. — M. le docteur Libert : La lithiase vésiculaire ; les calculs pariétaux ; la cholestérine vésiculaire.

Jeudi 29 octobre. — M. le docteur Libert : Le cancer vésiculaire ; cytologie biliaire.

Vendredi 30 octobre. — M. le docteur Vignal : Les notions nouvelles sur la radiologie de la vésicule.

Samedi 31 octobre. — M. le professeur agrégé Mathieu : Les notions nouvelles en chirurgie vésiculaire ; la physiologie des cholécystectomisés.

LIVRES NOUVEAUX

Les variations du corps humain (1), par le docteur L. DUBREUIL-CHAMBARDEL (de Tours), président de la Société d'Antropologie de Paris.

Dans cet ouvrage, l'auteur qui s'est spécialisé dans l'étude de la tératologie, passe rapidement en revue les principales variations morphologiques du corps humain. On sait que ces variations, qualifiées d'anomalies, de monstruosités, de phénomènes, ont de tout temps frappé l'imagination populaire.

Il étudie tout d'abord les variations générales du corps, celles qui portent sur la taille des individus, et décrit les différents sortes de *gigantisme* et de *nanisme*. Ceci l'amène à traiter des dystrophies de la croissance. Plusieurs de ces états sont maintenant expliqués par des troubles endocriniens.

M. Dubreuil-Chambardel étudie ensuite les diverses variations que présentent les organes.

Il insiste plus spécialement sur les variations des membres, si fréquentes aux doigts, aux mains, au bras (polydactylies, syndactylies, ectrodactylies, hémimélies, etc.), et en montre les causes.

Puis il signale les variations que présentent le thorax, l'abdomen, l'extrémité céphalique.

Les variations du système uro-génital forment un chapitre très curieux ; enfin les variations du tégument sont l'occasion de rappeler les cas si bizarres d'hypertrichose, et de troubles pigmentaires.

Ce volume est richement illustré de plus de cent figures qui représentent les variations les plus importantes.

L'auteur, qui professe l'anatomie à l'École de Médecine de Tours et à l'École d'Anthropologie de Paris, n'a pas voulu faire un simple catalogue des anomalies et difformités du corps. Mais il se dégage de ce livre une doctrine appuyée sur les découvertes qui depuis quelques années ont permis d'expliquer de façon scientifique tous ces vices de la nature.

Nous avons dans ce petit volume un véritable traité de tératologie humaine qui sera facilement et utilement consulté.

L. G.

(1) Un volume in-8, illustré (Bibliothèque des connaissances Médicales, dirigée par le docteur APERT). — Prix : 10 fr. — Paris, Ernest Flammarion.

XXXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925) (1).

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS DE L'EXTIRPATION DES CANCERS DU RECTUM

Suite de la discussion.

M. ZAWADSKI (de Varsovie). En se basant sur les 40 cas qu'il a opérés et observés de 1915 à 1925, l'auteur apporte les conclusions suivantes :

1. Il faut avoir soin d'opérer précocement et de ne pas faire sans vérification les diagnostics d'hémorroïde, de polype, etc.
2. L'opération de choix est le procédé abdomino-périnéal avec ablation définitive du rectum et anus iliaque gauche définitif.
3. Il faut pousser les recherches qui permettront de découvrir les conditions dans lesquelles les malades peuvent obtenir une certaine sécurité contre les récidives et métastases.
4. Résultat du traitement par radium : les observations sont décourageantes. Au début les résultats sont bons, mais presque toujours le malade se cachectise rapidement surtout si les applications de radium ont été répétées.

M. VERHOOGEN (de Bruxelles), de 1909 à 1922, a opéré 143 malades dont 63 seulement ont été suivis. Sur ces 63 cas, 7 étaient considérés comme inopérables; ils ont cependant bénéficié largement de l'intervention. L'opération a été pratiquée par voie périnéale, 3 cas exceptés.

La mortalité immédiate a été de 20 p. 100. Il y a eu 7 guérisons définitives datant de cinq, six, douze et quinze ans, 40 récidives qui se sont produites presque toutes au voisinage du néo-rectum. A noter une récidive pelvienne et une récidive au niveau du foie.

La voie périnéale ne mérite pas une condamnation sans appel. Elle s'applique mieux que toute autre aux tumeurs bas situées; les cancers élevés, sus-ampullaires, qu'on n'atteint que du bout du doigt réclament une intervention abdominale.

M. NEUMANN (de Bruxelles). **Deux années de radio-chirurgie du cancer du rectum.** — Cette méthode s'applique surtout aux cancers inférieurs, ampullaires et ano-rectaux. Elle comprend les temps suivants :

1. Création d'un anus iliaque.
2. Curiethérapie après établissement d'une voie d'accès.
3. Ablation de la tumeur.
4. Rœntgenthérapie pénétrante ou curiethérapie à distance en utilisant des appareils moulés de 2 centimètres d'épaisseur composés de cire vierge et de celluloïd et maintenant les tubes radifères à une distance prudente des téguments.

Sur 22 malades traités récemment, 11 sont morts dans les jours qui ont suivi l'opération ou à des distances variables par récidives ou généralisation; 2 ont été perdus de vue. Il reste 9 malades vivants dont 1 commence une récidive; les 8 autres sont cliniquement guéris.

Sur ces 8, 7 ont pu subir une amputation secondaire; le huitième considéré tout d'abord comme inopérable demeure guéri sans opération secondaire au bout de seize mois.

M. HERZEN (de Moscou) a vu, au cours d'une année, 17 cancers du rectum dont 10 opérables ou à la limite de l'opérabilité.

La mortalité immédiate a été de 35 p. 100.

L'essentiel est d'opérer en temps opportun. Dans l'appréciation du pronostic, la précocité du diagnostic semble avoir une importance plus grande que la technique suivie. La voie périnéale a donné à l'auteur de bons résultats, mais l'exérèse doit être large et comprendre tous les tissus d'attache. L'association du bistouri et du radium est à recommander.

MM. HARTMANN et BARBILLAN (de Paris). Sur 398 opérations pour cancer du rectum, il y a 214 colostomies, dont 3 préliminaires à une exérèse et 183 opérations radicales. C'est dire que sur 394 malades l'exérèse a été pratiquée dans 46,6 p. 100 des cas.

Colostomies. — Sur les 214 colostomies, 16 morts, 7 1/2 p. 100. Mortalité non imputable à l'opération qui est des plus bénignes, mais à ce qu'il s'agissait de malades en état d'occlusion ou cachectiques. Au point de vue éloigné, la survie a été en moyenne de six à vingt-quatre mois; 20 p. 100 des opérés ont dépassé deux ans, plusieurs même ont survécu quatre, cinq et six ans; 4 sont actuellement en bon état général après deux, trois, trois ans et demi et quatre ans. Les applications intrarectales de radium après colostomie n'ont paru avoir aucune utilité; 2 fois elles ont été cause d'hémorragies abondantes; au contraire, 1 colostomisée soumise à la radiothérapie profonde est actuellement améliorée.

1 ablation par voie sacrée et 2 par les voies naturelles ont été suivies de guérison. De ces 2 dernières, 1 a été bien dix-sept ans, puis a eu un cancer cæco-colique qui a été enlevé et qui a récidivé, la mort survenant vingt ans après la première opération.

180 amputations périnéales ont donné 18 morts, 18,5 p. 100 (22 p. 100 dans la clinique hospitalière, 16,2 p. 100 dans la clinique privée); 30 ont été revus sans récidive après un à vingt ans; 9 sont morts sans récidive après huit mois à onze ans; 7 sont vivants avec une récidive après un à trois ans; 15 sont morts de récidive au bout d'un temps allant de deux mois à onze ans. Presque toujours dans les récidives il y a eu repullulation du cancer dans le tissu cellulaire pelvien; 1 fois il y a eu cancer du foie sans récidive locale, 1 fois une tumeur cérébrale.

73 amputations abdominopérinéales, 38 morts, 52 p. 100 (61 p. 100 dans la clinique hospitalière, 18,7 p. 100 dans la clinique privée); 14 ont été revus sans récidive après dix mois à seize ans, 8 sont morts après dix-huit mois à quatre ans; de ces 8 un seul avait une récidive locale, les autres sont morts : 1 de cancer du foie, 1 de tumeur cérébrale, 1 de cancer généralisé, les autres d'affections intercurrentes.

La récidive locale fréquente après les amputations périnéales est rare après les abdomino-périnéales.

Aussi, pour enlever tout le territoire lymphatique sans s'exposer aux dangers de l'amputation abdomino-périnéale, l'auteur a-t-il eu recours, pour les cancers de la partie supérieure de l'ampoule ou les recto-sigmoïdes, à l'*ablation uniquement par voie abdominale* avec colostomie terminale et fermeture en cul-de-sac du bout ano-rectal; 7 cas, 2 morts, mortalité qui peut être très réduite; 1 des morts résultant d'une faute dans les indications (cancer fébrile, à l'autopsie foie farci de noyaux cancéreux), une faute de technique (sphacèle du bout colique par section trop étendue du méso vasculaire). Tous les autres cas ont évolué très simplement; les 2 premiers, opérés depuis cinq ans, sont bien, sans récidive.

M. DELAGENIÈRE (du Mans). Depuis 1910, 152 cas ont été opérés. Sur ce nombre 58 ne pouvaient bénéficier que d'une opération palliative qui a été un anus artificiel définitif. Il n'y a eu que 3 morts opératoires grâce à l'adoption des règles suivantes :

1° *Malade non en occlusion.* — Anus iliaque classique en un temps et si l'état général le permet anus iliaque genre Lambret.

2° *Malade en occlusion.* — Dans ce cas faire d'urgence un anus lombaire temporaire et pratiquer dix jours plus tard un anus définitif iliaque de Lambret.

Les 93 cas opérés radicalement se répartissent en : 4 cas de laparatomie exploratrice simple sans opération avec 3 morts et 89 interventions diverses;

39 amputations hautes avec descente périnéo-sacrée avec 3 morts opératoires; 11 cas perdus de vue, 1 guérison depuis quatorze ans, 1 depuis sept ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis quatre ans; mais 21 récidives locales pendant les trois premières années après l'opération;

14 résections abdominales avec sutures bout à bout : 4 morts opératoires, 6 malades perdus de vue et 4 récidives dans les quatre premières années;

8 opérations de Kraske, avec 2 morts opératoires, 3 malades perdus de vue et 3 récidives *in situ* dans les deux premières années après l'opération;

3 opérations genre Moulonguet avec 1 mort opératoire et 2 récidives avant trois ans;

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 82, p. 1331.

3 opérations genre Hartmann avec 1 mort opératoire et 2 récidives avant trois ans;

21 résections abdomino-périnéale avec 4 morts opératoires, 3 perdus de vue, 1 guérison depuis huit ans, 1 depuis cinq ans, 1 depuis quatre ans, 7 opérés depuis trois ans ou moins de trois ans, et enfin 3 récidives avant trois ans chez des malades pour lesquels une opération palliative seule était indiquée;

2 amputations abdomino-trans-anales du rectum avec 2 guérisons opératoires récentes

Cette statistique dépourvue de toute valeur rigoureuse en raison du grand nombre des malades perdus de vue depuis leur opération semble cependant s'accorder avec les données théoriques de l'exérèse de tous les cancers à savoir :

Toute tumeur récente et encore opérable doit être enlevée en totalité avec son territoire lymphatique et ambiant.

Cette extirpation complète ne peut être réalisée qu'au moyen d'un évidement ano-ischio-pelvien (opération abdomino-périnéale avec anus artificiel définitif); dans quelques cas rares de tumeurs haut situées, l'S iliaque pouvant être descendue à travers le sphincter externe conservé (amputation abdomino-trans-anale du rectum).

Toutes les autres méthodes d'exérèse du rectum cancéreux doivent donc être abandonnées : amputation haute avec descente périnéo-sacrée; résections abdominales avec suture bout à bout; opérations de Kraske; opérations genre Mouloguet et Hartmann, etc.

M. Lambret (de Lille) s'appuyant sur une expérience datant de 1998 pense que le cancer du rectum est un bon cancer, en raison de la lenteur de son évolution, de la proportion importante des guérisons définitives et des longues survies post-opératoires.

L'examen des pièces enlevées montre que l'extension du mal se fait pendant très longtemps dans le tissu cellulaire péri-rectal et les ganglions voisins, zone qu'on arrive très bien à dépasser en largeur si l'on opère en dehors de la gaine rectale, en hauteur si l'on remonte très haut. La localisation des récidives qui se font d'ordinaire dans le tissu cellulaire péri-rectal confirme cette manière de voir.

Or, la voie périnéale seule permet de passer à coup sûr en dehors de la gaine rectale; bien conduite, l'opération par cette voie permet également de dépasser les limites supérieures de la lésion. Les statistiques sont au moins aussi bonnes que pour les opérations à voies combinées. De plus, la voie périnéale a ceci de supérieur, c'est qu'elle est exempte de gravité. Elle convient aux cancers bas situés, cancers ampullaires même élevés.

Pour les tumeurs extra-péritonéales, l'opération par voie abdominale pure est suffisante et permet une exérèse complète. Elle est également exempte de gravité.

Rares sont les cas justiciables de la voie combinée. Ce sont les cas dans lesquels au cours de l'intervention par voie basse on se rend compte qu'après large libération on ne dépasse pas la zone suspecte du méso; dans ces circonstances le temps périnéal étant achevé, il faut terminer par voie abdominale.

Bénéficient encore de cette méthode les cas commencés par voie abdominale et dans lesquels au cours des premières manœuvres opératoires on trouve que le cancer descend dans le pelvis; il faut alors de peur d'inoculations opératoires réduire au minimum les manœuvres de libérations abdominales et terminer par voie périnéale.

Quant à l'opération abdomino-périnéale classique, l'auteur pense qu'il faut y avoir recours de moins en moins. C'est une opération grave qui entraîne sans profit la suppression d'un segment intestinal que ne menacera jamais le cancer. Elle est insuffisante et expose aux inoculations opératoires.

L'auteur pose en principe que dans tous les cas il faut renoncer à l'abaissement du bout supérieur, accepter l'anus iliaque définitif et profiter de son établissement pour explorer par l'abdomen la limite supérieure du néoplasme. Grâce aux renseignements ainsi recueillis on décidera presque sûrement laquelle des techniques envisagées plus haut devra être utilisée pour l'exérèse.

M. L. Tixier (de Lyon). L'anus de dérivation de Maurice Pollosson doit être systématiquement exécuté dans un temps préalable, aussi bien pour les opérations par la voie abdominale que pour les opérations par la voie basse. L'hystérectomie abdominale totale de l'utérus sain, exécutée suivant la méthode de Tixier, diminue la mortalité opératoire de l'amputation abdomino-périnéale chez la femme et assure les résultats éloignés durables.

En l'état actuel de nos connaissances, le traitement du cancer du rectum est uniquement du domaine chirurgical.

1. Le seul traitement palliatif, dans les cas d'inopérabilité, est l'établissement d'un anus contre nature de dérivation, selon le procédé de Maurice Pollosson.

Il faut savoir l'imposer au malade, c'est le seul moyen de le soulager et de prolonger sa vie.

2. L'anus de dérivation préliminaire améliore sensiblement les résultats chirurgicaux, soit au point de vue de l'opérabilité, soit au point de vue des risques opératoires.

3. Chez l'homme la voie périnéale est la méthode de choix : 23 interventions; mort : o.

Le total des interventions par la voie basse chez l'homme et chez la femme est de 32 interventions; mort : o.

4. Chez la femme, la voie haute, avec hystérectomie abdominale totale préalable et anus de dérivation préliminaire est la méthode de choix : 20 interventions; morts : 6.

Elle permet d'enlever d'énormes cancers et de conserver parfois le sphincter normal. Elle assure des survies remarquablement longues : vingt ans, onze ans (deux fois) quatre ans.

M. L. Imbert (de Marseille) a observé 79 cas de cancer du rectum : 31 ont subi une opération radicale : 14 une opération palliative (13 anus et une radicotomie). Des 31 opérations radicales, 29 ont été faites par la voie basse;

La mortalité opératoire a été la suivante :

Avant la guerre : 9 cas, 4 morts (45 p. 100).

Après la guerre : 22 cas, 8 morts (35 p. 100).

L'auteur a tendance à opérer tous les cas où l'extirpation est anatomiquement possible et où l'état général est relativement satisfaisant; il estime, dans ces conditions, son opérabilité actuelle à 90 p. 100.

Les résultats éloignés sont les suivants :

Sur 19 malades opératoirement guéris, 4 ont été perdus de vue, 5 sont morts, 5 ont été revus guéris moins de deux ans après l'opération, 5 ont été revus guéris plus de deux ans après l'opération; ces derniers seuls peuvent être considérés comme « guérisons durables ».

Comment établir leur proportion en pourcentage? Il faut évidemment éliminer les 4 qui ont été perdus de vue, et les cinq dont l'observation n'a pas été suffisamment prolongée : restent 10 cas : 5 morts et 5 guéris au delà de deux ans. Mais faut-il à ces 10 cas ajouter les 12 morts opératoires? S'il en est ainsi, la proportion s'établit : 22 opérés, 5 guérisons durables : 23 p. 100. L'on peut estimer aussi qu'il y a plus d'intérêt à connaître le pourcentage par rapport aux survivants, sans tenir compte ici des morts opératoires. On a alors 10 cas avec 5 guérisons durables soit 50 p. 100.

L'auteur expose enfin les raisons pour lesquelles il est resté fidèle dans la plupart des cas à la voie basse.

Les cancers bas situés (de la région anale) lui paraissent manifestement justiciables de cette dernière; les hauts situés par contre doivent être opérés soit par voie combinée soit, parfois, par voie abdominale pure (Hartmann) Les cancers ampullaires, les plus nombreux, prêtent à contestation. L'auteur fait remarquer que les recherches ganglionnaires peuvent être poussées très loin par le périnée, que l'évidement pelvien s'effectue complètement par cette voie, que les récidives, autant qu'on peut le savoir sont aussi souvent locales que ganglionnaires, que la nécessité aujourd'hui couramment admise, de l'hystérectomie préalable aggrave le pronostic, et enfin que la supériorité de la voie combinée pour ce qui concerne les résultats durables, ne paraît pas encore suffisamment caractérisée.

M. Villard (de Lyon). Les résultats éloignés des amputations abdomino-périnéales du rectum cancéreux doivent être envisagés non seulement au point de vue mortalité et survie, mais aussi au point de vue fonctionnel. L'amputation abdomino-transanale déjà défendue par l'auteur au Congrès de 1922 permet la conservation des fonctions du sphincter. Cette intervention de mise dans les cancers recto-sigmoïdiens est aussi complète dans son temps abdominal que les autres méthodes combinées et la conservation du sphincter n'augmente pas les

chances de récidive, car l'extension néoplasique se fait en haut. L'abaissement présente en outre l'avantage de n'ouvrir à aucun moment la lumière intestinale, ce qui supprime les risques de péritonite.

Sur 15 opérés, 5 morts opératoires, soit 33 p. 100. Les résultats éloignés ont donné également 33 p. 100 de guérisons durables; ces chiffres montrent que l'abdomino-transanale n'est pas inférieure aux autres méthodes. Elle offre par contre le grand avantage d'éviter aux opérés la grave infirmité de l'anus artificiel. Chez tous les malades les fonctions sphinctériennes étaient conservées, complètement ou partiellement; un seul était incontinent malgré des contractions volontaires visibles du sphincter.

M. Victor PAUCHET (de Paris) a pratiqué 72 résections ou amputations abdomino-périnéales et 107 résections ou amputations par la voie basse. Ses conclusions sont les mêmes que celles des rapporteurs :

a. *Le diagnostic précoce est indispensable.* — Tout sujet qui se plaint du moindre trouble du côté du rectum sera *touché* et *rectoscopé*. Le médecin qui s'abstient de ces deux procédés d'exploration commet une faute grave. Il ne devra jamais prononcer les mots « hémorroïdes ou entérite » qui tranquillisent le patient et ajournent l'opération.

b. *L'opération immédiate s'impose.* — Tout malade qui a un cancer du rectum doit être prévenu de la gravité de son cas, sinon il refusera l'opération. Il faut qu'il sache qu'il a une maladie mortelle dont il doit être débarrassé par une opération précoce.

c. *Les opérations par la voie basse donnent une mortalité plus faible*, mais une récidive plus fréquente. La mortalité des abdomino-périnéales est plus élevée (33 p. 100), mais l'opération est plus radicale et donne 70 p. 100 de guérisons au delà de trois ans. C'est le procédé de choix.

d. *Il est exceptionnellement possible de conserver le sphincter et seulement dans quelques cas spéciaux* : sujets jeunes (quarante à soixante ans), siège recto-sigmoïde. Dans tous les autres cas, il faut faire l'amputation abdomino-périnéale, avec anus définitif dans la fosse iliaque gauche.

e. Malades, médecins et chirurgiens doivent bien se répéter que *celui qui a un cancer du rectum « s'est attiré une sale affaire »* et que pour en sortir, le moyen le moins mauvais, c'est l'extirpation abdomino-périnéale avec un anus définitif.

f. *Le radium et la radiothérapie sont à déconseiller* dans tous les cas.

g. *Pour poser l'indication, le chirurgien doit choisir entre sa réputation et l'intérêt du malade.* En dehors des cas qui ne s'accompagnent pas de métastases, tous les cancers du rectum doivent être traités par l'extirpation, quelles que soient les adhérences. Il faut viser non pas à la belle statistique immédiate, mais aux résultats définitifs. Il faut tabler, pour apprécier ces résultats, non pas sur le nombre des opérations faites, mais sur le nombre des malades qui ont consulté. Or, un chirurgien qui opère systématiquement tous les cas sans métastases, obtient, au bout de cinq ans, un nombre de guérisons incomparablement supérieur à celui du chirurgien qui a sélectionné ses cas.

M. JEANNE (de Rouen). En éliminant délibérément de sa communication les cancers strictement limités à la région anale pour n'étudier que ceux qui occupent le rectum proprement dit, région ampullaire et sus-ampullaire, l'auteur a opéré par voie périnéale-coccygienne, 14 malades.

Sur ce nombre 2 ont succombé à l'opération, l'un par suite d'accidents septiques, l'autre d'hémorragie secondaire ; ce qui fait que la mortalité immédiate n'a été qu'à peine supérieure à 14 p. 100.

Les suites lointaines n'ont pas été moins bonnes. Sur 10 opérés de date ancienne, 2 sont morts de récidive, au bout de deux ou trois ans ; quatre ont été perdus de vue, quatre ont eu ou ont des survies considérables. De cette expérience personnelle, l'auteur tire les conclusions suivantes :

I. La voie coccy-périnéale actuellement un peu délaissée suffit à enlever correctement tous les cancers du rectum si haut placés qu'ils soient.

II. Quand le cancer n'atteint pas l'anus, elle permet facilement la conservation du sphincter et l'implantation du bout supérieur de la résection dans le canal anal sans ces manœuvres délicates et dangereuses qu'on fait dans le même but au cours de l'extirpation abdomino-périnéale.

III. La bénignité opératoire est reconnue par tous. La mortalité n'a guère dépassé 14 p. 100.

IV. Si l'on racle bien tout le sacrum jusqu'au promotoire il est facile d'enlever le pédicule vasculaire et lymphatique supérieur avec ses ganglions.

V. Les suites éloignées peuvent soutenir la comparaison avec les meilleures statistiques de l'abdomino-périnéale. C'est ainsi que les 40 p. 100 au moins des opérés ont bénéficié d'une survie de treize ans ou même davantage à tel point qu'on peut escompter une guérison définitive.

VI. Cette bénignité immédiate et cette efficacité lointaine paraissent dues à ce que l'auteur emploie systématiquement dans tous les cas une laparatomie iliaque gauche base et large faite quinze jours avant l'exérèse et dont l'utilité est double ; elle permet une exploration complète de la tumeur et une appréciation exacte de son opérabilité, et d'autre part l'établissement d'un anus iliaque, condition essentielle de la sécurité de l'extirpation consécutive.

VII. Cet anus iliaque est définitif si le sphincter est sacrifié, la cure opératoire en est facile dans le cas contraire.

VIII. Sous cette réserve que l'on pratique toujours à l'avance l'exploration abdominale et la dérivation des matières par l'anus artificiel, la voie coccy-périnéale mérite de conserver la faveur des chirurgiens au même titre mais avec des indications différentes suivant le siège, que la voie abdomino-périnéale.

M. E. MARQUIS (de Reims). L'auteur apporte les résultats du **traitement par l'anus de dérivation et la curiethérapie** chez 23 malades qu'il a pu retrouver et suivre de près. Si les cas d'ablation du rectum cancéreux sont dans sa statistique beaucoup moins nombreux c'est que la grande majorité des malades ne viennent consulter que quand les douleurs ont fait disparaître leur funeste insouciance, et qu'il existe alors des contre-indications opératoires tant de l'état local que de l'état général.

Les résultats pour les cancers inopérables ont donc été les suivants : dans 42 p. 100 des cas, l'efficacité du traitement n'a pas été prouvée et la survie ne semble pas avoir été plus longue. Mais dans 26 p. 100 des cas, l'amélioration locale et générale a été très nette, et la survie, non pas depuis le début de l'affection, mais depuis le traitement, a été de trois à cinq ans. 5 malades enfin présentent une guérison apparente, et pour l'un deux l'on peut parler de guérison durable, puisqu'elle se maintient depuis plus de trois ans.

Si la curiethérapie, même précédée systématiquement de l'anus iliaque, est loin de fournir dans les cancers du rectum les résultats qu'elle donne dans les épithéliomas d'origine épidermique, cela tient d'abord à leur faible radio-sensibilité, due tant à leur structure histologique qu'à leur infection secondaire, puis à l'inégalité des radiations, et enfin à la distance qui existe entre le foyer radifère et les ganglions envahis.

Néanmoins, si l'extirpation, malgré sa mortalité élevée, malgré la fréquence des récidives, reste sans contredit le traitement de choix du cancer du rectum, la curiethérapie associée à l'anus de dérivation donne des améliorations et des survies, plus rarement des guérisons, dont doivent bénéficier les malheureux devenus inopérables qui n'ont plus d'autres ressources thérapeutiques.

M. F. JAYLE (de Paris) pour les cas de cancer de l'ampoule rectale préconise l'ablation simple, à la Lisfranc, en conservant au mieux le sphincter, sans résection osseuse si possible, sans anus contre nature préventif. Il insiste sur la nécessité d'une préparation longue et minutieuse du malade pour bien dégager l'intestin et sur les soins locaux post-opératoires (pansements fréquents et pulvérisations), et recommande 3 cachets de 0 gr. 50 de poudre de kaolin par jour contre l'odeur des matières.

Il cite 3 opérations ainsi pratiquées ; dans 1 cas, récidive au bout de 7 ans ; dans 1 cas, au bout de 3 ans développement d'un cancer du cæcum, mais pas de récidive locale ; le troisième cas est récent.

M. LECLERC (de Dijon). L'amputation abdomino-périnéale n'a qu'une supériorité théorique. Un cancer que l'on dépasse du doigt et qui est mobile est justiciable de la voie basse. Un cancer sus-ampullaire de l'opération de Hartmann. Ce n'est

que dans les cas intermédiaires qu'on aura recours à l'abdomino-périnéale plus dangereuse car les interventions par voie basse ont donné à l'auteur des résultats intéressants. Sur 15 cas opérés depuis quinze ans et longtemps suivis, il enregistre en effet 6 guérisons durables, c'est-à-dire depuis plus de trois ans, certaines d'entre elles persistant depuis dix à quatorze ans. De tels résultats sont peut-être obtenus par voie combinée, mais avec une gravité opératoire certainement plus grande.

M. Douay (de Paris). Tous les cas de cancer de la portion ampullaire du rectum chez la femme sont opérés à « Broca » par l'amputation abdomino-périnéale avec anus abdominal définitif.

En 1920 2 malades furent opérées la première par Anselme Schwartz et l'auteur, la deuxième par J.-L. Faure. Toutes les deux sont guéries cinq ans après l'intervention.

Depuis la technique de Schwartz a été modifiée. La péritonisation par cloisonnement du bassin est supprimée et remplacée par une péritonisation partielle avec mise en place d'un Mikulicz abdominal. L'anus médian est remplacée par un anus iliaque gauche. De cette façon les suites opératoires sont d'une bénignité remarquable.

L'auteur pense avec J.-L. Faure que l'amputation abdomino-périnéale du rectum chez la femme avec Mikulicz abdominal et périnéal est actuellement une opération bien réglée, relativement facile, peu dangereuse et permettant d'escompter des résultats durables.

M. J.-L. Faure (de Paris) confirme les affirmations de M. Douay et insiste sur l'utilité de Mikuliez non seulement dans le cas donné, mais dans toute la chirurgie qu'elle soit gynécologique ou viscérale. L'opération de Hartmann lui paraît remarquable par sa rapidité d'exécution et sa bénignité. Il rejette complètement les méthodes qui conservent le sphincter, la chirurgie du cancer ne devant être entravée par rien qui puisse limiter l'étendue nécessaire de l'exérèse.

M. Termier (de Grenoble), comme sans doute beaucoup de chirurgiens, a longtemps hésité sur la meilleure thérapeutique chirurgicale à opposer aux cancers rectaux. En dehors de l'anus artificiel, méthode palliative, à quelle méthode d'exérèse peut-on donner une adhésion complète? Pendant longtemps l'auteur a fait des extirpations par voie basse, périnéale ou sacrée. Il a eu quelques bons résultats, mais à part de rares cas de survie dépassant un an (1 homme opéré depuis onze ans, 3 femmes depuis sept, cinq et quatre ans), il a été vite découragé par l'incontinence du nouvel anus périnéal (malgré la torsion suivant la pratique de Gersuny), la mortalité assez élevée qui atteint environ un quart ou un cinquième des cas, et surtout l'impression qu'on fait une intervention aveugle et qui a toute chance d'être incomplète. C'est donc avec tous les espoirs que fut abordé la voie combinée abdomino-périnéale. Or, il est certain que cette méthode n'a pas donné à l'auteur les résultats attendus. La mortalité en est assez élevée. Sur 13 opérés, 4 décès, soit environ 30 p. 100. Dans 3 cas, sphacèle du bout supérieur abaissé, avec consécutivement large anus contre nature périnéal et incontinence complète des matières. Cependant le méso vasculaire avait été conservé. Aussi dans les derniers cas un anus iliaque a-t-il toujours été fait préalablement.

Quant aux résultats éloignés chez les 9 survivants, il y a eu 5 récidives, au bout d'un an et demi, de deux ans et deux mois, de deux ans et quatre mois, de deux ans et huit mois; 4 malades sont encore vivants dont 2 avec un anus de Lambret et 3 autres avec un anus périnéal incontinent. La conservation du sphincter avait été tentée, mais dans deux cas il y a eu sphacèle plus ou moins étendu de l'anse colique abaissée et la fonction sphinctérienne ne s'est pas rétablie. Aussi maintenant les préférences de l'auteur vont à l'anus préalable pratiqué à la Lambret et suivi, si le malade est encore opérable, d'une extirpation abdomino-périnéale complète, sans tentative d'abaissement au périnée du bout supérieur.

M. P. Masini (de Marseille) a traité 18 cas de cancer du rectum : 10 par l'extirpation périnéale et 8 par application de radium.

L'auteur reconnaît que la voie combinée abdomino-périnéale remplacera, de plus en plus, la voie basse dans la chirurgie du cancer du rectum. Mais, néanmoins, dans certains cas — cancer ne dépassant pas en hauteur la partie moyenne de l'ampoule rectale chez les obèses, et chez l'homme particulièrement, chez les tarés — la voie périnéale sera toujours à recommander. Dans la plupart des cas, l'anus normal ne sera pas conservé, on diminuera ainsi les chances de récidives. La colostomie anté-opératoire est absolument indispensable et prépare merveilleusement l'opération. Comme cette amputation du rectum par la voie périnéale est très sanglante, une transfusion sanguine aussitôt après l'opération est à recommander; petite dose de 200 grammes de sang dilué dans du sérum glucosé à 47 p. 1.000 (500 grammes de sérum).

Le diagnostic précoce, ici, prend une importance capitale; la collaboration médico-chirurgicale et l'éducation des médecins sont à recommander.

Sur 10 cas que M. Masini a opéré par la voie périnéale, 3 sont morts rapidement (mortalité opératoire, 33 p. 100), 2 au cours de la deuxième année, 3 au cours de la quatrième année, 2 ont été perdus de vue après la deuxième et la troisième année.

Ces résultats comparés à ceux de l'abdomino-périnéale et à ceux de l'opération d'Hartmann paraissent assez satisfaisants.

M. Masini a pratiqué 8 applications de bromure de radium et il reconnaît que les résultats n'ont pas été brillants. Les cas pour lesquels il a appliqué le radium dans un but curatif ont rapidement récidivé, ceux où il l'a appliqué comme traitement palliatif ont donné des résultats encourageants.

M. Stéfani (de Nice). Parmi les méthodes curatives du cancer du rectum, il en est une de laquelle n'ont fait aucune mention MM. Gaudier et Schwartz. C'est **l'électro-coagulation**. Leur silence n'a du reste pas lieu de surprendre puisque, préconisée théoriquement par Doyen, elle n'avait pas encore été pratiquée.

L'auteur a employé l'électro-coagulation dans deux cas « avancés » de cancer du rectum dont il présente les observations détaillées.

Observation I. — Femme de cinquante-trois ans. Cancer ano-rectal. Récidive terminale étendue d'un cancer du rectum extirpé un an avant par voie périnéale. Electro-coagulation massive. Excellent résultat temporaire (suppression complète des douleurs). Survie huit mois.

Obs. II. — Femme de cinquante-huit ans. Cancer ano-rectal végétant en chou-fleur, inopérable. Electro-coagulation massive après entérostomie. Guérison clinique apparente.

Cette méthode mérite d'être vulgarisée :

1° A titre curatif, dans les cancers de l'anus ou du rectum, bas situés, opérables ou à la limite de l'opérabilité.

La destruction diathermique, après entérostomie définitive préliminaire, présente dans ces cas une grande supériorité sur l'extirpation sanglante (absence de schok et d'hémorragie, moindres risques de récidive).

2° A titre palliatif où ses avantages sur le curettage sont de toute évidence.

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES DU GENOU A PARTIR DE L'AGE ADULTE

Rapport de M. Fredet (de Paris).

Il n'est question dans ce rapport que des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou. C'est-à-dire que sont éliminées les tuberculoses para-articulaires et les hydarthroses chroniques. D'autre part, l'âge adulte commence théoriquement lorsque le sujet est parvenu au terme de sa croissance, quand les épiphyses sont soudées, entre vingt et un et vingt-quatre ans. Ce sont donc les tumeurs blanches nées à partir de cet âge jusqu'à la vieillesse qui, seules, doivent être ici étudiées. Mais, pratiquement, on peut déjà considérer comme adultes les individus de dix-huit à vingt ans.

I. Indications générales sur le traitement des tumeurs blanches de l'adulte. — La guérison complète d'une tumeur blanche du genou, qui est la conservation sinon de la forme, du moins de la mobilité et de la solidité de la jointure, est communément obtenue chez l'enfant, plus rarement chez l'adolescent et d'une façon tout à fait exceptionnelle chez l'adulte.

Pour ce dernier, l'emploi des moyens simples ne permet guère d'espérer que l'ankylose rectiligne du genou. Mais cette ankylose n'offre pas une solidité à toute épreuve et comme le membre n'a pas perdu de sa longueur elle force le sujet à marcher en fauchant.

La résection du genou permet d'obtenir *mieux* : ankylose solide, raccourcissement du membre favorisant la marche; *plus vite* : moindre durée de l'immobilisation; *plus sûrement* : ablation de toutes les lésions tuberculeuses et prévention des récidives et de la généralisation. En attendant que la tuberculose puisse être guérie par une méthode purement médicale, la question qui se pose pour les tumeurs blanches de l'adulte se ramène en somme à celle-ci : Quel est le meilleur mode de résection?

II. **Thérapeutiques conservatrices des tumeurs blanches de l'adulte.** — Parmi les méthodes conservatrices, trois seulement ont conservé des adeptes : l'héliothérapie associée ou non à la thalassothérapie, les injections sclérogènes et l'arthrectomie.

L'HÉLIOTHÉRAPIE surtout valable pour les tumeurs blanches de l'adolescence est, chez l'adulte, un précieux adjuvant du traitement après la résection.

La MÉTHODE SCLÉROGÈNE de Lannelongue consiste, comme on le sait, en injections par gouttes d'une solution de chlorure de zinc à 1/10 ou à 1/15 à la périphérie des tissus malades. C'est un traitement fort lent qui est loin de donner toujours les résultats annoncés et qui a gardé peu de partisans.

L'ARTHRECTOMIE, imaginée par Volkmann, a surtout été défendue en France par Richelot et Albertin. Ces deux auteurs croient à la fréquence des lésions limitées à la synoviale, mais les opérations d'Albertin sont plus radicales que celles de Richelot, en ce sens qu'à l'arthrectomie simple il associe, le cas échéant, les évidements osseux ou même la résection.

En fait, l'arthrectomie imaginée pour le traitement des tumeurs blanches infantiles n'a pas donné même en ce cas de bons résultats. König qui a fait un grand nombre d'arthrectomies, alors qu'il était très partisan de l'opération en 1890, avait complètement changé d'avis en 1906. Aucun de ses opérés n'a gardé un genou mobile; 70 p. 100 ont eu des troubles d'accroissement du membre et souvent des déformations en flexion très accusées. Chez l'adulte, même quand les lésions sont strictement synoviales, l'ankylose obtenue est de mauvaise qualité. Et il arrive trop fréquemment que des lésions osseuses restent méconnues, préparant la récidive.

III. **Evolution des idées touchant la résection du genou.** — 1° RÉSECTIONS INTRA-ARTICULAIRES. — Deux noms dominent, ceux de Jules Bœckel et de Lucas-Championnière. Ces deux chirurgiens ont indiqué nettement un élément thérapeutique essentiel : c'est l'absolue nécessité d'enlever en totalité les lésions synoviales et osseuses, de ne point faire appel à un traitement subséquent pour achever le travail de nettoyage.

J. BŒCKEL, en 1881, publie 15 résections avec 2 morts. Il préconise une suture exacte de la plaie, avec drainage de courte durée et position verticale du membre après l'opération. En 1889, il apporte 31 nouveaux cas et a supprimé de sa technique la suture osseuse, les ligatures hémostatiques et le drainage. En 1891, il ajoute 28 observations inédites aux précédentes et indique que « les cas les plus favorables sont ceux qui concernent les adolescents et les adultes », quoique la résection réussisse toujours, quel que soit l'âge du sujet. Actuellement la pratique de Bœckel repose sur 239 résections dont 139 pour tumeurs blanches en évolution chez l'adulte avec 2 morts opératoires.

LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a publié, en 1886, 10 cas de résection dont 9 pour arthrites tuberculeuses. Il insistait dès cette époque sur la nécessité de faire des opérations très larges pour enlever toutes les fongosités sans en oublier une seule, la solidité du membre devant résulter de la formation d'un bon cal beaucoup plus que de la conservation des ligaments articulaires. D'autre part, il exigeait une réunion par première intention. En 1890 sa statistique était de 44 opérations sans décès. Il supprimait les ligatures vasculaires mais pratiquait la suture des os au fil d'argent et conservait un drainage superficiel. Le nombre de ses observations s'est élevé à 113 en 1902, à 136 en 1908 avec des résultats presque constamment parfaits et une seule mort à la 133e opération. Championnière, qui n'est intervenu pour ainsi dire que chez des adultes, considérait que l'âge de prédilection était entre seize et trente ans, les conditions de succès étant plus difficiles à réaliser entre trente et quarante ans.

La contribution d'OLLIER au perfectionnement de la résection du genou est moins importante. En 1883, il publie 5 cas de résection pour tumeur blanche, mais reste le champion de la résection sous-périostée. Il recommande une incision trop étroite. Il admet la destruction des fongosités, non seulement par excision mais encore par cautérisation et draine pendant quarante à cinquante jours. Cette technique est inférieure à celle des deux précédents chirurgiens. Cependant elle a permis à Ollier d'obtenir aussi de bons résultats ainsi que le montre l'étude que Mondan a consacrée récemment aux anciens opérés du maître lyonnais dont 11 restent actuellement vivants et bien guéris depuis un laps de temps compris entre trente-quatre et quarante-trois ans.

2° RÉSECTION EXTRA-ARTICULAIRE. — Les procédés de Bœckel, Championnière et Ollier présentent de graves défauts :

Le premier temps de l'opération consiste dans l'ouverture de la cavité articulaire, c'est-à-dire d'un milieu septique.

L'extirpation de la synoviale se faisant de dedans en dehors par lambeaux, on risque d'en laisser quelques portions.

La section correcte des os est difficile à réaliser.

Pour pallier ces divers inconvénients, on a eu l'idée de couper les os en lieu sain loin de l'articulation et d'enlever celle-ci en masse comme une tumeur. Ce procédé qu'ont employé Volkowitch et Marion a eu un certain succès en Allemagne. En France il est abandonné.

3° RÉSECTION EXTRACAPSULAIRE DE LA SYNOVIALE ET SECTIONS PARALLÈLES DES OS, GENOU EN EXTENSION. — Le rapporteur a imaginé une technique qui essaie de combiner les avantages respectifs des résections intra et extra-articulaires.

L'exérèse des parties molles malades peut être accomplie en avant et sur les côtes avant toute ouverture de la cavité articulaire. Quand on en vient à pénétrer dans cette cavité, on peut, après avoir détaché du fémur les ligaments croisés, reprendre la synoviale au ras des condyles et la disséquer par l'extérieur de haut en bas jusqu'au tibia en sacrifiant le poplité.

Les os après examen sont réarticulés dans l'extension et on pratique en bonne place deux sections parallèles. Cette opération a été pratiquée 25 fois, la plus ancienne il y a plus de douze ans.

IV. **Indications de la résection.** — Comme l'a dit Championnière la résection est indiquée toutes les fois qu'on ne peut espérer rendre au sujet le mouvement du genou. En outre, il faut ne réséquer que si le sujet peut supporter l'opération, si les lésions peuvent être totalement supprimées sans nécessiter un raccourcissement de plus de 10 centimètres, enfin si le malade est en mesure de faire les frais de la réparation.

Quand on est dans le doute on peut faire une arthrotomie exploratrice et amputer immédiatement s'il y a lieu.

La question d'âge a son importance. Mais il ne faut pas confondre la vieillesse et la sénilité, et Bœckel a amputé de très nombreux vieillards avec succès. Seulement la consolidation est plus lente et les récidives sont moins rares chez les gens âgés.

V. **Quelques remarques sur certains temps de la résection.** — 1° ISCHÉMIE DURANT L'OPÉRATION. — A ce sujet les opinions sont partagées, mais bon nombre d'opérateurs, dont le rapporteur, estiment que le garrot et même la bande de Nicaise rendent plus visibles les lesions tuberculeuses et en facilitent l'extirpation.

2° PROTECTION DU CHAMP OPÉRATOIRE. — Le membre bien décapé à la benzine est protégé au niveau de la jambe par un double bas stérile et au niveau de la cuisse par deux champs enroulés, bas et champs fixés à la peau par des pinces.

3° INCISION CUTANÉE. — Elle dessine un U dont la branche

horizontale passe au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, ou un H dont le trait transversal est placé vers la pointe de la rotule, les branches longitudinales étant dans les deux cas tracées très en arrière.

4° SECTION DES OS. — Pour cette manœuvre qui doit être faite le genou en extension, il est nécessaire de protéger les organes poplités, ce qui peut être obtenu à l'aide d'une plaque métallique en H. Quand, après une coupe osseuse large, il reste des foyers épiphysaires ou diaphysaires, on peut encore obtenir un résultat favorable par l'évidement.

5° SUTURE OSSEUSE. — On s'est servi de fils d'argent perdus ou arrêtés sur tubes de Galli, d'agrafes de Dujarier, et il est certain que cette suture, au moins les premiers jours, rend de grands services. Mais certains chirurgiens, comme Bœckel, Calvé et Galland, l'ont totalement supprimée.

6° HÉMOSTASE POSTOPÉRATOIRE. — L'hémorragie est insignifiante dans la résection intra-articulaire. Mais si l'on emploie le procédé extracapsulaire on ouvre des vaisseaux assez importants, en particulier les artères articulaires moyennes qu'il est indispensable de lier au cours de l'opération ou après enlèvement du garrot, avant le pansement.

7° RECONSTITUTION D'UN PLAN FIBREUX AUTOUR DU GENOU. — Les plans fibreux sains seront ménagés autant que possible, le ligament rotulien conservé en totalité. Après la suture osseuse, le quadriceps et les expansions aponévrotiques des vastes sont réinsérés au ligament rotulien et aux lames aponévrotiques de la jambe. Ce plan fibreux protège les os, s'oppose aux déplacements secondaires, efface les espaces morts et exerce une compression hémostatique.

8° DRAINAGE. — Beaucoup de chirurgiens croient encore nécessaire de drainer au moins les premiers jours. Mais le drainage n'est nullement indispensable et il complique un peu les soins postopératoires. Il y a longtemps que Bœckel ne draine plus, et actuellement Fredet, Tavernier, Villard, Bérard font de même.

9° PANSEMENT ET IMMOBILISATION. — Après l'application des compresses maintenues par une bande stérilisée, on place un bas également stérilisé, puis on pose et on fixe le membre sur une attelle de Bœckel garnie d'ouate et d'un champ stérilisés. Après quoi on vérifie la position des os par la radiographie dans les deux plans frontal et sagittal.

Au bout d'un mois le membre est sorti de l'attelle et radiographié. La plaie est cicatrisée, on enlève les fils, on remet un nouveau bas stérilisé et on applique une gouttière plâtrée. Au bout de soixante jours le malade peut marcher du moins avec un silicate pendant un mois encore.

Si l'on a drainé, on enlève après huit à dix jours le drainage et les fils et on applique aussitôt une gouttière plâtrée qui sera renouvelée un mois plus tard.

VI. Manuel opératoire de la résection extracapsulaire. — Deux aides : un aide direct, un aide exclusivement chargé de manœuvrer le membre.

PREMIER TEMPS. — *Accès aux lésions.*

Le membre étant en extension, incision cutanée en U ou en H, les incisions longitudinales affleurant le bord postérieur des condyles et commençant au-dessus de la rotule pour finir au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia. Dessiner au bistouri un trait de repère longitudinal et médian, puis relever les lambeaux formés de la peau et de la graisse sous-cutanée.

DEUXIÈME TEMPS. — *Synovectomie.* — Mettre le genou en flexion.

Inciser les plans fibreux de chaque côté du ligament rotulien, couper le ligament près de la rotule et le rabattre en disséquant au plus près sa face profonde.

Inciser transversalement sur les plateaux du tibia les parties molles en dedans et en dehors à 1 centimètre au-dessous de l'interligne.

Détacher toutes les parties molles insérées au tibia de bas en haut en raclant l'os, jusqu'au voisinage des surfaces articulaires, sans ouvrir la synoviale.

Il s'agit maintenant de disséquer le cul-de-sac sous-quadricipital.

On amorce superficiellement une incision longitudinale sur le tendon du quadriceps. Puis on détache de la rotule le tendon du quadriceps et les expansions des vastes et on prolonge cette incision en U sur la face extérieure des condyles. Le quadriceps est alors relevé et découvre la synoviale qui reste attenante à la rotule.

Section du muscle sous-crural et décollement de la synoviale de haut en bas jusqu'au cartilage trochléen. Les faces latérales des condyles sont ensuite dénudées d'arrière en avant et de haut en bas jusqu'au même point.

C'est à ce moment qu'on ouvre l'articulation en détachant la synoviale de la trochlée et des condyles.

La jambe est fortement fléchie. Désinsérer du fémur les ligaments croisés. Faire surgir le fémur. Reprendre la capsule sur les bords de l'os et désinsérer les coques condyliennes de haut en bas. En dedans extirper la bourse du jumeau interne et du demi-membraneux. En dehors passer en arrière du poplité coupé le plus bas possible.

On dissèque la partie rétro-tibiale de la capsule, on désinsère les ligaments croisés et on arrive jusqu'au bord cartilagineux des plateaux.

A ce moment on peut se débarrasser rapidement de la synoviale restée tout entière fixée au tibia avec sa doublure fibreuse de la rotule.

TROISIÈME TEMPS. — *Traitement des lésions osseuses.* — Ayant déterminé ce qu'il faudra retrancher des os, on met le protecteur en place derrière le plateau tibial et les condyles. Le membre est mis en extension à plat et on attaque l'os le plus malade avec une scie à large lame, mais on ne pousse pas le sciage à fond et on laisse la scie en place. Avec une seconde scie couper le second os parallèlement en se guidant sur la première scie.

QUATRIÈME TEMPS. — *Hémostase définitive.*

CINQUIÈME TEMPS. — *Coaptation des surfaces osseuses.* — Suture des os au fil métallique. Suture des parties musculo-aponévrotiques. Parage des lambeaux et suture de la peau.

VII. Résultats de la résection. — En réunissant les séries de J. Bœckel, de Duret, de Championnière, de Routier, de Delagenière, d'Arrou, de Rochard, d'Ollier, de Gangolphe, de Bérard et de Fredet, on arrive à un total de 783 résections avec 10 morts imputables à l'opération et 33 récidives ayant exigé une amputation secondaire.

La mortalité est donc inférieure à 1,3 p. 100 et il n'y a pas plus de 4,2 p. 100 de récidive. La très grande majorité des opérés restants demeurent guéris avec des troubles fonctionnels minimes. En général les résultats sont obtenus rapidement et sans complications.

VIII. Essais de restitution de la mobilité du genou. — L'ankylose osseuse rectiligne, qui est le mode de guérison actuel de la tumeur blanche du genou, n'est malgré tout qu'un pis-aller, et dans ces dernières années on a cherché à obtenir une meilleure solution thérapeutique, c'est-à-dire un genou mobile. Mais on est encore loin du but. Voici les essais qui ont été faits en divers sens ;

1° GREFFES ARTICULAIRES. — La substitution d'un genou sain au genou malade, si elle était possible, donnerait évidemment la guérison parfaite. Lexer, en 1910, paraît avoir obtenu un résultat satisfaisant par cette méthode dans un cas d'ankylose angulaire consécutive à une arthrite tuberculeuse. Mais en 1911, Vaughan puis Hinz ont échoué en opérant, il est vrai, des tumeurs blanches encore en évolution. De toutes façons, la méthode semble n'avoir qu'un avenir restreint étant donné la difficulté de se procurer des greffons sains et vivants.

2° ARTHROPLASTIES. — a. *Primitive.* — Le rapporteur et Tavernier pensent qu'il serait légitime dans des cas bien choisis, c'est-à-dire quand on a pu réellement enlever toutes les parties malades, de chercher d'emblée à créer une néarthrose en taillant convenablement les extrémités osseuses et mobilisant la jambe d'une façon précoce. WEITING (1922) a publié 3 arthroplasties primitives suivies de résultats satisfaisants, mais il ne donne pas de détails.

b. *Arthroplastie secondaire.* — Ces arthroplasties ont été réservées jusqu'ici à des ankyloses obtenues sans résection préalable. Lexer, Payr, Baer ont fait de telles interventions et n'ont eu que des résultats plutôt médiocres. D'ailleurs les

protagonistes de l'arthroplastie, Murphy, Putti sont tout à fait opposés à l'opération dans les ankyloses consécutives à des tumeurs blanches.

TRAITEMENT DE LA TUMEUR BLANCHE DU GENOU A PARTIR DE L'ADOLESCENCE

Rapport de M. VIGNARD (de Lyon).

Il importe de définir ce qu'il faut entendre par *adolescence*. On admet qu'en moyenne, cette période de l'existence débute à quinze ans ; il est plus difficile de fixer sa limite terminale.

Pendant toute cette période où le membre inférieur s'accroît en longueur, la thérapeutique de la tumeur blanche du genou ne saurait être aussi hardie, aussi agressive que chez l'adulte ; elle doit faire l'impossible pour respecter le cartilage de conjugaison. On ne peut compromettre par une intervention trop radicale ou trop tardive, la statique du sujet et substituer à la maladie une infirmité définitive.

Mais il est des cas où la gravité des lésions ne permet pas de temporiser et justifie d'emblée toutes les audaces chirurgicales. L'objet principal de ce rapport est de déterminer dans chaque circonstance la meilleure thérapeutique à appliquer.

Volontairement est laissée de côté la question des vaccins sérums et corps immunisants, ces modes de traitement n'ayant pas encore donné des preuves suffisantes de leur efficacité.

Il est classique de parler de *traitement conservateur* et de *traitement chirurgical*. Ces expressions ne cadrent pas avec la réalité. Si les procédés réunis sous le titre de « traitement conservateur » ne portent pas par eux-mêmes atteinte à l'anatomie de l'articulation, ils ne font rien pour la conserver. Souvent les lésions continuent d'évoluer jusqu'à destruction totale. Mieux vaut donc parler de *traitement d'attente*.

Remarquons encore que « le traitement chirurgical » est parfois plus « conservateur » que « l'autre », quand, judicieusement appliqué, il garde à un membre sa solidité, à une articulation, sa mobilité.

A. **Traitement orthopédique ou d'attente.** — Dans tous les cas il suppose :

a. L'*immobilisation*, à laquelle s'ajoutent séparément ou concuremment : *b*. Les *agents modificateurs*, et *c*. L'*héliothérapie*.

L'IMMOBILISATION est réalisée par l'extension continue ou par un appareil plâtré.

Pour donner son maximum d'effet, l'extension doit être établie sur les deux membres inférieurs, avec contre-extension, et très légère flexion du genou sur un coussin.

Le plâtre doit s'étendre du pied à la hanche incluse. Il permet la marche avec béquilles et demande une surveillance moins attentive qu'un appareil plus petit. Il a le tort de favoriser l'atrophie des muscles sous-jacents et de diminuer les fonctions physiologiques de la peau. L'appareil sera largement fenêtré pour faciliter la thérapeutique par les agents modificateurs et la cure solaire.

LES INJECTIONS MODIFICATRICES précédées ou non de ponctions semblent tout spécialement indiquées dans le traitement de cette variété de tumeur blanche. En voici les raisons :

1° L'articulation est d'accès facile :

2° La séreuse présente un large développement :

3° Beaucoup croient à l'origine synoviale des lésions.

Il importe de faire des réserves quant à cette dernière affirmation. Sur 62 résections faites à l'*Institut de Bologne*, trente-sept fois les lésions prédominaient sur les os, treize fois sur la synoviale ; douze fois elles étaient sensiblement équivalentes sur ces deux tissus. Une petite lésion osseuse peut parfaitement provoquer une exubérante végétation fongueuse sur la synoviale, alors que le contraire est difficilement acceptable.

L'expérience clinique et opératoire, les inoculations au cobaye ont donné au rapporteur la conviction que dans presque tous les cas le point de départ des lésions est le squelette, d'où sa confiance très relative dans l'efficacité des injections.

Quoi qu'il en soit, cette pratique ne présente ni difficulté, ni danger si l'on reste aseptique. De plus, elle laisse possible tout autre traitement ; enfin, elle rend des services certains dans les cas d'hydarthrose et même de pyarthrose. Ces cas favorables mis à part, la méthode ne constitue pas cependant le traitement de choix chez l'adolescent. Elle doit céder le pas à une thérapeutique plus active dans les formes fongueuses végétantes, à grains riziformes et dans celles où se révèlent des lésions osseuses manifestes.

Le rapporteur n'a pas l'expérience personnelle des injections sclérosantes de chlorure de zinc. Elles lui paraissent peu recommandables, capables même de généraliser des lésions encore limitées.

L'HÉLIOTHÉRAPIE ne donne de résultats que si l'articulation est rigoureusement immobilisée et largement exposée au soleil. Il faut que le corps entier bénéficie du bain de lumière, que celle-ci tombe perpendiculairement sur le sujet, les rayons obliques perdant 60 p. 100 de leur efficacité.

Le traitement de l'état général et les prescriptions hygiéniques ne sont pas à négliger. La durée de la cure varie de dix mois au minimum, à vingt-cinq et trente mois au maximum.

On conçoit que de telles conditions sont difficilement réalisables et que tant de malades renoncent à une méthode susceptible cependant d'excellents résultats.

Si l'on examine les statistiques da *Rollier* (de Leysin) on constate :

I. L'amélioration rapide de l'état général ;

II. La fonte progressive des exsudats qui distendent les parties molles ;

III. La conservation de la musculature ;

IV. La récalcification des épiphyses.

Les résultats sont d'autant meilleurs que le squelette était moins atteint ; mais les formes osseuses bénéficient largement du traitement.

Sur 120 malades, *Rollier* annonce 106 guérisons dont 78 avec retour des ponctions.

B. **Traitement chirurgical.** — L'opération la plus simple et la moins mutilante est la SYNOVECTOMIE. Difficilement défendable chez l'enfant où cependant la chirurgie doit être conservatrice à outrance, cette intervention ne vaut guère mieux chez l'adolescent.

L'ablation de la synoviale n'est jamais que partielle ; on s'expose à l'inoculation des parties molles péri-articulaires ; on néglige complètement les lésions osseuses pourtant si fréquentes.

Il semble préférable de substituer à cette synovectomie, une opération plus étendue : l'ARTHRECTOMIE.

Après une incision de résection elle comprend les temps suivants :

a. Extirpation aussi complète que possible de la synoviale, des ligaments croisés et des disques semi-lunaires.

b. Ablation au couteau ostéotome des cartilages de revêtement du fémur et du tibia ;

c. Ablation à la scie d'une mince lamelle de tissu osseux s'il existe des lésions du squelette ;

d. Avivement de la surface articulaire de la rotule.

C'est en définitive une résection économique. La guérison se fait par ankylose. Mais cette guérison n'est pas toujours possible. L'acte opératoire n'atteint que les lésions osseuses sous-jacentes au cartilage d'encroûtement et laisse intactes celles qui sont situées plus profondément : dans les condyles fémoraux ou le plateau tibial. Ces zones malades dont on néglige ainsi le traitement continueront à évoluer et forceront plus ou moins rapidement à réintervenir. De plus, les parties saines proliféreront davantage que les parties malades ; il en résultera des déviations pathologiques dont la plus fréquente est la déviation en flexion. Les muscles fléchisseurs toujours moins atrophiés que leurs antagonistes augmenteront encore cette déformation.

En définitive, maintenue dans les limites de sa définition, l'arthrectomie risque souvent d'être incomplète ; si elle les dépasse elle devient une véritable résection.

Frappés du fait que des lésions osseuses demeurent ainsi sans traitement et exposent à des récidives ou à des complications à distance, quelques auteurs parmi lesquels *Mencière* (de Reims) ont tenté d'améliorer la technique.

Ce chirurgien, après ouverture de l'articulation taraude les épiphyses de façon à créer à l'intérieur de l'os un véritable tunnel osseux dans lequel il introduit une solution d'acide phénique pur. Il lave ensuite à l'alcool. La cavité articulaire est également traitée par le phénol. Cette méthode tend à stériliser les lésions des épiphyses sans porter atteinte à leur structure et tout en respectant le cartilage de conjugaison.

Employer pareille technique c'est avouer l'existence à peu près constante de lésions osseuses avérées ou discrètes. De l'avis du rapporteur ce sont elles qui conditionnent, entretiennent et renouvellent les lésions synoviales, elles, qui donnent à l'évolution de la tumeur blanche du genou sa physionomie spéciale.

Est-il possible de guérir définitivement le malade, sans recourir à une opération vraiment mutilante qui consisterait à réséquer ou à amputer? Oui, si l'on veut bien évider les épiphyses fémorales et tibiales sans altérer leur formes et leurs dimensions, quitte à les réduire si besoin est, à une simple coque limitée par le cartilage d'encroûtement d'un côté, le cartilage de conjugaison de l'autre. Les résultats obtenus par Mencière semblent le prouver. Le rapporteur l'a tenté avec certains succès. Voici comment il procède :

Premier temps. — Incision en H des téguments et de l'aponévrose.

Deuxième temps. — Section du ligament rotulien ou ostéotomie temporaire de la tubérosité du tibia. Conservation de la rotule. Curettage des lésions rencontrées.

Troisième temps. — Nettoyage de la synoviale et des parties molles. On respecte les ligaments croisés et les ligaments latéraux.

Quatrième temps. — Evidemment des épiphyses fémorales et tibiales à la fraise sans léser les cartilages de conjugaison ou articulaires.

Cinquième temps. — Plombage des épiphyses à l'aide du mélange de Mosetig.

Sixième temps. — Hémostase.

Septième temps. — Suture en deux plans sans drainage, sauf parfois un faisceau de crins dans la cul-de-sac tricipital.

Huitième temps. — Immobilisation dans un plâtre.

A la fin du premier mois on dégage le genou, à la fin du troisième l'appareil plâtré est remplacé par une attelle postérieure allant de la racine de la cuisse aux orteils et maintenue par un bracelet crural et un bracelet malléolaire. La mobilisation commence vers le cinquième ou sixième mois.

Une place à part doit être faite à un procédé proposé par *Robertson-Lavalle* de Buenos-Ayres. Cet auteur se propose de créer une hypervascularisation de l'épiphyse pauvre en vaisseaux et de ce fait propice à la fixation du bacille de Koch, et de fournir à la région malade des éléments nouveaux d'ossification.

Deux greffons sont introduits de haut en bas dans l'épiphyse fémorale, deux autres de bas en haut dans l'épiphyse tibiale; enfin deux autres sont fixés dans le tissu cellulaire périarticulaire mais en connexion avec les précédents. Ces greffons traversent les cartilages de conjugaison mais s'arrêtent au contact des cartilages d'encroûtement. Le membre est immobilisé. Au bout de six mois les greffons sont supprimés.

Les résultats ont été parfois excellents, d'autres fois mauvais. Les insuccès s'expliqueraient par ce fait que les malades n'ont pas été opérés à froid, c'est-à-dire, comme le conseille *Robertson-Lavalle*, après un mois de repos en traction.

L'échec toujours possible de ces différentes méthodes amène à envisager les interventions mutilantes.

La résection est certainement le moyen chirurgical le plus rapide et le plus sûr. C'est une méthode qui a largement fait ses preuves depuis 1781 époque à laquelle Park la pratiqua pour la première fois.

Mondan a voulu rechercher récemment ce qu'étaient devenus vingt-cinq des anciens opérés d'*Ollier* et reprendre leurs observations là où les avait laissées le maître lyonnais. Il en a retrouvé 16 dont 8 ont été traités à peu près dans les limites de l'adolescence : un à quinze ans, trois à dix-neuf ans, trois à vingt et un ans, un à vingt-deux ans.

Tous ont été revus en 1925. Ce sont donc des résultats datant de trente-quatre à quarante-trois ans. Tous exercent des professions pénibles, tous ont une ankylose solide avec un très léger degré de flexion 170° environ. Leur raccourcissement est en moyenne de 5 à 6 centimètres. Aucun n'a conservé de tuteur ou de semelle élevée. Le bassin s'est légèrement incliné en manière de compensation; trois fois le col s'est redressé en coxa valga.

De tels résultats démontrent amplement que si la résection est de l'avis de tous le seul traitement de la tumeur blanche chez l'adulte, elle est encore sans doute la méthode de choix chez beaucoup d'adolescents.

L'amputation est un pis-aller. Elle ne s'applique pour l'adolescent qu'aux cas très graves. C'est la suprême ressource en présence d'une suppuration articulaire avec infections associées, fistulalisations multiples, fièvre à grandes oscillations, état général mauvais, existence d'autres lésions tuberculeuses avancées.

Le rapporteur termine cet important travail en rappelant que le diagnostic de la tumeur blanche du genou est parfois épineux, surtout dans la forme simple avec hydarthrose chronique ou récidivante, avec ou sans douleur.

La réaction de Wassermann, l'analyse du liquide de ponction et l'inoculation au cobaye trancheront souvent la question. On pourra parfois guérir par le mercure et l'iodure de potassium des lésions qui de prime abord semblaient relever de la chirurgie.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 5 OCTOBRE 1925)

Avitaminose C (avec ou sans tuberculose) et cholestérine du sang et des surrénales. — MM. G. Mouriquand et Leulier, à la suite de nombreuses expériences, ont constaté que l'avitaminose C aiguë de même que l'avitaminose C chronique s'accompagne de troubles profonds dans le métabolisme de la cholestérine des surrénales alors qu'elles sont sans retentissement appréciable sur la cholestérinémie. Ce trouble paraît aggravé par l'association de la tuberculose à la carence alimentaire.

Ces faits expérimentaux pourront servir à orienter la diététique des tuberculeux dans le sens de l'aliment frais.

Le sort du camphre et de l'huile après injection expérimentale d'huile camphrée. — MM. Léon Binet et René Fabre. Après l'injection expérimentale d'huile camphrée, on note l'élimination du camphre qui quitte rapidement les tissus pour être surtout éliminé par les reins; quant à l'huile, elle reste présente au lieu de l'injection pendant des semaines, et elle est résorbée grâce à un afflux de leucocytes qui constituent autour des gouttelettes huileuses un véritable enkystement.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1925)

Le froid à l'Académie de médecine. — Ceci n'est pas le titre d'une communication, c'est une constatation que tout le monde peut faire en pénétrant dans le palais académique.

L'Académie est une véritable glacière dans laquelle ne doivent pas se risquer les gens aux bronches délicates.

On pouvait voir mardi dernier, dans la salle des Pas-Perdus, un grand nombre d'académiciens ayant gardé leur pardessus et leur chapeau tandis que le personnel des bureaux battait la semelle pour se réchauffer.

Comme les laboratoires, les académies sont pauvres, espérons cependant que l'Académie de médecine finira par trouver des ressources lui permettant d'acheter le charbon nécessaire pour cet hiver.

Déclaration d'une vacance dans la section des membres libres. — Il s'agit de remplacer M. Mesureur, décédé.

Note sur un cas de calculs des deux reins extraits par pyélotomie après vaccination pré-opératoire. — M. Pierre Bazy communique les résultats d'opérations qu'il a pratiquées à un mois d'intervalle sur les deux reins ou mieux sur les deux bassinets d'une même malade pour en extraire des calculs. Les bassinets étaient infectés par le staphylocoque.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

Grâce à la vaccination préopératoire, les suites opératoires ont été aseptiques comme si les bassinets n'eussent pas été infectés. M. Bazy attribue la rapidité et la simplicité de la guérison opératoire à la vaccination pré-opératoire. Il rappelle que cette méthode a été imaginée, proposée et mise en pratique par M. Louis Bazy.

Cette vaccination pré-opératoire a été employée à la suite par d'autres chirurgiens qui s'en sont bien trouvés mais ont trop souvent négligé d'en citer l'inventeur.

Modifications électrocardiographiques provoquées par l'extirpation du ganglion étoilé après la ligature des coronaires. Traitement chirurgical de l'angine de poitrine. — MM. Daniélopolu et Marcu exposent de très intéressantes recherches expérimentales qu'ils rapprochent des constatations faites dans certains cas d'angine de poitrine après l'extirpation du ganglion étoilé.

Si l'on se rappelle que par l'extirpation du ganglion étoilé on intercepte la plus grande partie des filets moteurs du cœur et certains filets vaso-moteurs coronariens, et si on compare les résultats expérimentaux aux phénomènes d'insuffisance myocardique souvent mortelle provoqué chez les angineux par l'extirpation du ganglion étoilé on est en droit plus que jamais de conclure, estiment les auteurs, que cette extirpation peut être dangereuse dans beaucoup de cas d'angine de poitrine.

Dans l'opération de Jonnesco on extirpe avec le sympathique cervical le ganglion étoilé, or toutes les recherches cliniques des auteurs, ainsi que les résultats opératoires publiés dans l'angine de poitrine permettent de conclure qu'il n'est pas permis de toucher au ganglion étoilé dans cette affection.

L'opération que proposent MM. Danielopolu et Marcu est la suivante : l'extirpation du sympathique cervical sans le ganglion cervical inférieur et le premier thoracique, la section de tous les filets du vague et de ses branches qui se dirigent vers le thorax, la section du nerf vertébral et de toutes les *rami communicantes* qui unissent le ganglion cervical inférieur et le premier thoracique aux dernières paires cervicales et à la première dorsale. L'intervention des auteurs, tout en supprimant un grand nombre de filets sensitifs cardio-aortiques présente le grand avantage de ne pas toucher aux filets centrifuges qui traversent le ganglion étoilé.

Deux cas d'oosporoses pulmonaires guéries, provoquées par un champignon du genre « actinomyces ». — MM. A. et R. Sartory.

Kystes hydatiques du pancréas. — M. Auvray. A propos d'une observation personnelle de cette affection très rare qu'est le kyste hydatique du pancréas traitée par l'opération et suivie de guérison, M. Auvray présente à l'Académie une étude d'ensemble sur les kystes hydatiques de cet organe.

Nous publierons d'ailleurs in extenso, dans un prochain numéro, cet important travail.

La sécurité sur les chemins de fer. — La Commission de sécurité sur les chemins de fer, réunie avant la séance, a décidé de convoquer le médecin en chef d'une de nos compagnies qui lui apportera mardi un rapport d'ensemble sur tout ce qui est fait présentement dans les différents réseaux, surtout au point de vue de la surveillance ophtalmologique des agents de la traction et de la voie.

Cette base connue, la Commission s'appliquera au perfectionnement des services médicaux des chemins de fer.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 9 OCTOBRE 1925)

Un cas d'enchondrome de la bronche droite. — MM. G. Caussade, J. Surmont et J. Lacapère montrent un enchondrome, vérifié histologiquement, siégeant sur les derniers anneaux de la bronche droite et composé d'une série de petites granulations de la dimension d'une petite baie; la tumeur fait une saillie assez considérable dans la lumière du canal bronchique, mais elle ne l'oblitère pas complètement. Elle est fortement implantée par un pédicule assez large.

Chez le malade qui n'était ni tuberculeux, ni syphilitique, cette tumeur bénigne a causé la mort à raison de son siège même, en déterminant exclusivement, du côté où le néoplasme était situé, des lésions sous-jacentes : 1° une dilatation accentuée de quelques ramifications bronchiques de gros calibre, où stagnait du pus en abondance; 2° des abcès à streptocoques, de la sclérose péribronchique et une alvéolite intense.

Il y avait aussi, à l'autopsie, deux foyers de splénisation.

Du point de vue clinique, on peut mettre en lumière les trois phénomènes suivants, constatés chez le sujet, et qui peuvent, à la rigueur, faire soupçonner un obstacle siégeant sur l'une des deux grosses bronches :

1° La persistance pendant plus d'un an de signes de bronchite et de bronchite purulente qui restent unilatéraux (côté de la tumeur).

2° L'injection de l'arbre bronchique au lipiodol qui ne pénètre à peu près exclusivement que dans le système bronchique, du côté opposé à la tumeur.

En effet, bien que ceci semble à priori constituer un paradoxe : l'évacuation purulente peut s'effectuer du côté de la tumeur, malgré cette tumeur, et cependant cette dernière empêche presque totalement dans ce même côté la pénétration du lipiodol injecté par la trachée.

3° Le rejet immédiat et assez abondant mais non total des injections huileuses par la trachée, malgré une anesthésie profonde et à forte dose des muqueuses trachéo-bronchiques.

En se basant sur ces trois signes, le clinicien est autorisé à faire pratiquer une bronchoscopie utile des points de vue diagnostique et thérapeutique.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 19 AU 24 OCTOBRE 1925)

THESES

Lundi 19 octobre. — Jury : MM. Sebileau, président; Balthazard, H. Boyer et Fiessinger. — M. Billault (J.). De la mort subite ou suspecte. — M. Carrega (N.). Essai de la chirurgie des tumeurs péripharyngées.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gosset, président; Dechambre, Coquot et Robin. — M. Manoury. Au berceau d'une race. — M. Thory. Ferrure du cheval.

Mardi 20 octobre. — Jury : MM. Lejars, président; Duval, Lecène et Moure. — M. Poteau (V.). Etude du traitement des tumeurs malignes du larynx. — M. Jesoyer (Ch.). Etude sur quelques cas de sacro-coxalgie. — M. Chastang. Etude sur le traitement des fractures récentes fermées. — M. Aurousseau. Tumeurs malignes du testicule. — M. Dehergne (P.). Traitement du moignon dans l'opération de l'appendicite à froid.

Jury : MM. Marfan, président; Achard, Carnot et Nobécourt. — M. Cnudde (A.). L'ulcus gastro-duodénal et l'insuffisance rénale. — M. Terris. Sténoses fonctionnelles du duodénum. — M. Garnier (Marcel). La méningo-épendymite du nourrisson. — M. Rusesco (A.). Etude sur le développement de la taille chez le nourrisson.

Jury : MM. Vaquez, président; Gilbert, Jeanselme et Bezançon. — M. Marquet. La crise cataméniale. — M. Poullet (R.). Température, tension artérielle après la ponction lombaire. — M. Bucquet (Pierre). La mastite syphilitique. — Mlle Harmelin. Etude du chimisme gastrique chez le nourrisson.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. J.-L. Faure, Dechambre et Moussu. — M. Capdebielle. L'élevage au Maroc (région de Fez).

Mercredi 21 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Roger, président; Couvelaire, Moussu, Robin, Dechambre et Petit. — M. Lotard. Rapports sur les animaux domestiques. — M. Bonnemaison. Avantages de la scie-fil dans quelques dystocies fœtales.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.,* valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.,* valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — *Epreuve orale.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Bezançon, Guy-Laroche, Vincent, Le Lorier, Grégoire, Cadenat, qui acceptent; Duvoir, Lesné, Deniker, Leveuf, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— Assistants suppléants de consultations. — Un certain nombre de places d'assistants suppléants de consultations de médecine ou de chirurgie générales dans les hôpitaux dépendant de l'Assistance publique, à Paris, seront vacantes au 1er janvier 1926. Les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris qui désirent être désignés pour exercer ces fonctions sont priés d'adresser leur candidature d'urgence au bureau du Service de santé de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Rouen. — La date d'ouverture du concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint des hôpitaux est reportée au jeudi 14 janvier 1926.

Les candidats devront se faire inscrire à la direction des hospices au plus tard le 19 décembre 1925, avant 18 heures.

DIRECTION DES SERVICES D'HYGIÈNE D'ALSACE-LORRAINE. — Un arrêté du ministre du Travail détermine les attributions du directeur des services d'hygiène d'Alsace et de Lorraine. Ce fonctionnaire reste chargé sous l'autorité du ministre de l'application de la législation locale relative à l'hygiène et à la prévoyance sociale. Il prend, en outre, compétence en ce qui concerne le personnel médical (directeurs départementaux, médecins d'arrondissement), les affaires concernant l'exercice de la médecine, de l'art dentaire et la profession de sage-femme. (*J. O.*, 16 oct. 1925.)

CENTRE RÉGIONAL DE MARSEILLE DE LUTTE CONTRE LE CANCER. — Un arrêté ministériel du 12 octobre approuve le règlement administratif concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional de lutte contre le cancer de Marseille.

LÉGION D'HONNEUR. — Est promu dans ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Leclercq, médecin aide-major de 1re classe retraité pour blessures de guerre.

GUERRE. — Mutation :

Médecin aide-major. — M. Demimuid, des territoires du Sud algérien, est affecté au 16e chasseurs à cheval à Beaune

CROISIÈRE MÉDICALE INTERNATIONALE EN ORIENT. — Notre excellent confrère « *Bruxelles médical* » organise à l'occasion du Congrès international de chirurgie de Rome (7-10 avril 1926) une croisière comprenant deux circuits au choix des voyageurs. Les congressistes et leur famille sont, avant tout autres, les premiers ayants droit. Il va de soi que les *autres médecins sont admis également.*

Circuit A : Marseille, Alexandrie, Port-Saïd, Jaffa, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Le Pirée, Malte, Naples, Marseille. Départ de Marseille le 5 mars. Escale à Naples pour l'ouverture du Congrès de Rome. Durée : 31 jours.

Circuit B : Marseille, Naples, Alexandrie, Jaffa, Beyrouth, Smyrne, Constantinople, Constanza, Constantinople, Le Pirée, Alger, Marseille, Départ de Marseille, le 15 avril. Durée approximative : 33 jours.

Outre la visite des villes d'escale, le temps nécessaire sera

donné aux deux circuits pour voir Le Caire, Jérusalem, Damas et Athènes. Les prix ne sont pas encore fixés, mais nous sommes assurés qu'ils constitueront une réduction d'environ 50 p. 100 sur les tarifs en vigueur à cette époque pour les voyageurs ordinaires.

Les lignes d'Orient étant surchargées au printemps, ceux qui auraient l'intention de se joindre à l'un des deux voyages sont priés de s'inscrire dès à présent, sans engagement de leur part, bien entendu.

Le trajet Marseille-Beyrouth sera effectué pour l'une des croisières par le *Champollion*, des Messageries-Maritimes. Ce paquebot de luxe (20.000 tonnes, 170 mètres, trois cheminées) effectue en ce moment son premier voyage.

Toute la correspondance doit être adressée au docteur Bernard, à la section des voyages de *Bruxelles médical*, 62, rue Froissart, à Bruxelles.

P. S. — Le prix médical sera de 4.000 francs environ pour le tour complet de la Méditerranée. (Le prix Marseille-Beyrouth simple, pour le public, est actuellement de 4.200 fr.) Le bateau sert d'hôtel-restaurant aux escales.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Albert Fauconnier (de Profondeville), Harlay (de Paris), Prémont (de Bruxelles) et de Vaugiraud (de Lille).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Clinique Baudelocque.) — M. le professeur Couvelaire reprendra son cours de clinique le vendredi 6 novembre, à 11 heures, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Lundi : Discussion d'observations cliniques.

Vendredi : Leçon clinique. Présentation de malades.

— COURS DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE. — M. le professeur Paul Lecène commencera son cours le jeudi 5 novembre 1925, à 16 heures (grand amphithéâtre de l'Ecole pratique), et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Affections chirurgicales de l'abdomen.

Ce cours s'adresse plus spécialement aux étudiants de 4e année.

REVUE DES THÈSES

La Leucopédèse gastrique (1), par le docteur G. MARCHAL, ancien interne médaille d'or des hôpitaux de Paris.

L'évolution des leucocytes dans le tractus digestif, surtout étudiée dans l'intestin, était à peine soupçonnée dans l'estomac avant les travaux de MM. Loeper et Marchal. La « leucopédèse gastrique » est cependant très importante et présente des caractères particuliers, fort heureusement mis en lumière par M. Marchal dans sa thèse.

La présence des leucocytes dans la cavité gastrique est un phénomène constant, présentant des recrudescences considérables dans les périodes digestives. Il est relativement facile d'en apprécier la valeur en numérant à la cellule de Nageotte les globules blancs des liquides de digestion dilués, recueillis en série continue.

La leucopédèse et la sécrétion glandulaire de l'estomac sont des fonctions solidaires dans leur nature; mais elles n'évoluent pas parallèlement et leurs intensités se trouvent souvent dissociées; ainsi les leucocytes affluent dans l'estomac avant que celui-ci n'ait amorcé sa sécrétion gastrique; sous l'influence de l'appétit on trouve HCl en plus, leucocytes en moins, et l'on observe une dissociation en sens contraire avec l'atropine et le sucre.

Le pneumogastrique a une action modératrice sur la leucopédèse.

Les leucocytes émigrés dans l'estomac libèrent leurs ferments, en se détruisant, et accomplissent un double rôle utile : digestif et antitoxique.

Les globules blancs semblent capables de suppléer dans une certaine mesure le suc gastrique dans certains estomacs hypopeptiques ou cancéreux. Aucun rapport constant entre la leucopédèse gastrique et la leucocytose digestive n'apparaît dans les recherches de M. Marchal.

Il y a peu de déductions pathologiques à tirer jusqu'ici de l'étude de la leucopédèse gastrique; seuls l'ulcus gastrique et les intoxications alimentaires s'accompagnent d'un abaissement très marqué de la leucopédèse; d'autre part, la valeur de la leucopédèse gastrique peut être relevée, chez les malades sujets à des troubles toxiques et anaphylactoïdes d'ordre alimentaire par certaines substances, telles que le sucre et l'atropine.

La thèse de M. Marchal constitue un chapitre nouveau de la leucocytologie ; sa lecture sera utile à tous ceux qu'intéressent la biologie et la pathologie gastrique. L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1925. — Prix : 15 fr. — Paris, G. Doin,

Le Somnifène en injections intraveineuses et le traitement de l'agitation dans les maladies mentales (1), par le docteur A. PAVLOVITCH.

Dans le service de M. le professeur Claude, à l'hospice Sainte-Anne, et en collaboration avec le docteur G. Robin, M. Pavlovitch a utilisé le somnifène en injections endoveineuses chez les psychopathes.

Dans le même temps, de divers côtés, des essais cliniques excessivement intéressants étaient publiés, notamment par MM. Laignel-Lavastine, Crouzon, Anglade, Levet, Quercy, Lévy-Valensi, etc., signalant les bienfaits de ce mode de traitement, et chez les aliénés et chez les névropathes.

Il est question ici bien entendu des injections endoveineuses de somnifène, car l'emploi de cet hypnotique utilisé par voies buccale et intramusculaire est aujourd'hui classique.

« Médicament à action instantanée, le somnifène constitue en injections endoveineuses le moyen de combattre efficacement l'agitation motrice chez les aliénés.

On ne saurait le tenir pour un moyen de guérison des maladies mentales, mais il peut prétendre à une part contributive dans l'arsenal thérapeutique, en préservant les malades d'un épuisement et d'une déchéance physique trop rapides, capables de compromettre leur existence en raison de l'intensité et de la persistance de l'agitation.

Il ne peut pas être considéré comme un traitement de l'excitation intellectuelle.

Les résultats immédiats consistent à obtenir le sommeil dans la manie, la paralysie générale avec agitation, les équivalents épileptiques, l'agitation anxieuse de certains mélancoliques. Dans quelques cas, après la période de sommeil, l'agitation se trouve diminuée.

En dehors de son action proprement thérapeutique, le somnifène peut être, au point de vue pratique, un adjuvant précieux dans les cas de transport de malades agités, dans les cas de manque de personnel expérimenté, etc.

On peut le considérer comme dépourvu de toxicité et l'employer dans la majorité des cas d'agitation motrice, tout en surveillant soigneusement le bon fonctionnement des principaux appareils de l'organisme et en s'abstenant de cette médication chez les sujets trop débilités ou d'une cachexie avancée. »

Telles sont les conclusions de M. Pavlovitch. L. G.

(1) *Th. de Paris*, 1925.

TENSION ARTÉRIELLE ET SÉNILITÉ

Par M. le professeur CESTAN (de Toulouse).

Nous devons suivre la mode que nous avons contribué à créer; par des aperçus faciles sur l'hydraulique cardio-vasculaire, sur la pression du sang qui fait « éclater » un vaisseau déjà altéré, le médecin a pu facilement convaincre le malade de la nécessité de faire surveiller sa pression; il est à craindre que la tensiomanie n'ait créé l'hypertensiophobie. L'anxieux nosophobe a franchi le cap de la cinquantaine; quelques extrasystoles l'ont ému; dès lors, il va faire surveiller jalousement sa tension, se voyant le cerveau déjà disloqué par l'hémorragie si l'aiguille du manomètre tend à la hausse. Tout cela n'est que prudence exagérée ou idée obsédante de psychasthénique. Mais ce qui est plus grave, c'est qu'aux yeux de certains praticiens le pronostic de bien des affections et en particulier de la présénélité a été ramené à la simple appréciation de la pression artérielle, point de vue déjà contestable en théorie, mais d'autant plus dangereux en pratique que savoir prendre et surtout interpréter une pression sanguine est en réalité un acte clinique complexe.

Il me paraît donc instructif d'apporter ici le résultat de mes recherches, poursuivies depuis trois ans avec la collaboration des docteurs Montastruc et Perès dans mon servie de vieillards, sur les rapports pouvant exister entre la pression artérielle et la sénilité. C'est là une question complexe étant donné que la physiologie et la pathologie sont tout particulièrement enchevêtrées chez le vieillard; on peut l'envisager sous bien des aspects, pression artérielle et évolution sénile normale, pression artérielle et fonctions cardio-aortique, cérébrale, endocrinienne, rénale du vieillard. Je veux d'abord présenter les matériaux cliniques que nous avons recueillis avec les commentaires qu'ils suggèrent de prime abord.

Evidemment l'idéal aurait été de suivre quelques vieillards d'année en année. C'est une affaire de temps et par suite d'une technique irréalisable dans un service hospitalier, chaque individu devant être suivi à partir de soixante-cinq ans, pour prendre l'entrée moyenne dans la sénilité. Nous avons dû renoncer à cette méthode et pour établir une moyenne, nous avons étudié au hasard un nombre important d'individus âgés de soixante-dix ans au moins, les uns valides, menant leur petit train de vie hospitalière, les autres atteints des infirmités habituelles du vieillard.

Voici la technique suivie. La pression était prise le matin, à jeun, le bras toujours placé à la hauteur du cœur, le sujet au calme physique et moral. Nous avons utilisé concurremment la méthode palpatoire de Riva-Rocci, la méthode oscillatoire avec l'appareil de Pachon à double brassard Gallavardin, la méthode auscultatoire de Korotkow avec l'appareil Vaquez-Laubry. Les pressions étaient prises plusieurs fois de suite à chaque bras pour éviter la cause d'erreur due au spasme local artériel et chaque méthode contrôlée l'une par l'autre; enfin les chiffres anormaux étaient toujours vérifiés par divers observateurs. La pression bien fixée, on procédait à l'examen clinique complet du vieillard, fonctions cérébrales, état cardio-vasculaire avec orthoradioscopie si nécessaire, appréciation des éliminations rénales par les méthodes d'Ambard et de la phénolsulfonephtaléine.

Un tableau est bien souvent de lecture fastidieuse. Nous devons cependant donner immédiatement le nôtre puisqu'il est l'âme de la question. Les sujets y sont rangés du moins au plus âgé. Mxo signifie pression maximum oscillatoire au Pachon-Gallavardin, Mxp, maximum par la méthode de Riva-Rocci, Mn, minimum au Vaquez-Laubry, IO, indice oscillométrique au Pachon.

Observations.	Age.	MxO.	Mxp.	Mn.	IO.	Caractéristiques cliniques.
1. Vent	70	13	11	7	4	Sénilité simple.
2. Lab	70	13	12	6	3	Sénilité. Pas d'athérome. Idiotie.
3. Lal	70	15	14	7	4	Cœur normal. Athérome radial.
4. Bessi	70	16	14	10	3	Hyposystolie. Extrasystoles. Pas d'athérome radial.
5. Fourn	70	17	16	8	1	Athérome. Hémiparésie. Retentissement. 2e bruit aortique.
6. Seng	70	18	17	9	6	Syphilis. Hémiplégie. Extrasystoles.
7. Pau	70	20	18	10	4	Epilepsie tardive. Athérome léger.
8. Iey	70	22	21	10	6	Souffle diastolique aortique.
9. Léon	70	23	21	11	6	Sénilité simple.
10. Mont.	70	25	24	11	4	Sénilité simple.
11. Lam	71	24	24	10	4	Hyposystolie. Extrasystoles.
12. N.	71	24	23	15	3	Hémiparésie droite.
13. Arb	72	18	17	7	1	Hémiplégie gauche. Athérome radial.
14. Am	72	22	21	11	3	Tabes. Gros cœur.
15. Jaff	73	15	13	7	5	Sénilité simple.
16. Laff	73	16	14	7	4	Sénilité simple.
17. Bla	73	19	18	9	3	Hémiplégie. Cœur normal.
18. M.	73	13	12	6	3	Démence sénile. Cœur normal.
19. L.	73	13	12	8	2	Sénilité simple.
20. M.	73	20	19	9	3	Syphilis. Tabes.
21. B	74	17	15	9	3	Sénilité simple. Deuxième aortique clangoreux.
22. L	74	13	12	6	2	Sénilité simple.
23. Tuill	74	17	15	6	3	Double souffle aortique.
24. Lak	74	19	18	6	6	Tabes. Double souffle aortique. Pas d'athérome radial.
25. Pa	74	23	23	14	2	Epilepsie. Athérome radial.
26. La	74	24	23	9	8	Double souffle aortique. Pas d'athérome radial.
27. D	75	15	13	7	4	Athérome. Pseudo-bulbaire.
28. Can	75	19	18	11	6	Démence. Gros athérome radial.
29. Dub	75	21	20	10	3	Sénilité simple. Athérome radial.
30. Bons	75	22	20	8	4	Sénilité simple.
31. Esc	75	22	21	7	5	Athérome aortique au souffle systolique.
32. Kunu	75	23	22	10	4	Athérome radial. Sénilité simple.
33. Chann	76	25	23	11	8	Démence sénile. Athérome radial.
34. Delt	76	31	29	13	3	Gros cœur sans extrasystole ni souffle. Psychisme bon.

Observations.	Age.	MxO.	Mxp.	Mn.	Io.	Caractéristiques cliniques.
35. Vol........	76	24	22	12	5	Sénilité simple sans athérome radial.
36. Bord........	77	18	17	9	2	Sénilité simple.
37. Iris........	77	14	13	10	2	Sénilité simple.
38. Camp........	77	20	19	10	3	Sénilité simple.
39. Grav........	77	20	18	9	4	Athérome. Hyposystolie.
40. Med........	77	22	21	9	3	Athérome. Extrasystoles.
41. Lab........	77	30	28	12	5	Athérome radial. Légère néphrite interstitielle.
42. Cap........	78	16	16	6	6	Sénilité simple.
43. Mart........	78	24	22	12	4	Sénilité. Extrasystoles.
44. Gui........	78	28	25	10	6	Maladie d'Hodgson. Bon état général.
45. Gom........	79	22	20	12	5	Démence sénile.
46. Toq........	80	13	13	6	3	Rhumatisme chronique.
47. Bert........	80	14	13	7	6	Athérome radial.
48. Maup........	80	14	14	7	1	Sénilité.
49. Dup........	80	24	23	12	4	Sénilité.
50. Ba........	80	26	24	11	5	Sénilité.
51. Bro........	80	23	22	11	2	Tabes.
52. Ber........	80	22	20	12	4	Hémiplégie à 65 ans. Athérome prononcé.
53. Stu........	80	18	18	10	1	Ictus léger à 70 ans.
54. Fauz........	81	21	20	10	3	Extrasystoles. Athérome. Hémiplégie droite à 75 ans.
55. Sanc........	81	23	22	11	5	Sénilité.
56. Pan........	81	13	12	7	2	Démence sénile.
57. Mass........	81	32	31	10	3	Ictus à 79 ans. Pas d'athérome. Gros cœur.
58. Lac........	82	17	16	7	5	Athérome radial.
59. Arm........	82	25	24	11	2	Athérome aortique avec souffle systolique.
60. Rom........	82	25	24	11	2	Id.
61. Fen........	83	14	13	6	2	Sénilité simple.
62. Monp........	83	15	14	10	2	Diabète. Sénilité simple.
63. Bon........	83	22	20	9	4	Démence sénile. Extrasystole. Souffle systolique à la base.
64. Ay........	83	25	24	11	3	Sénilité. Athérome léger. Extrasystoles.
65. Cad........	84	14	13	8	1	Cataracte. Sénilité simple.
66. An........	84	20	20	10	4	Sénilité. Emphysème.
67. Cag........	84	22	21	10	5	Gros athérome. Rhumatisme chronique.
68. Br........	85	28	27	10	2	Sénilité simple.
69. Med........	86	18	16	10	4	Démence sénile.
70. Band........	86	18	17	7	9	Ictus en 1904. Extrasystoles. Hémiparésie.
71. Bod........	86	20	19	10	2	Athérome aortique avec souffle systolique.
72. Esc........	88	17	16	9	1	Sénilité.
73. Barb........	88	18	17	10	2	Athérome radial.
74. Capm........	88	20	19	10	2	Rhumatisme chronique.
75. Lam........	88	20	18	6	5	Rhumatisme chronique. Souffle systolique aortique.
76. Lan........	88	23	22	11	5	Souffle systolique aortique.
77. Call........	89	16	14	8	3	Sénilité.
78. Mag........	89	26	24	8	4	Sénilité simple.
79. Pierre........	90	22	20	10	4	Athérome. Extrasystoles.
80. Vid........	90	22	20	10	4	Athérome radial.
81. Lun........	91	15	14	6	1/2	Arythmie. Souffle systolique aortique.
82. Solen........	91	16	15	8	1	Athérome radial marqué.
83. Daub........	93	24	23	11	5	Sénilité simple.
84. Mass........	94	26	24	10	6	Athérome radial prononcé sans gérantoxon.

Ces 84 malades du tableau comprennent 9 sujets âgés de 70 ans, 15 sujets âgés de 70 à 75 ans, 19 sujets âgés de 75 à 80 ans, 21 sujets âgés de 80 à 85 ans, 11 âgés de 85 à 90 et 6 âgés de plus de 90 ans; ce qui constitue pour la question à étudier un ensemble assez imposant de documents cliniques.

Or, l'examen attentif de ce tableau conduit à des constatations nombreuses d'autant plus intéressantes qu'elles ne s'accordent guère avec les idées que le praticien se fait couramment de la valeur du facteur « tension artérielle ». Passons successivement en revue la maxima, la minima et l'indice oscillométrique.

A. Tension maxima. — La maxima par le Riva-Rocci est plus basse environ de 1 centimètre que la maxima prise au Pachon. Ces deux procédés se contrôlent donc parfaitement; mais nous n'envisagerons que la maxima au Pachon.

Or nous la trouvons inférieure à 18 centimètres dans 27 cas dont 12 concernant des sujets âgés de 80 ans au moins. Dans ce premier groupe la maxima la plus basse, fut 13 chez des sujets âgés de 70, 70, 73, 73, 74, 80, 81 ans; je trouve également 15 et 16 chez deux vieillards de 91 ans.

En sens inverse j'ai trouvé la pression maxima supérieure à 20 centimètres chez 39 séniles dont 19 concernent des sujets âgés de 80 ans au moins.

Si l'on ajoute les cas ayant une pression allant de 18 à 20, on trouve en somme que sur 84 vieillards âgés de 70 ans au moins, 27 ont une pression inférieure à 18 et 57 une pression supérieure à 18, et 46 une pression d'au moins 20 au Pachon. Ainsi donc la majorité des vieillards ont une hypertension d'au moins 20. Quelques séniles atteignent même des chiffres très élevés, cinq âgés de 74, 80, 78, 76, 71, 71 ans ont 24, cinq âgés de 76, 70, 83, 82, 82, ont 25, trois âgés de 89, 94, 80 ans ont 26, deux âgés de 78 et 85 ans ont 28, enfin je trouve : maxima 30 chez un vieillard de 77 ans, maxima 31 chez un vieillard de 76 ans et même maxima 32 chez un vieillard de 81 ans!

On voit donc l'écart énorme qui peut exister, tel vieillard de 91 ans ayant une maxima de 15, tandis qu'un autre de 81 ans a une maxima de 32 et deux autres de 93 et 94 ans atteignent les chiffres considérables de 24 et 26 au Pachon-Gallavardin.

Ces statistiques montrent que l'âge n'est pas une cause simple d'hypertension; car si d'une manière générale, le vieillard a une maxima élevée parfois

fantastique, du moins on peut en trouver ayant conservé une maxima habituelle, parfois même anormale par sa faible intensité, soit maxima 13 chez deux séniles de 80 et 81 ans sans qu'il s'agisse dans ces deux cas d'hypertension décapitée par un début d'hyposystolie. J'examinerai plus tard si l'examen clinique permet d'expliquer ces différences tensionnelles surtout si la maxima peut servir à porter un pronostic.

B. Tension minima. — Au contraire de la maxima, les fluctuations de la minima sont moins marquées. Les deux extrêmes sont 6 d'une part chez 8 séniles, âgés de 70 (Mx 13), 73 (Mx 13), 74 (Mx 13), 74 (Mx 17), 74 (Mx 19), 78 (Mx 16), 83 (Mx 14), 91 (Mx 15), d'autre part 12-13 chez 8 âgés de 71 (Mx 24), 74 (Mx 23), 76 (Mx 31), 76 (Mx 24), 77 (Mx 30), 78 (Mx 24), 79 (Mx 22), 80 (Mx 24). 80 (Mx 22). Ainsi donc tandis que la maxima varie de 13 à 32, chiffres extrêmes, la minima varie seulement de 6 à 14; cette dernière est donc manifestement plus stable. Mais suit-elle donc une progression nette avec l'involution sénile? Il suffit d'examiner notre tableau pour être convaincu qu'il n'en est rien. Voici 8 vieillards de 80 ans où je trouve comme minima 6, 7, 7, 12, 11, 11, 12, 10. Voici 4 vieillards de 83 ans, je trouve 6, 10, 9, 11, voici 5 vieillards de 88 ans, je trouve 9, 10, 10, 6, 11, enfin voici 6 vieillards âgés d'au moins 90 ans, et je trouve 10, 10, 6, 8, 11, 10. Si donc d'une manière générale, la minima s'élève avec l'âge, du moins il n'y a nul rapport forcé entre l'âge et la minima; il faut noter toutefois qu'on ne trouve jamais une minima très élevée car sur 39 vieillards âgés de 80 ans au moins, je vois comme minima 12, 12, 11, 11, 11, 11, 11, 11, 11, 14, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 10, 9, 9, 8, 8, 8, 8, 7, 7, 7, 7, 7, 6, 6, 6, 6.

C. Tension différentielle. — Il devient donc très intéressant de comparer entre elles la maxima et la minima, d'étudier en un mot la pression différentielle du vieillard. On sait que chez l'adulte bien portant on peut admettre que le rapport systolodiastolique répond à la formule $\text{Min} = \frac{\text{Max}}{2} + 1$. En est-il de même chez le vieillard?

D'une manière générale, chez lui, l'écart entre la maxima et la minima est peut-être un peu plus élevé que chez l'adulte. Avec une minima de 6 je trouve une pression différentielle chez 8 séniles de 7, 7, 7, 11, 13, 10, 8, 9 et avec une minima de 12, 13, je trouve chez 8 autres séniles comme pression différentielle 12, 11, 18, 11, 17, 12, 11, 10, 12, 10 alors que la formule de l'adulte devrait donner comme moyenne 7 pour un minima de 6 et 13 pour une minima de 12; il semble que la pression différentielle soit plus grande avec une minima basse qu'avec une minima plus élevée. Mais à côté de cette moyenne, il faut signaler des chiffres très élevés, par exemple 14, 14, 14, 15, 17, 18.

Chez l'adulte, d'une façon générale, cette augmentation de la tension différentielle est pathognomonique de l'insuffisance aortique, le reflux du sang diminuant évidemment la pression dans l'intérieur des artères au moment du repos artériel. Cette fuite sigmoïdienne donne naissance au souffle aortique doux diastolique. Or, certes si nous avons parfois trouvé à l'auscultation de nos vieillards un souffle diastolique caractéristique de la maladie d'Hodgson et surtout particulièrement perceptible à la partie interne du troisième espace intercostal gauche, il n'en est pas moins vrai que chez certains d'entre eux, avec une pression différentielle supérieure à la normale nous n'avons pu à l'auscultation la plus minutieuse découvrir une fuite sigmoïdienne. Certaines hypothèses peuvent être émises, car en somme bien peu de vieillards conservent des sigmoïdes assez souples pour faire une soupape étanche parfaite. On peut admettre que l'insuffisance existe mais que chez le vieillard le cœur périphérique manque d'énergie, d'où faiblesse du courant de retour ce qui empêche la production d'un souffle. On peut opposer à cette théorie le fait que chez bien des vieillards on trouve un clangor net des sigmoïdes ce qui prouve une force de reflux sanguin suffisante. Parfois en effet on peut trouver un clangor associé à un souffle léger diastolique; les valvules sigmoïdes athéromateuses chez le vieillard hypertendu se ferment avec violence d'où clangor, mais pas complètement d'où souffle diastolique associé. Ainsi donc, il est difficile malgré tout d'admettre l'existence d'insuffisance aortique non perceptible à l'oreille pour expliquer ces cas d'hypertension à minima très basse.

Je crois qu'il est préférable de chercher l'explication de ce fait dans les modifications de la structure des artères et surtout de l'aorte dues à l'athérome et à l'artério-sclérose, l'abaissement de la minima étant due à la diminution de la tonicité vasculaire. Au surplus, il semble bien que cette diminution de l'élasticité et de la tonicité vasculaire sous l'influence de l'âge par athérome des grosses artères et artério-sclérose des petits vaisseaux soit un des facteurs de l'hypertension sénile, la systole devant être plus énergique pour pousser dans des artères moins souples la masse de chaque ondée sanguine, véritable coup de bélier systolique plus énergique du cœur à mesure que diminue la souplesse des canaux artériels.

D. Indice oscillométrique. — Cet indice est de grandeur variable allant de 1/2 à 7 divisions au Pachon. J'ai trouvé 1 trois fois, 2 quinze fois, 3 dix-huit fois, 4 dix-neuf fois, 5 douze fois, 5 six fois, 8 deux fois et 9 une fois. Or, si l'on veut bien consulter notre tableau, on verra facilement : 1° que nulle relation fixe ne peut être établie entre l'âge et la hauteur de l'indice, puisque on y voit deux séniles de 91 ayant un indice de 1 et deux autres du même âge un indice de 4; 2° surtout que la grandeur de l'indice n'est pas fonction de la maxima. Voici une maxima de 28 avec un indice de 2, une de 26 avec un indice de 6, et une minima de 14 avec également indice 6.

D'où provient donc cette variabilité de l'indice? Il faudrait au préalable connaître les causes réelles qui conditionnent l'indice. Evidemment à priori une systole ventriculaire énergique d'une part, une pression différentielle élevée d'autre part sont des facteurs que l'examen clinique montre chez l'adulte réunis dans l'insuffisance aortique grâce d'une part à l'hypertrophie ventriculaire et d'autre part à la fuite sigmoïdienne. Ces causes se retrouvent dans la maladie d'Hodgson du sénile et notre tableau fournit quelques exemples de cette association Mx élevée + Mn basse + indice oscillométrique élevé avec un certain éréthisme cardiaque. Cependant on peut avoir un indice oscillométrique élevé sans insuffisance aortique; l'éréthisme cardiaque joue un rôle important comme souvent même un athérome marqué. Mais à ce point de vue, il existe

des exceptions et j'ai trouvé des vieillards ayant un indice faible avec cependant des signes précis à l'auscultation d'athérome aortique.

Ainsi donc les causes cardio-vasculaires conditionnant la hauteur de l'indice étant nombreuses et complexes, énergie cardiaque, souplesse des artères, spasme artériel, valeur de la minima, altération des sigmoïdes aortiques, il n'est pas possible de déduire de l'étude d'un seul indice une loi simple et pratique.

Tels sont les enseignements qui me paraissent se dégager de l'examen de notre tableau. On voit combien ils diffèrent de l'opinion médicale courante sur la valeur de l'hypertension. Certes, le vieillard peut présenter des tensions maxima faibles, très faibles même et cela sans hyposystolie, sans diminution de la force de la systole ventriculaire. Mais il peut également atteindre des chiffres très élevés, 20, 25, 29, 31 même au Pachon. Or à priori, sans instrument, il est impossible de prévoir la tension qu'aura le sénile, car aussi bien avec une haute tension qu'une basse il continuera à mener sa petite vie habituelle de vieillard et pourra ainsi atteindre 90 ans avec une maxima de 22, 93 avec une maxima de 24, 94 ans avec une maxima de 26! Mais il est dès lors nécessaire d'approfondir la question, en abordant les rapports de cette si fréquente hypertension sénile avec l'état des organes plus particulièrement associés à la fonction circulatoire, d'abord évidemment en premier lieu le cœur et les artères, ensuite le rein à cause de la solidarité bien connue réno-cardiaque. Un travail ultérieur donnera donc le résultat de nos recherches.

KYSTES HYDATIQUES DU PANCRÉAS [1]

Par M. AUVRAY,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine,
Chirurgien de l'hôpital Laënnec.

Les observations de kystes hydatiques du pancréas publiées sont très peu nombreuses. J'apporte un fait nouveau recueilli il y a quelques semaines dans ma pratique personnelle. Je ferai suivre l'exposé de ce cas de quelques considérations concernant l'histoire clinique et thérapeutique de cette variété tout à fait exceptionnelle des kystes hydatiques.

Mme X..., quarante ans, est examinée par nous le 2 juin. Elle est venue consulter pour des douleurs qui ont commencé il y a trois mois; ce sont des douleurs assez vagues dans le côté droit et la moitié droite de l'abdomen, qui se produisent surtout lorsque la malade a la taille comprimée. Depuis, quelque temps déjà elle se sent fatiguée et elle a préféré cesser tout travail. Son appétit aussi a diminué. Les troubles fonctionnels signalés dans les antécédents de la malade se réduisent à peu de chose : elle n'a jamais éprouvé de crises douloureuses dans l'abdomen; pas de coliques hépatiques ni néphrétiques ; pas d'ictère; pas de troubles fonctionnels du côté de l'estomac ; elle n'accuse aucun accident du côté de l'appareil urinaire ; elle n'a jamais présenté de fièvre. On relève seulement dans ses antécédents une crise d'entérite qui remonte à un an et qui a duré deux mois ; à ce moment la malade a découvert dans ses selles quelques peaux blanches roulées, analogues à des grains de raisin vides, depuis elle n'a pas eu de nouvelle crise diarrhéique (?).

A l'examen de l'abdomen nous notons une voussure de la paroi située au-dessus de l'ombilic à cheval sur la ligne médiane qu'elle déborde à gauche et à droite, mais plus développée de ce côté sous le muscle droit. Au palper on perçoit une tumeur du volume du poing, arrondie, à surface régulière, très mobile, non sensible, de consistance ferme. Elle ne présente pas de contact lombaire. La tumeur suit les mouvements du foie, elle s'abaisse très nettement avec le foie dans les profondes inspirations. A la percussion elle est mate et sa matité se continue avec celle du foie ; elle est circonscrite en bas par une zone de sonorité dû à la percussion de l'estomac et du côlon. L'examen du sang pratiqué révèle une légère éosinophilie.

On élimine dans le diagnostic l'existence d'une tumeur vésiculaire ; la tumeur est en effet trop médiane, et elle n'a pas la forme allongée des tumeurs vésiculaires ; on ne relève dans les antécédents aucun accident de lithiase. Le diagnostic qui nous paraît le plus vraisemblable est celui de tumeur développée sur le bord antérieur du foie ; il est difficile d'en préciser la nature, peut-être s'agit-il d'un kyste hydatique bien que la tumeur ait une consistance ferme, que la malade n'ait jamais vécu avec des chiens et que l'éosinophilie soit bien légère. La consistance de la tumeur nous fait également rejeter le diagnostic de kyste du pancréas, kyste à évolution supérieure auquel nous avions songé.

L'opération est décidée, elle consiste en une incision médiane sus-ombilicale. On reconnaît que la tumeur de coloration gris jaunâtre, de consistance pâteuse comme un kyste dermoïde, est située au-dessous du foie dont elle est indépendante ; en arrière de l'épiploon gastro-hépatique dans lequel on aperçoit les vaisseaux du pédicule hépatique et la voie biliaire principale qui la recouvre dans sa moitié latérale gauche ; au-dessus du pylore et du duodénum qui passent en avant de sa face interne et de son pôle inférieur ; l'angle sous-hépatique du côlon se voit plus bas, au-dessous du pôle inférieur de la tumeur.

Je me décide pour une tentative d'énucléation de la tumeur sans l'ouvrir; je refoule vers la gauche l'épiploon gastro-hépatique avec la pédicule du foie. J'incise au bistouri sur la partie antéro-latérale droite de la tumeur une membrane très tendue qui est le péritoine pariétal postérieur et serrant de près la tumeur j'essaie de la décortiquer. Mais elle est intimement adhérente aux organes voisins, à la tête du pancréas aux dépens de laquelle elle s'est développée ; à la veine cave inférieure ; il se produit un écoulement sanguin abondant, la veine cave présente une petite éraillure latérale. Je reconnais que le décollement de la tumeur ne peut être poursuivi plus loin. Je me décide alors à ponctionner la tumeur malgré sa consistance pâteuse et à mon grand étonnement après avoir traversé avec le trocart une coque épaisse, je tombe dans une cavité d'où s'écoule un liquide louche, purulent, comme on en rencontre dans les vieux kystes hydatiques morts. Le tumeur s'affaisse ; je procède alors à son ouverture. Il s'en écoule un liquide puriforme, boueux ; dans la cavité kystique on trouve des vésicules hydatiques que l'on enlève à la cuiller. Il s'agit sans aucun doute d'un kyste hydatique.

(1) Communicat. à l'Académie de méd., séance du 13 oct. 1925.

L'intérêt de cette observation réside dans la rareté du cas pathologique. Vegas et Cranwell (de la République argentine) signalent un cas de kyste pancréatique sur 1.700 cas de leur statistique générale des kystes hydatiques. Teichmann cité par Craglietto, sur un total de 2.452 cas d'échinocoques, n'a relevé que 3 cas de kystes hydatiques du pancréas. Dans son rapport au Congrès de chirurgie de 1905, Villar (de Bordeaux) en avait réuni 13 observations ; 6 avaient des trouvailles d'autopsie, 7 avaient été opérés. Hauser dans le *Beitrage z. Klin. Chirg*, 1912 en colligait 28 observations, dont 11 avaient été opérées avec 1 seul décès et 17 étaient des trouvailles d'autopsie. Depuis le travail de Hauser nous avons trouvé 6 cas de kystes hydatiques du pancréas publiés dans la littérature médicale, ce qui porte à 35 la totalité des cas observés en y joignant notre cas personnel, dont 17 ont été opérés et le reste constitue une trouvaille d'autopsie. Les cas nouveaux appartiennent à Craglietto (Milan 1913), à Müller (de Rostock 1913), Parlavecchio (Milan 1913), Phillips (1914), Treuthardt (1915), Pierre Delbet (1921) et nous même (1925).

Il importe de distinguer au point de vue anatomique les kystes nés dans le tissu du pancréas, kystes pancréatiques à proprement parler, et ceux qui nés en dehors du pancréas lui-même lui adhérent secondairement d'une façon intime ; six cas de cette variété péri-pancréatique existent dans notre statistique. Les kystes nés de la queue du pancréas sont tout à fait exceptionnels ; le plus souvent les kystes se développent au niveau de la tête du pancréas.

L'histoire clinique de ces kystes est calquée sur celle des kystes ordinaires du pancréas. Leur évolution se fait dans le même sens ; dans mon cas personnel le kyste s'est développé entre l'estomac et le duodénum en bas, le foie en haut, et c'est là ce qui m'avait fait porter le diagnostic de tumeur du foie. Une légère augmentation du nombre des éosinophiles aurait pu seule faire penser chez ma malade à une hydatide, car la tumeur avait une coque si épaisse et elle était si tendue qu'il était impossible, même pièce en main au cours de l'opération, d'en faire le diagnostic avant la ponction qui seule m'a révélé sa véritable nature. Le diagnostic de ces kystes n'est guère possible en réalité étant donné leur rareté. Le plus souvent on pensera à un kyste pancréatique du foie, c'est l'erreur généralement commise. On peut s'étonner chez ma malade que l'aplatissement de la voie biliaire principale n'ait jamais entraîné d'ictère par rétention comme la chose a été signalée dans les cas rapportés par Bobrow, par Vegas et Cranwell, etc.

Le traitement des kystes hydatiques du pancréas est celui des kystes hydatiques en général. L'extirpation en totalité semble avoir été réalisée par Philipps, par Briggs et par Ricard ; dans ces deux derniers cas il y eut ablation du kyste et résection du pancréas. Cette méthode est irréalisable dans l'immense majorité des cas ; je l'ai tentée et l'ai rapidement abandonnée. Elle expose à la déchirure des viscères et des vaisseaux du voisinage qui sont unis au kyste par des adhérences toujours plus étendues qu'on ne le suppose au premier abord et devant lesquelles plusieurs opérateurs ont dû reculer. En réalité les deux seules méthodes applicables sont la marsupialisation et l'ablation de la vésicule mère suivie de la suture et de la réduction de la poche adventice avec ou sans drainage. Cette dernière méthode semble avoir été mise à exécution quatre fois avec succès ; je dis « semble » car les observations sont souvent si peu explicites sur la nature de l'opération exécutée, qu'on peut avoir des doutes. En tout cas, ce qui ressort nettement de notre statistique, c'est que la marsupialisation est l'opération qui a été le plus souvent exécutée, au moins dans 9 cas sur 17. Chez mon opérée elle était la seule possible, le kyste renfermait un liquide puriforme, des vésicules flétries et la vésicule mère n'existait plus en tant que membrane décollable. Il est bon d'adjoindre le formolage à la marsupialisation, et c'est ce que j'ai fait. Evidemment la marsupialisation n'est pas la méthode la plus élégante de traitement ; elle a l'inconvénient de ne procurer qu'une guérison lente, d'exposer à la fistulisation, mais c'est une méthode de traitement sûre et c'est la seule indiquée en cas de suppuration.

Mon opérée a parfaitement guéri malgré la ligature latérale qui m'avait servi à aveugler la petite plaie de la veine cave ; cette plaie n'a entraîné aucune complication.

Les résultats, quelle que soit la méthode de traitement suivie, accusent 2 morts sur 17 cas opérés.

KYSTES HYDATIQUES DU PANCRÉAS OPÉRÉS

PÉAN. *Leçons de clinique chirurgicale*, 1881-1885.
BOBROW. *Arch. f. klin. Chir.*, Bd LVI.
VEGAS et CRANWELL. *Les Kystes hydatiques en République argentine*, Buenos-Aires 1901.
MARTIN. *Deut. Zeit. f. Chir.*, Bd XLV (cas du professeur Bier de la chirurgie clinique de Greifswald).
VILLAR. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1903, nos 10 et 11.
JONNESCO. *Rev. di Chir.*, 1904, nos 11 et 12.
MOKROWSKY (de la clinique du professeur Bobrow). *Rüss. med. Ründ.*, 1904, vol. II.
RIBERA Y SANS. *Revue de med. y chir. pract.*, 1905.
LEJARS. *Presse méd.*, 1905, n° 85.
BRIGGS. *Saint-Louis med. Journ.*, 1890, vol. LVIII, p. 154.
RICARD. Kyste péripancréatique, *Bull. de la Soc. de chir.*, Paris 1902.
CRAGLIETTO. *Clin. chir.*, 1913, p. 789-792.
PARLAVECCHIO. *Prensiero med.* (de Milan), vol. III, p. 385-387.
PHILIPPS. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1913, t. LXI, p. 1981.
TREÜTHARDT. *Corresp. Blatt. f. Schw. Ærzte*, t. XLV, p. 826.
Pierre DELBET. Les kystes hydatiques et pseudo-kystes hydatiques du pancréas, *Revue gén. de méd. et de thérap.*, t. XXXV, p. 275-277, ou *Journ. des prat.*, 1921, p. 275.
AUVRAY. Cas cité.

KYSTES HYDATIQUES DU PANCRÉAS NON OPÉRÉS CONTRÔLÉS A L'AUTOPSIE

1. HAUSER. *Beit. z. klin. Chir.*, 1912, t. LXXVII, p. 360 (cas de la queue du pancréas).
2. CLŒSSEN. Cité par Masseron. Kystes hydatiques de la cavité abdominale, *Th. de Paris*, 1882.
3. CHAMBON DE MONTAUX. *Observations cliniques*, 1789, obs. LXXXV, p. 99.
4. MASSERON (cas personnel). *Th. de Paris*, 1882.
5. ENGEL. *Med. Jahrb. d. östen. Stats*, Bd XXXII.
6. SEIDEL. *Iena Zeit. f. med. und Nat.*, 1864, p. 289.
7-8. THOMAS (2 cas, d'après Cranwell et Vegas). Cité par Frangenheim. *Volk. klin. Vortr. Chir.*, n° 419, p. 420.
9. NADESHIN (d'après Frey). *Th. de Berlin*, 1882.
10. LERICIC et LALIC. *Wiener med. Presse*, 1897, nos 30, 31 et 32.
11-12. COLOMBANI (2 cas). *Wiener klin. Woch.*, 1909, n° 41.
MÜLLER (de Rostock). *Soc. allem. de chir.*, 1912 ; — *Verh. d. Deut. Ges. f. Chir.*, 1912-1913, t. XLII, p. 202-210.

KYSTES HYDATIQUES DU VOISINAGE DE LA GLANDE PANCRÉATIQUE VUS A L'AUTOPSIE

1. HUNTER. *Med. and surg. Trans.*, 1793 (d'après Masseron).
2. TURNER. *Bull. gén. de thérap.*, 1848 (d'après Masseron).

3. SUBBOTIC. *Wiener klin. Woch.*, 1899, n° 24.
4. HILDEBRANDT. *Corresp. Blatt. f. Schw. Ærzte*, 1904.
5. MELINKOW-RASWEDENKOW. *Zieg. Beitr. path. Anat.*

XXXIVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925) (1).

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES DU GENOU A PARTIR DE L'AGE ADULTE ET A PARTIR DE L'ADOLESCENCE

Discussion.

M. KUMMER (de Genève) s'attache à montrer que l'état général doit être à peu près seul considéré. La tuberculose du genou est la manifestation locale d'une maladie générale.

La cure d'air et de soleil, les conditions hygiéniques parfaites, le séjour à la montagne, les médications reconstituantes jointes au repos sont les plus sûrs moyens de guérison.

A l'hôpital cantonal de Genève, on opère de moins en moins et les résultats sont bons. Mais un tel traitement ne peut se faire dans les établissements hospitaliers ordinaires où la contagion et les conditions hygiéniques défectueuses aggravent plutôt le cas des malades.

M. DELCHEF (de Bruxelles) critique l'opération de Robertson Lavalle. Ses préférences vont à la méthode ambulatoire qui immobilise le genou mais permet au malade de circuler. L'état général s'en trouve amélioré. Il applique un grand plâtre allant de la racine de la cuisse aux orteils ; exceptionnellement le plâtre entoure le bassin. Un tube de jersey est placé à même la peau. De larges bandes de coton entourent le jersey et sont maintenues par des tours de bandes. Le genou est en position légèrement fléchie.

Les contre-indications sont tirées de l'existence d'abcès avec fistulisation et infections surajoutées, de douleurs à la marche.

Il faut, dans ce cas, recourir à la résection avec destruction des foyers épiphysaires.

M. JENTZER (de Genève).

M. MACHARD (de Genève). **Résultats éloignés du traitement des ostéo-arthrites tuberculeuses du genou par le plombage iodoformé.**

M. DELAGENIÈRE (du Mans). Chez les malades de quinze à vingt et un ans on doit essayer les méthodes orthopédiques et médicales conservatrices : immobilisation parfaite du membre dans un appareil plâtré, héliothérapie et thalassothérapie. Mais, en cas d'échec, les adolescents comme les adultes doivent être traités par la résection du genou.

La technique suivie est celle de Lucas-Championnière élargie, c'est-à-dire avec évidement presque systématique des épiphyses, sauf pour les formes fongueuses et avec évidement étendu d'une diaphyse quand on y trouve un foyer d'ostéomyélite. Ce dernier évidement se fait en gouttière, soit sur la face interne du tibia, soit sur la face externe du fémur suivant l'os qui est atteint.

L'auteur apporte 82 cas nouveaux opérés depuis 1900 et qui se répartissent ainsi :

Forme fongueuse : 16 cas. Résection simple dans 15 cas et avec évidement dans 1 cas ; 16 guérisons.

Forme caséeuse : 29 cas. Résection simple dans 12 cas, avec évidement en coque dans 17 cas ; 29 guérisons.

Forme caséeuse avec foyers suppurés ou fistules : 29 cas traités par la résection large avec évidement parfois en petite gouttière ; 27 guérisons, 1 mort opératoire par bacillémie, 1 amputation de cuisse secondaire.

Forme caséeuse suppurée avec ostéomyélite et état grave : 8 cas. Résection large et long évidement du fémur ou du tibia ; 5 guérisons complètes, 1 mort au bout de trois ans par septicémie chronique et 2 morts opératoires.

M. LAPEYRE (de Tours) a fait 41 résections chez des sujets de dix-huit à vingt-cinq ans, sans aucune mortalité opératoire. Mais il a perdu 2 malades au bout d'un an. Il a noté 4 fois des ankyloses gênantes et 2 fois des raccourcissements marqués. Dans l'ensemble les résultats ont été bons. Il ne cherche jamais à conserver la mobilité du genou ; l'ankylose complète est le meilleur mode de guérison.

L'auteur remarque que depuis six ans il fait moins de résections et davantage d'amputations. La raison lui paraît être dans ce fait que la mode est aux méthodes conservatrices qui font perdre du temps aux malades et amènent à laisser passer le moment où la résection serait un traitement suffisant.

M. PEUGNIEZ (de Paris) est persuadé que le traitement de la tumeur blanche du genou est trop souvent chirurgical.

L'héliothérapie naturelle ou artificielle, la cure d'air et de repos, l'alimentation bien réglée, l'hygiène peuvent guérir les tumeurs blanches sans intervention.

Mais les établissements hospitaliers ne sont pas installés pour obtenir de telles cures ; le milieu des salles de malades est fait plutôt pour aggraver les lésions. Les tuberculoses ouvertes y voisinent avec les tuberculoses fermées.

C'est au Congrès à faire comprendre quels avantages résulteraient de la création de nombreux instituts spéciaux pourvus d'une installation appropriée.

M. H. LARDENNOIS (de Reims), à propos de la technique de la résection, rappelle le procédé de section osseuse chantournante qu'il a décrit au Congrès de 1906 au moment où Gigli dotait l'arsenal chirurgical de ce merveilleux instrument qu'est le scie fil.

A l'aide de la scie de Gigli, sur une des extrémités osseuses, on dessine en relief une surface de révolution cylindrique, sorte de condyle aplati et élargi en « trochlée », et pour recevoir ce condyle on creuse sur l'os opposé une surface de révolution semblable qui est une esquisse de « cavité sigmoïde » dans laquelle roulera et tournera « la trochlée ».

On obtient ainsi une très large surface d'accolement et une coaptation absolue.

L'auteur avait recommandé cette technique dans la cure des ankyloses vicieuses chez les enfants pour éviter la résection angulaire désastreuse en pareil cas puisqu'elle sacrifie inévitablement les cartilages de conjugaison.

Mais elle est applicable aussi à la résection primitive pour tumeur blanche du genou.

Si sur la tranche de section du fémur on trouve un abcès, une inclusion de séquestre qu'il faut évider, que faire de cette cavité, de cette anfractuosité ? La plomber avec le mastic de Mosetig ? Pourquoi ne pas chercher par la section chantournante une surface nette et régulière, puis remplir ce demi-cylindre plein par un demi-cylindre creux taillé sur le tibia ?

Enfin, on peut songer à guérir la tuberculose du genou, non par une ankylose mais par une néarthrose douée de quelques mouvements. La grosse difficulté c'est l'atrophie du muscle quadriceps et la prédominance des muscles fléchisseurs. Mais dans un cas favorable la tentative serait légitime.

Et dans ce cas, sans aucun doute, il faudrait abandonner la section plane des deux os et adopter le procédé de *section chantournante avec le scie-fil de Gigli.*

M. VIANNAY (de Saint-Etienne) a pratiqué 25 résections du genou, les plus anciennes remontant à quinze ans, les plus récentes à vingt-cinq mois. L'âge des malades varie de dix-sept ans à quarante-sept ans.

La mortalité opératoire a été nulle. Tous les sujets ont guéri par première intention. Parmi ces malades plusieurs étaient des jeunes filles qui se sont mariées et ont eu des enfants.

L'auteur n'a jamais noté de récidives. La plupart de ses opérés exercent normalement des professions pénibles, maçons, mineurs, manœuvres, cultivateurs.

M. REYNÈS (de Marseille) formule les conclusions suivantes :

Dans un grand nombre de cas où le début des tumeurs blanches du genou se fait par la synoviale (hydarthrose chronique, endo-arthrite fongueuse), il est possible d'extirper

---

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 82, p. 1331, et n° 83, p. 1345.

tous les éléments malades. Il y a un intérêt scientifique et humanitaire à généraliser cette ablation précoce et rationnelle de la synoviale analogue à l'exérèse d'une tumeur, d'un anthrax, d'une tuberculose cutanée.

La synovectomie a été discréditée par des applications inopportunes et par des techniques dangereuses, lésant la rotule, sacrifiant les organes moteurs de la jointure.

L'auteur, par une incision latérale externe à laquelle s'ajoute parfois une incision interne, enlève la synoviale souvent clivable et ferme immédiatement après lavage à l'éther, Mobilisation précoce. Il se refait de nouvelles surfaces de glissement.

S'il y a des lésions osseuses, on peut encore faire la synovectomie et lui adjoindre des curages osseux, même larges. Mais la question change de face.

Le véritable progrès consiste à éviter les stades graves ou terminaux qui obligent aux opérations mutilantes : résections larges, amputations, et à faire en somme la prophylaxie de ces lésions avancées et dangereuses.

C'est dans cette voie nouvelle et féconde qu'il faut aiguiller les médecins, les chirurgiens, le public.

M. Calot (de Berck) a depuis longtemps cessé d'opérer les tumeurs blanches pour appliquer les méthodes conservatrices qui lui donnent des résultats indiscutablement supérieurs.

La meilleure conduite à tenir est :

1° D'instituer un traitement général comportant autant que possible le séjour à la mer;

2° De faire des injections modificatrices dans le foyer articulaire, ainsi qu'on les fait dans l'abcès froid ou par congestion. Quoique ces injections n'aient pas une action bactéricide, elles amènent parfaitement la guérison de la paroi tuberculogène des foyers bacillaires.

L'opération sanglante, même très large, est toujours incomplète car elle ne supprime pas les lymphatiques et les ganglions. En outre, elles diffusent les bacilles et les toxines dans l'organisme déjà tuberculisé des malades. Les tuberculoses locales ne sont jamais locales ce sont des colonies d'un foyer connu ou inconnu, et c'est ce qu'on oublie trop souvent.

M. Tailhefer (de Béziers) préconise dans le traitement de la tuberculose du genou le lever précoce avec un appareil plâtré ambulatoire largement fenêtré.

Il fait lever ses opérés huit jours après l'intervention, et ceux qu'il n'opère pas le lendemain du jour où le plâtre a été posé. Il trouve à cette pratique l'avantage d'*immobiliser* l'articulation et de *mobiliser* le malade, de le faire bénéficier de la vie au grand air, de la cure solaire naturelle ou artificielle, d'empêcher l'atrophie musculaire, de permettre quelquefois l'exercice d'une profession, de sauvegarder la fonction cutanée du membre, la fonction digestive du sujet et de faciliter la surveillance de la lésion. Il indique sa technique qui est simple et lui a donné de beaux résultats,

24 malades ont été soignés par la méthode non sanglante. Sur ces malades, 10 ont été retrouvés en parfait état.

L'auteur a pratiqué, d'autre part, 19 résections; pas de mort opératoire; 8 de ces réséqués ont été revus. Ils sont complètement guéris avec une ankylose rectiligne et un membre solide.

M. Péraire (de Paris), pour traiter les tumeurs blanches du genou, a recours chez l'enfant à la révulsion, à l'hélio et à la thalassothérapie, au traitement général et à un bon appareillage destiné à obtenir l'ankylose de l'articulation. Chez l'adulte, résection du genou : 25 résections sans aucun insuccès. L'amputation est un pis-aller. Il la réserve aux seuls cas désespérés avec fistules intarissables devenant des foyers d'infection, chez le vieillard en particulier. Il cite un cas de résection du genou qu'il considère comme type; car il a pu suivre l'évolution de la tuberculose articulaire depuis l'enfance du malade jusqu'à son âge adulte.

A ce propos, il indique que pour aborder plus franchement l'articulation dans la résection, il emploie la section rotulienne réparée par cerclage. Guérison sous un seul pansement.

MM. Bérard et Santy (de Lyon) ont recherché, avec M. Mondan, ce qu'étaient devenus 25 des anciens réséqués du genou opérés par Ollier il y a de trente à quarante-cinq ans

Sur ces 25 opérés, 16 ont été retrouvés. Ils exercent des professions pénibles pour la plupart et présentent dans l'ensemble des guérisons parfaites qui jugent la méthode.

Tous ont des ankyloses solides avec un léger degré de flexion. Les raccourcissements sont de 5 à 6 centimètres, un des opérés en présente un de 9 centimètres.

On note généralement du côté opéré une inclinaison compensatrice du bassin; 3 fois on a trouvé une déformation en coxa valga.

Exceptionnellement, une résection secondaire fut faite en raison d'une récidive au niveau du tibia.

Chez tous les opérés les résultats ont été contrôlés par la radiographie. La soudure du tibia et du fémur est parfaite et l'on peut suivre la continuité des travées osseuses dans les deux os.

M. J. Bœckel (de Strasbourg). Sur 135 résections du genou pour tuberculose pratiquées chez des adultes de seize à quatre-vingt-deux ans, l'auteur a eu 131 guérisons et 4 morts. De celles-ci l'une causée par une pleurésie méconnue est survenue six semaines après la résection. Les trois autres dues à une tubercutose aiguë ont eu lieu après deux mois et demi, cinq mois, un an.

D'autre part il a fallu faire 5 *amputations primaires* après tentative de résection jugée impossible en raison des dégâts osseux et 8 *amputations secondaires* nécessitées dans un délai allant du deuxième mois à la troisième année, soit par une récidive, soit par une menace de tuberculose pulmonaire.

Chez 9 malades, à la tuberculose du genou étaient jointes d'autres lésions et on a pratiqué des *opérations combinées*. Tous ces malades ont guéri. Le plus remarquable, atteint de tumeurs blanches de la hanche et du genou du même côté, a subi une nouvelle résection et a été revu trente ans plus tard bien portant et marchant aisément malgré un raccourcissement de 15, 5 centimètres, grâce à une canne et à un appareil prothétiques.

Les *complications éloignées* ont été deux fois des fractures traumatiques au niveau du col, 9 fois des fistules osseuses plus ou moins tardives qui ont été curetées, enfin une ankylose vicieuse traitée par résection itérative deux ans après la première opération.

Sur les 135 tumeurs blanches opérées 65 étaient des formes osseuses, 70 des formes synoviales.

L'auteur termine en rappelant les détails de sa technique que M. Fredet a exposée dans son rapport.

M. Frœlich (de Nancy).

M. Mauclaire (de Paris) apporte une statistique de 70 cas de résection du genou chez l'adulte. Il a employé très souvent les traitements dits conservateurs, notamment les injections de chlorure de zinc dans les formes bâtardes où la tuberculose n'est pas toujours certaine. Les résultats ont été bons. Cette méthode a l'avantage de conserver les mouvements de l'articulation.

Dans les formes hydarthrosiques, l'auteur fait une arthrotomie exploratrice, supprime s'il y a lieu les tissus malades, et finit par un lavage au chlorure de zinc.

Dans les formes ostéo-articulaires il résèque invariablement. Une fois il fit une synovectomie. Le malade guérit, mais présenta une déformation en flexion et rotation externe. L'arthrectomie donne de bons résultats chez l'enfant, mais de mauvais chez l'adulte.

Longtemps l'auteur n'a réséqué que des sujets ne dépassant pas cinquante-cinq ans. Il pense maintenant comme Bœckel qu'on peut réséquer beaucoup plus tard.

La technique est celle de Lucas-Championnière et de Bœckel. L'auteur laisse un petit drain dans l'articulation et place un plâtre pendant cinquante-cinq jours. Quand il lui a fallu faire une ablation considérable du fémur donnant une mauvaise surface de coaptation il laisse le plâtre en place plus longtemps. Ceci lui est arrivé 5 ou 6 fois sur 70 cas. Voici le résumé de sa statistique : 65 bons résultats, 5 amputations consécutives ; sur ces 5 amputations, 1 décès chez une femme âgée. Cinq fois un grattage complémentaire fut nécessité par une fistule allant au péroné, un quart de ces malades ont été revus. Les résultats sont excellents.

M. Bégouin (de Bordeaux) chez des malades d'hôpital, ouvriers, cultivateurs, petits employés, a pratiqué 29 résections du genou pour tuberculose grave d'emblée ou

ayant résisté au traitement conservateur : 20 malades étaient des hommes, 9 des femmes. Un seul opéré avait plus de cinquante ans, cinquante-huit exactement. 5 étaient entre quarante et cinquante, et les 23 autres avaient de dix-neuf à quarante ans.

Aucune mort opératoire. 1 amputation de cuisse secondaire deux mois après chez l'homme de cinquante-huit ans ; pas de fistules persistantes. Consolidation du cal entre 70 et 90 jours; reprises de la vie active au cinquième mois. Résultats éloignés excellents chez les sept opérés revus après trois, quatre, cinq, sept, huit, treize et quinze ans. Il ne souffrent plus, peuvent marcher et travailler toute la journée.

Ces résultats ont été obtenus par la technique de Lucas-Championnière : celle de Fredet y apporte des perfectionnements qui sont à suivre.

Aussi longtemps que les greffes articulaires ou l'arthroplastie ne seront pas arrivées à la fois à guérir la tuberculose et à reconstituer une articulation fonctionnant normalement, la résection du genou restera, chez l'adulte, le traitement de choix de la tumeur blanche grave d'emblée ou de celle qui continue à évoluer malgré le traitement conservateur exactement appliqué et suivi pendant un temps judicieux. Alors, pratiquée assez tôt et assez hardiment, elle évitera bien des amputations de cuisse, et surtout bien des années de souffrance et de demi-infirmité.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

ACCIDENT DU TRAVAIL. EMBOLIE PULMONAIRE

C'est un principe qui résulte de la loi du 9 avril 1898, sur les accidents du travail, que toute lésion dont le travail, alors même qu'il est normal, a été la cause ou l'occasion, doit être considérée comme résultant d'un accident au sens de l'article 1er de cette loi. Notamment l'embolie pulmonaire déterminée *par un effort violent* au cours du travail constitue un accident du travail rentrant dans les prévisions de cette loi.

C... était employé comme petit chef par la maison A...; le 5 juillet 1923, il était occupé en cette qualité, au Havre, à établir une lourde plate-forme entre le quai et le bateau « Edmond-Tropey »; ce travail pénible en soi demandait de grands efforts à C... qui, aidé d'un seul ouvrier, devait soutenir un côté de la plate-forme, alors que quatre ouvriers portaient l'autre côté. A un moment donné, alors qu'il était occupé à ce travail, C... poussa un cri, comme s'il venait de ressentir une violente douleur, dut s'asseoir, voulut gagner un café voisin pour prendre un cordial, mais mourut en cours de route à quelques mètres de l'accident.

Sa veuve, prétendant que son mari était décédé des suites d'un accident du travail, réclama à A... et à ses assureurs une rente annuelle et viagère égale à 20 p. 100 de son salaire de base de 8.000 fr., à compter du 5 juillet 1923. Ceux-ci demandèrent le rejet de la demande en déclarant que la veuve de la victime ne faisait pas la preuve de sa prétention, alors qu'il eût été très facile de la faire en consentant à l'autopsie vainement réclamée.

Le tribunal du Havre dans son jugement du 22 novembre 1924 ne suivit pas cette thèse. Il dit :

« Attendu qu'il est constant au débat qu'au début de l'instance, en présence des renseignements précis fournis par les ouvriers travaillant avec C..., la veuve C..., le docteur X... ont considéré que C... était décédé d'une *embolie pulmonaire, déterminée par un effort violent*, qu'il en fut de même d'A... dont le mandataire indique dans la déclaration d'accident du 6 juillet, onze heures du matin, que C... « occupé à établir un « chemin pour accéder entre quai et bord, a ressenti une vive « douleur et tomba sans connaissance, d'embolie pulmonaire « déterminée par un effort violent ».

Attendu que c'est seulement dans le courant de l'après-midi du même jour, à la suite sans doute d'une conférence avec son assureur, qu'A... modifia son appréciation; que, dans la requête adressée au Président du tribunal en vue d'autopsie de C..., il prétend que ce dernier en se plaignant d'une vive douleur, cessa son travail aussitôt et mourut quelques minutes après; que sa mort semble n'avoir aucun rapport avec son travail, mais qu'elle est uniquement due à une embolie du cœur; qu'on semble toutefois vouloir attribuer cette mort à un effort violent dû à son travail et qu'il y aurait donc urgence à faire procéder à l'autopsie du corps de C...

Attendu que cette deuxième version du décès de C... qu'aucun fait nouveau ne vient justifier, ne peut s'expliquer que par le désir de la Société d'assurances de dégager sa responsabilité pécuniaire; qu'après comme avant la requête à fin d'autopsie il est constant qu'au moment où C... faisait un effort, il ressentit au cœur une douleur dont il se plaignit et mourut quelques instants après; qu'il paraît bien démontré par là même que le violent effort qu'il a dû fournir, au cours de son travail, a eu pour conséquence certaine de provoquer chez lui l'évolution de l'embolie pulmonaire qui existait à l'état latent et dont le développement sans cette circonstance aurait pu ne pas se produire. »

Le tribunal a estimé, dans ces conditions qu'on ne pouvait pas reprocher à la veuve de s'être opposée à l'autopsie du corps de son mari, puisque tous étaient d'accord pour dire que C... était mort d'une embolie pulmonaire. Toute la question se trouvait alors ramenée au point de savoir s'il y avait relation de cause à effet entre le travail et le traumatisme. Le tribunal a résolu la question affirmativement, en déclarant, qu'elle se trouvait tranchée, non par l'examen de la cage thoracique de C..., mais bien par les circonstances de fait qui ont immédiatement précédé le décès, savoir :

1° C... était occupé à un travail qui lui demandait un effort considérable, puisque, avec l'aide d'un seul ouvrier, il soutenait le côté d'une plate-forme dont l'autre côté était porté par quatre ouvriers; 2° il se livrait à ce travail, quand il poussa un cri, se plaignant d'avoir ressenti une violente douleur au cœur; 3° il mourut quelques instants après. Ces circonstances, ajoute le tribunal, étaient bien de nature à établir cette relation de cause à effet qui avait tout d'abord été admise par A...

Satisfaction a, en conséquence, été donnée à la veuve. La décision du tribunal est juste en droit.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

LIVRES NOUVEAUX

La physique des rayons X à l'usage des médecins (1), par MM. Loisel et Lomon. Préface du professeur A. Broca.

L'utilité de ce petit livre exposant en 150 pages toute la physique des rayons X est aussi grand pour le praticien que pour le spécialiste radiologiste.

Le praticien appelé de plus en plus à recourir à l'électro-radiologie y trouvera les données scientifiques générales dont il a besoin, exposées sous une forme accessible à ceux qui n'ont ni une instruction physique très poussée, ni le temps nécessaire pour faire des recherches dans de gros ouvrages.

L'électro-radiologiste y trouvera avec le détail théorique une vue d'ensemble et diverses questions qui ont fait l'objet d'articles, de communications, de travaux, lui apparaîtront groupées par un lien logique.

La compétence physique et médicale des auteurs, leur longue pratique confèrent à ce petit livre une parfaite tenue scientifique qu'on trouverait difficilement ailleurs.

Les principales divisions de l'ouvrage sont les suivantes :

Production des rayons X. — *L'ionisation dans les liquides, dans les gaz, mécanisme. La décharge dans les gaz raréfiés. Les électrons. Production des Rayons X.*

Nature et propriétés des rayons X. — *Nature. Emission. Absorption. Rayonnement corpusculaire. Rayonnement secondaire. Théorie des discontinuités d'absorption. La place des rayons X dans le monde des radiations.*

Les tubes à rayons X. — *Tubes à gaz. Tubes Coolidge.*

L. G.

(1) Un vol. in-8. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

QUESTION D'INTERNAT

LES MÉSENTÉRIQUES[1]

LA MÉSENTÉRIQUE INFÉRIEURE

Origine. — La plus basse des collatérales de l'aorte abdominale ; à hauteur du disque L III, L IV, au-dessous de la spermatique (L II), au-dessus de la bifurcation (disque L IV, L V, à 4 ou 5 centimètres de la mésentérique supérieure).

Trajet, direction très courte ; oblique en bas et à gauche.

Terminaison au détroit supérieur.

Ses rapports sont à envisager en trois portions : rétroduodénale, prépsoïque, préiliaque.

RAPPORTS. — I. **Rétroduodénale**. — **En avant**, Du III parfois le bec du pancréas qui est ainsi compris dans une pince artérielle formée par les deux mésentériques ; parfois l'artère mésentérique inférieure répond à l'angle de Du III, Du IV.

En arrière, l'aorte (flanc gauche).

Deux ganglions lymphatiques autour de l'origine de la mésentérique inférieure.

A droite, la veine cave sans rapports.

A gauche, se rapproche des organes prépsoïques.

II. **Prépsoïque**. — **En arrière**, le psoas gauche dans le fascia iliaca ; ses dernières insertions :

Arcade de la face latérale de L IV, disque L IV, L V.

Face antérieure et bord inférieur du quatrième costoïde.

Les vaisseaux lombaires passent sous les arcades, avec les rami communicantes.

A gauche. — L'*uretère* descend vertical.

La *veine mésentérique inférieure*, oblique en haut et à gauche, s'éloigne de son artère satellite.

D'abord entre artère et uretère *surcroise* celui-ci, puis verticalement ascendante monte dans la fosse lombaire jusqu'au pôle inférieur du rein, puis se jette à angle aigu dans la splénique derrière le pancréas.

L'*artère spermatique*, née à hauteur de L II, se dirige obliquement en bas et à gauche. Elle passe *en avant de l'uretère* qu'elle croise à hauteur de L III, *sous la veine* mésentérique inférieure.

La *veine spermatique*, satellite de l'artère le long de son bord externe, la quitte au niveau de son croisement avec l'uretère pour devenir satellite de celui-ci le long de son bord externe (confusion possible entre les deux organes).

Elle ne *surcroise l'uretère* que beaucoup plus haut, parfois même au niveau du bassinet pour se jeter dans la veine rénale gauche (varicocèle).

En avant, le péritoine la sépare des anses grêles.

A droite, c'est l'aorte tout près de sa bifurcation.

III. **Préiliaque**. — **A droite**, c'est la région termino-aortique.

Aorte bifurquée à L IV, L V, artère sacrée moyenne née de la face postérieure de l'aorte.

La *veine iliaque primitive* gauche en dedans de son artère se dirigeant vers le flanc droit de L V pour former la veine cave inférieure.

Les *ganglions iliaques primitifs*, groupe interne, *sous-veineux*, saillants, groupe du promontoire.

En arrière, l'*artère iliaque primitive* gauche reposant sur le bord interne du psoas, sur l'aileron sacré.

Sous l'artère :

— Deux nerfs : à droite, le tronc lombo-sacré ; à gauche, l'obturateur.

— L'artère ilio-lombaire.

— Les ganglions iliaques primitifs gauches : groupe moyen qui se trouve entre artère et nerfs.

A gauche. — La *veine mésentérique*.

L'*uretère* qui croise l'iliaque primitive à 1 centimètre et demi *avant* sa bifurcation, puis se place en dedans de l'iliaque interne.

En avant, le mésocôlon sigmoïde que nous verrons avec le tronc des sigmoïdes.

Branches collatérales. — *Avec Cunéo* :

1° **La colique gauche**. — ORIGINE au-dessous du duodénum haut à 1 centimètre de l'origine de mésentérique inférieure, ou bas à 4 centimètres.

TRAJET oblique en haut et à gauche, *sous le péritoine pariétal* ; *surcroise* l'uretère et les vaisseaux spermatiques, remonte parallèle à la veine mésentérique inférieure, croise le pôle inférieur du rein gauche ; c'est là qu'elle forme l'*arc vasculaire de Treitz* avec la veine mésentérique inférieure qui se dirige en dedans vers la veine splénique à la face postérieure du corps du pancréas.

TERMINAISON. — A 5 ou 6 centimètres de l'angle splénique se divise en une branche ascendante *mobile* dans le mésocôlon transverse contribuant à former l'arcade de Riolan et une branche descendante le long du côlon gauche, branche *accolée* qui va s'anastomoser avec la branche ascendante de la première sigmoïde. De ces branches naissent les vaisseaux droits.

Branche collatérale. — Parfois l'artère du côlon gauche qui tombe à angle droit sur l'arcade.

(*A suivre.*)

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 80, p. 1306, et n° 82, p. 1338.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 19 AU 24 OCTOBRE 1925)

THESES

Jeudi 22 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brindeau, président ; Desgrez, Nicolas, Moussu et Robin. — M. BARRAT. Des intoxications par diverses solanées. — M. PICHON. Etude des dystocies dans l'espèce bovine. — M. GILLOOTS. Sur la torsion de l'utérus chez les grandes femelles domestiques.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bezançon, président ; Vallée et Panisset. — M. BESSOLES. Histoire d'une épidémie de morve sur le plateau de l'Aubrac.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bernard, président ; Duval, Dechambre, Petit et Bourdelle. — M. MILLOT. Etiologie de la rupture de la rate chez quelques animaux domestiques. — M. TILLIER. Appréciation en rendement des animaux de boucherie.

Samedi 24 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Carnot, président ; Brumpt, Robin, Vallée, Petit et Panisset. — M. FONTAINE. Le sérum de MM. Declainche et Vallée dans les maladies des chiens. — M. TÊTEFORT. Réglementation de l'industrie des viandes à Madagascar.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La poignante agonie, roman de mœurs médicales, par le docteur Paul DUPLESSIS DE POUZILHAC, édité par le maître Montané, à Montpellier. Un volume in-8 illustré de nombreuses figures sur bois. — Prix : 7 fr. 50. — En vente chez l'éditeur, et M. Maloine, à Paris.

Formulaire d'opothérapie clinique, organothérapie, par le docteur Marcel LAEMMER. Un volume de 146 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le bacille de la nécrose et son rôle pathogène, par E. CESARI. Rapport présenté à la Société de pathologie comparée. Une brochure. — Prix : 2 fr. 75. — Paris, aux bureaux de la *Revue de pathologie comparée et d'hygiène générale*, 55, avenue Kléber.

N° 85. — SAMEDI 24 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 24 OCTOBRE 1925. — N° 85.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est provisoirement composé de MM. Bezançon, Guy-Laroche, Vincent, Le Lorier, Grégoire, Cadenat, Lesné, Leveuf, qui acceptent; Duvoir, Deniker, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

— PRIX FILLOUX. — Jury : MM. Grivot, Moulonguet, Hautant, Lortat-Jacob, Beaudet.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours d'externat s'est ouvert le lundi 19 octobre. Il y a 122 candidats.

Le jury est composé de MM. Gravier et Gaté, médecins des hôpitaux; Bonnet, chirurgien des hôpitaux, et Rhenter, accoucheur des hôpitaux,

— ROUEN. — Le concours d'internat en médecine des hôpitaux de Rouen est ouvert à tout étudiant français ou étranger, titulaire de huit inscriptions au minimum.

Les internes, non titulaires, peuvent faire toutes leurs études à Rouen (3e, 4e et 5e année).

Le registre d'inscriptions est ouvert jusqu'au 30 octobre.

Pour tous autres renseignements s'adresser à M. le secrétaire-directeur des hôpitaux, 1, rue Germont (Rouen).

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — M. Nepoty, préfet en disponibilité, est nommé directeurs des services de l'hygiène au ministère du travail.

— AVIS DE CONCOURS POUR L'EMPLOI D'INSPECTEUR DÉPARTEMENTAL D'HYGIÈNE. — Un concours sur titres, pour l'emploi d'inspecteur départemental des services d'hygiène de Seine-et-Marne aura lieu à Paris, dans la première quinzaine de décembre.

Les candidats devront être Français, âgés de vingt-huit ans au moins et de cinquante ans au plus et pourvus du diplôme de docteur en médecine. Ils devront, en outre, avoir satisfait à la loi militaire.

Les demandes tendant à prendre part à ce concours, établies sur papier timbré, devront être adressées au ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène. 6e bureau, 7, rue Cambacérès) avant le 20 novembre 1925.

Elles seront accompagnées :

1° De l'acte de naissance du candidat;

2° D'une copie certifiée conforme du diplôme du docteur en médecine;

3° D'un exposé des titres du candidat, comprenant ses états de services et le résumé de ses travaux;

4° D'un exemplaire de chacune de ses principales publications;

5° De l'engagement, pour le cas où il serait nommé, de renoncer à faire de la clientèle, de se consacrer exclusivement à ses directions, de ne prétendre, en conséquence, à aucune fonction ou mandat public.

Le registre portant inscription des candidatures sera clos le 20 novembre 1925.

Le traitement annuel attaché à cette fonction est fixé à 20.000 fr. auxquels viennent s'ajouter les frais de déplace-

ments dans la limite d'un maximum de 6.000 fr. (*J. O.*, 22 oct. 1925.)

MARINE. — M. le médecin de 1re classe Clavier est nommé conférencier d'hygiène et d'énergétique alimentaire à l'Ecole du commissariat de la marine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Jules Bineau (de Caluire), Gourmaud, médecin sanitaire maritime; Fog (de Copenhague), B. Kritchevsky, professeur à l'Ecole française de stomatologie, à Paris; Jacques Sentex (de Saint-Sever), Auguste Carrière, médecin-major en retraite, et Tristan de la Tour Saint-Ygest (de Paris).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE CHIMIE PATHOLOGIQUE. — M. le docteur Blanchetière, agrégé, commencera une série de leçons de chimie pathologique, les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à 16 heures (Amphithéâtre Vulpian), à partir du mardi 3 novembre inclusivement.

— CLINIQUE OBSTÉTRICALE. (Professeur : M, Cyrille JEANNIN.) — M. le professeur Cyrille Jeannin reprendra ses leçons, à la Clinique obstétricale de la Pitié, le jeudi 5 novembre, à 11 heures, et les continuera tous les jeudis à la même heure.

— CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE. (Fondation de la Ville de Paris.) — M. J.-L. Faure, professeur, commencera son enseignement clinique (à l'hôpital Broca), le vendredi 6 novembre 1925, à 10 heures du matin.
Les séances opératoires auront lieu les mardis et samedis, à 10 heures.

— COURS DE CLINIQUE CHIRURGICALE. (Hôpital Cochin. Professeur : M. Pierre Delbet.) — M. le profeseur Pierre Delbet commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 7 novembre 1925, à 10 heures du matin, et le continuera les jeudis et samedis suivants, à la même heure.

LIVRES NOUVEAUX

La pratique chirurgicale illustrée [fasc. VIII] (1), par Victor PAUCHET.

Le fascicule VIII de la *pratique chirurgicale illustrée*, par Victor Pauchet a paru avec les mêmes caractères que les précédents fascicules, l'auteur se réserve la description des grandes opérations, notamment celles sur le tube digestif, la thyroïde, la prostate et confie à quelques chirurgiens spécialisés les autres interventions.

Les *fistules salivaires* et leur traitement ont été décrits par M. Pierre Mornard ancien chef de clinique à la Faculté de Médecine. L'*ectopie testiculaire* par le docteur Tierny, ancien interne du professeur Ombrédanne.

L'*anus gargouille* fait l'objet d'un intéressant travail du professeur Lambret, de Lille.

Ce fascicule comprend également : *les greffes dermo-épidermiques de Tiersch*, et leur technique suivant Mayo. Il est à noter que ces greffes peuvent s'exécuter sans laisser de trace et qu'il est indispensable, pour qu'elles prennent, d'avoir choisi le donneur. Il faut, en effet, qu'il y ait identité des sangs, comme pour la transfusion sanguine.

La question des *goitres* est traitée d'une façon très complète. L'*occlusion intestinale*, chapitre de chirurgie d'urgence, est illustrée par de nombreuses figures. La cure de la *hernie ombilicale*, chez les obèses, exécutée suivant le procédé des frères Mayo, de Rochester. Le *prolapsus du rectum* a été décrit par l'auteur, suivant la technique de Lockhdrt-Mummery.

Il s'agit donc d'un traité *vécu* de chirurgie courante et spéciale qui rend tous ces travaux aussi intéressants pour le chirurgien praticien que pour le chirurgien spécialisé.

L. G.

(1) Un vol, in-8 de 250 pages avec 265 figures dessinées d'après nature par S. Dupret. — Prix : 30 fr. — Paris, G. Doin.

Les fondements biologiques de la psychologie. [Collection « Science et civilisation »] (1), par Jean LHERMITTE, professeur agrégé de psychiâtrie à la Faculté de médecine de Paris.

Notre éminent collaborateur Jean Lhermitte vient de publier un ouvrage du plus haut intérêt dans lequel il aborde le problème du rapport des faits psychiques et des fonctions cérébrales. Déjà, dans l'antiquité hellénique, quelques philosophes et quelques grands médecins ont vigoureusement soutenu la thèse de la connexion étroite entre ces deux ordres de phénomènes. Mais ce problème n'a acquis une valeur scientifique qu'à partir du jour où les faits seuls et leur enchaînement causal, sans souci de leur substratum métaphysique, ont retenu l'attention des chercheurs et où l'observation et l'expérience ont seules été employées comme instruments d'investigation.

C'est exactement cette méthode qu'a suivie, dans ce livre, M. Lhermitte pour faire un exposé complet des résultats actuellement acquis dans ce domaine. Après avoir donné un aperçu des théories et des hypothèses proposées au cours des siècles pour expliquer la nature des phénomènes psychiques, il étudie successivement, en se basant sur les recherches les plus récentes : *la Structure et la physiologie générale du système nerveux, l'Influx nerveux et sa nature, le Neurone physiologique, la Circulation des influx nerveux dans l'écorce cérébrale, le Système nerveux des vertébrés, l'Evolution phylogénétique et ontogénétique du système nerveux, le Cerveau de l'homme adulte, les Emotions et leurs expressions organiques, le Cerveau et la pensée verbale, le Sommeil et le rêve, l'appareil régulateur des fonctions psychiques.*

L'auteur a en outre mis à contribution les données de la pathologie mentale et de la tératologie, ainsi que les renseignements fournis par les troubles psychiques consécutifs aux lésions encéphaliques de guerre.

Les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux* qui ont pu apprécier si souvent la grande érudition, la clarté de vues et la haute probité scientifique de M. Lhermitte voudront certainement lire et garder ce livre qui jette une lumière nouvelle sur un des problèmes les plus difficiles de la psychiâtrie.

L. G.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 27 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Brumpt, président; Henry, Cocquot, Panisset et Vallée. — M. SCHERN. Sur les hématozoaires de l'Indochine. — M. CHÉRON. Les cas typiques de piroplasmose canine. — M. BEURIÉ. Traitement des teignes.

Jeudi 29 octobre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Carnot, président; Nicolas et Maignon. — M. DERNILLEZ. L'iode et ses dérivés en médecine vétérinaire.

Vendredi 30 octobre. — Jury : MM. Sébileau, président; Ombrédanne, Cadenat et Mathieu. — M. JAMET. Traitement du rachitisme. — M. HUGUENET. Traitement de la maladie de Fauchard par la prothèse de contention.

Samedi 31 octobre. — Jury : MM. Vaquez, président; Brindeau, Carnot et Nobécourt. — M. LOUGNON. Les colites amibiennes chroniques méconnues. — M. SPINDLER (Jean). Etude des modifications urinaires au cours de l'allaitement. — M. VIGNOT (Marc). Etude des méningococcémies à forme de fièvre. — M. MARTINY. La pression veineuse périphérique (forme de la tuberculose pulmonaire).

(1) Un volume in-8 couronne de 11-241 pages, avec 6 figures. — Prix : 14 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

VIIe RÉUNION ANNUELLE

DE LA

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'ORTHOPÉDIE

(Paris, 9 octobre 1925.)

Le vendredi 9 octobre a eu lieu à la Faculté de médecine la VIIe réunion de la Société française d'orthopédie. Les orthopédistes étrangers, les membres français provinciaux étaient venus en grand nombre aux séances qui se tenaient dans une salle bien exiguë, et d'un éclairage très défectueux.

PREMIÈRE QUESTION MISE A L'ÉTUDE

LE TRAITEMENT PALLIATIF DES LUXATIONS CONGÉNITALES INVÉTÉRÉES DE LA HANCHE

Rapporteur : M. Lance (de Paris).

Les luxations invétérées, c'est-à-dire celles chez lesquelles aucune méthode thérapeutique n'est susceptible d'amener la guérison, sont divisées par le rapporteur en deux classes :

1° Les luxations dans lesquelles la réduction est possible mais la reluxation inévitable par suite d'absence d'appui osseux à la tête fémorale, ce sont les luxations incoercibles.

2° Les luxations irréductibles. Les causes de l'irréductibilité pouvant être osseuses, par rétraction des parties molles, capsulaires. Certains de ces obstacles peuvent être levés par voie sanglante.

Le rapporteur analyse ensuite les troubles dont se plaignent les diverses variétés de luxations invétérées et montre que ces troubles sont sous la dépendance de quatre facteurs principaux :

1° Le mode de sustentation défectueux du bassin sur le fémur : tantôt l'appui osseux existe mais est insuffisant (néocotyles, antérieures appuyées; ce sont les formes douloureuses), tantôt l'appui est presque nul, la suspension est ligamentaire et musculaire (formes intermédiaires et postérieures, avec fatigue rapide à la marche, grande boiterie).

2° La position vicieuse réciproque des leviers osseux (adduction du fémur, bascule du bassin).

3° Le déplacement des insertions des tracteurs musculaires (insuffisance du moyen fessier en particulier).

4° Raccourcissement anatomique du membre. C'est à remédier à ces défauts que doit tendre la thérapeutique.

Le rapport expose ensuite les méthodes thérapeutiques palliatives dans les diverses variétés de luxations invétérées.

1° Luxations invétérées réductibles mais incoercibles. — Chez ces luxés âgés la réduction est possible, mais si on les mobilise précocement la luxation se reproduit, si on immobilise longtemps la hanche réduite s'enraidit. On a cherché systématiquement cet enraidissement.

C'est la *méthode de l'ankylose thérapeutique* (Ducroquet) que le rapporteur nous décrit. Mais elle présente des échecs, des douleurs, et la perte des mouvements de la hanche est un gros inconvénient.

Bien préférable est la *réfection ostéoplastique du plafond du cotyle après réduction*, méthode rationnelle puisqu'elle remédie au défaut de la hanche. Cette opération pratiquée par Ferguson (1904), Albee, Ellis Jones (1914), Fairbank (1923), Dickson (1924), a été employée, réglée par le rapporteur qui en a donné la description (*Presse méd.*, 15 juillet 1925). Voici ses grandes lignes : la luxation est réduite, et le membre fixé en première position de Lorenz, ce qui est capital; la partie supérieure de la capsule est découverte, un volet osseux ostéopériostique comprenant le plafond cotyloïdien est détaché, abaissé; au-dessus de lui on insère des greffons pris au tibia, fermeture. Plâtre un mois.

Les résultats sont très bons et durables : disparition des douleurs, stabilité articulaire, parfaite, conservation des mouvements (malades présentés par M. Lance (*Soc. de pédiat.*, 17 mars 1925), et par le professeur Ombrédanne (*Soc. de chir.*, 1er et 8 juillet 1925).

2° Luxations invétérées réductibles à ciel ouvert. — La réduction sanglante présente encore des partisans. Mais elle offre des dangers, et se termine le plus souvent par ankylose. Ce n'est pas une méthode à préconiser.

3° Luxations irréductibles. — a. *Appareillage.* — Les appareils employés sont de diverses catégories : appareils de décharge (corsets, appareils à appui ischiatique, béquilles), les appareils de contre-ascension du fémur (ceintures pelviennes à sous-cuisses), les appareils d'extension continue, les appareils d'abduction progressive de la hanche. Les appareils de décharge et d'abduction progressive surtout peuvent rendre des services mais leurs indications sont restreintes.

b. *Méthodes physiothérapiques.* — Toutes les méthodes susceptibles d'améliorer la musculature sont utiles.

c. *Transposition par manœuvres externes.* — La méthode de Paci-Lorenz donne des améliorations certaines, Mais dans les formes graves (sujets adultes, formes postérieures) elle offre des dangers. Ses résultats ne se maintiennent pas toujours. On pourrait augmenter cette stabilité par la création d'une butée osseuse dans la fosse iliaque comme le rapporteur l'a pratiqué dans deux cas.

d. *Opérations palliatives intra-articulaires.* — Ce sont la réduction sanglante dans un néocotyle artificiel (Margary), la résection, la pseudarthrose de Hoffa. Le rapporteur rejette ces opérations à cause de leur gravité et de leurs résultats aléatoires.

e. *Opérations palliatives extra-articulaires. Transposition sanglante extra-capsulaire* (opération de Lane, Codivilla, Davis). — Après transposition, sans ouvrir la capsule, un néocotyle est creusé en face de la tête fémorale. Cette opération peut rendre des services mais reste inférieure à la suivante,

Constitution par voie extra-capsulaire d'une butée ostéo-plastique au-dessus de la tête fémorale transposée. — Les premiers essais remontent à Kœnig. En France elle a été employée par Delagenière, Mauclaire, Dujarier, Hallopeau, et surtout le rapporteur. La tête fémorale ayant été ramenée par manœuvres externes dans la partie antérieure de la fosse iliaque un vaste lambeau ostéo-périostique est taillé dans l'os iliaque, rabattu sur la tête fémorale; des greffes ostéo-périostiques de Delagenière sont entassées au-dessus du lambeau iliaque. Ainsi se trouve constitué un butoir osseux solide dans la fosse iliaque. Il en résulte une amélioration notable de la stabilité articulaire, disparition des douleurs, diminution de la fatigue et de la boiterie.

Les ostéotomies. — En 1892, M. Kirmisson propose pour remédier à l'adduction et la lordose des luxés l'ostéotomie sous-trochantérienne, qui améliore beaucoup les malades. M. Frœlich a montré depuis qu'en faisant l'ostéotomie basse, l'angle d'ostéotomie vient faire une butée sur l'os iliaque. En 1918, Lorenz décrit la « bifurcation » : après ostéotomie le fragment inférieur du fémur mis en abduction marquée est repoussé de bas en haut *dans* le cotyle; c'est sur ce bout diaphysaire que repose dorénavant le poids du tronc.

Von Bayer montre que l'ostéotomie avec abduction remet en tension les muscles pelvitrochantériens. Schanz prône une ostéotomie très basse en face des ischions; la création d'un angle rentrant de ce niveau supprime la bascule du bassin dans la marche.

Donc en dehors du redressement des déviations des leviers osseux, on a demandé aux ostéotomies la remise en tension des tracteurs musculaires, la création d'un appui pelvien.

Le rapport discute ensuite longuement la valeur de diverses ostéotomies. Il conclut que la bifurcation n'est pas supérieure aux autres : plus difficile d'exécution, elle expose à une limitation considérable des mouvements de la hanche, augmente le raccourcissement, donne une marche disgracieuse en abduction. Les préférences du rapporteur vont aux ostéotomies sous-trochantériennes basses.

Transplantation du grand trochanter sur la diaphyse fémorale (V. Veau et Lamy). — Cette opération qui a pour but de remettre en tension les muscles pelvi-trochantériens relâchés

excellente lorsque la tête fémorale est fixée (dans la coxa vara, dans les luxations très appuyées), peut être le complément d'une fixation de luxation par butée pelvienne comme le rapporteur l'a pratiquée dans un cas.

Conclusions. — Au total le rapporteur croit que les indications de l'appareillage sont assez restreintes et limitées aux contre-indications des autres méthodes.

Rejetant toutes les interventions intracapsulaires en général graves, d'efficacité incertaine, le rapporteur préconise surtout les interventions extra-capsulaires.

Aux luxations antérieures incoercibles ou mal appuyées, luxations douloureuses, convient la réfection ostéo-plastique du plafond cotyloïdien telle que le rapporteur l'a décrite. Dans les luxations intermédiaires ou postérieures jeunes la transposition sans ou avec butée osseuse de soutien donnera de bons résultats. Dans les luxations postérieures les ostéotomies sous-trochantériennes basses trouveront des indications.

Discussion du rapport.

M. Mauclaire (Paris) est intervenu quatre fois dans des luxations invétérées : deux ostéotomies lui ont donné des résultats médiocres, deux butées ostéo-plastiques ont été suivies d'un bon résultat, les douleurs ont disparu.

M. Gourdon (Bordeaux) rappelle qu'en réduisant en position très basse on arrive à maintenir des luxations considérées comme incoercibles. La transposition lui a donné des améliorations considérables même chez des sujets âgés et ces résultats contrôlés après de nombreuses années se sont maintenus.

M. Maffei (Bruxelles) dans les cas où l'antéversion du col est énorme, la constitution d'une butée est impossible et la seule conduite à tenir est l'ostéotomie avec détorsion du fémur.

M. Nové-Josserand (Lyon) a obtenu d'excellents résultats de la transposition, et on a pu constater que ces résultats se sont maintenus après de longues années. Mais elle ne convient qu'à des sujets encore jeunes et aux luxations pas encore postérieures.

Pour les luxations postérieures très douloureuses il a pratiqué dans sept cas l'ablation de la tête fémorale avec avivement de l'os iliaque. L'amélioration a été considérable.

La bifurcation pratiquée dans six cas ne lui a pas semblé avoir de grands avantages sur l'ostéotomie. Si elle ne lui semble pas plus dangereuse, si la hanche reste ordinairement mobile, si le raccourcissement n'est pas toujours augmenté, c'est que l'appui se fait surtout sur le fragment supérieur; la marche reste disgracieuse.

M. Frœlich (Nancy) pense que la bifurcation de Lorenz est une ostéotomie sous-trochantérienne mal réussie, et sans avantage sur les autres ostéotomies.

Il pense qu'on peut améliorer les malades jeunes par des moyens simples : section des adducteurs, écartement des cuisses maintenu la nuit, massage des abducteurs, corset pelvien.

M. Ducroquet (Paris). Il est difficile de dire quand une luxation est invétérée. Chez les sujets réductibles entre huit et quinze ans, on peut encore obtenir une récupération fonctionnelle, en maintenant les malades en première position pendant très longtemps (un an, deux ans) dans un appareil articulé permettant des petits mouvements afin d'éviter les raideurs, ou dans des plâtres faits trop grands dans certaines directions, on ramène ensuite progressivement en rectitude, on obtient ainsi une reconstitution anatomique, et fonctionnelle articulaire.

La méthode de l'ankylose thérapeutique, doit être réservée à des sujets âgés, sans laxité ligamentaire. La rétraction capsulaire peut être provoquée par un vrillage de la tête fémorale.

M. Vignard (Lyon) rapporte un cas d'enclouage de la hanche (agrafe de Dujarier) pour une luxation douloureuse.

M. Lance, rapporteur. Il semble bien ressortir de cette discussion, que pour les luxations incoercibles, pour les luxations antérieures appuyées douloureuses l'opération logique est celle qu'il préconise, la reconstitution ostéoplastique du plafond du cotyle.

Pour les luxations intermédiaires la reposition donnera de bons résultats, on pourra la compléter dans certains cas par une butée pelvienne. Aux formes postérieures conviennent surtout les ostéotomies, et la bifurcation de Lorenz ne semble pas avoir d'avantages sur la sous-trochantérienne basse.

DEUXIÈME QUESTION MISE A L'ÉTUDE

MAIN BOTE CONGÉNITALE ET MAIN BOTE PARALYTIQUE

Rapporteur : Professeur H. L. Rocher (de Bordeaux).

La main bote est une attitude vicieuse permanente de la main sur l'avant-bras.

Cette définition englobe des déviations multiples parmi lesquelles on distingue deux grands groupes : les mains botes congénitales, les mains botes acquises.

Main bote congénitale. — Deux variétés selon qu'il y a ou non intégrité du squelette.

Les mains botes avec intégrité du squelette sont à la main l'homologue du pied bot congénital. Elles sont presque toujours du type cubito-palmaire. Elles résultent soit d'une attitude viciense in utero, d'une dysplasie des muscles du bras, d'une displasie articulaire.

Les mains botes avec malformation du squelette sont dans la grande majorité des cas des mains botes radiales et radio-palmaire, avec absence plus ou moins complète du radius. Le rapporteur en donne une description clinique. Il remarque que la malformation squelettique s'accompagne d'anomalies vasculo-nerveuses, de lésions musculaires étendues, qui ont une grande importance fonctionnelle.

De même le segment radial de la main peut être absent en totalité ou en partie.

Les fonctions de la main sont surtout conditionnées par le nombre des doigts conservés, l'état des articulations et des muscles.

Tous ces sujets présentent une force de préhension faible mais ils acquièrent très souvent par des suppléances une adresse remarquable, et n'éprouvent pas le besoin de se faire traiter.

La main bote par absence de cubitus est rare, et s'accompagne parfois de synostose radio-humérale, ou de luxation de la tête radiale.

Dans les mains botes avec intégrité du squelette le traitement sera commencé de bonne heure : massage suivi de contention en appareil, tractions élastiques, redressements successifs; parfois des ténotomies sont nécessaires, s'il y a malformation articulaire le rapporteur conseille l'évidement sous-cutané.

Dans les mains botes avec malformation du squelette le redressement constitue le premier temps du traitement soit par appareil, soit par ostéotomie. Pour fixer le redressement on a préconisé des opérations multiples soit l'implantation du cubitus dans le carpe, soit la transformation du cubitus en une fourche encastrant le carpe soit la constitution d'un nouveau radius au moyen d'un greffon.

C'est à la bifurcation du cubitus par la méthode de Froelich que le rapporteur donne la préférence. Le résultat thérapeutique reste toujours dominé par l'état des muscles et des articulations.

Main bote paralytique. — On en distingue trois groupes : les paralysies flasques, spasmodiques, et par contracture réflexe ou physiopathiques.

a. Main bote par paralysie flasque. — Le rapporteur en décrit trois types : la main bote de la paralysie radiale, bien connue, la main bote par paralysie du plexus brachial, traumatique ou obstétricale, d'aspect variable selon le siège de la lésion, la main bote de la paralysie infantile plus variable encore (main ballante, main bote palmaire ou surtout cubito-palmaire).

b. Main bote spasmodique. — Dans les encéphalopathies infantiles, on observe surtout une déviation cubito-palmaire de la main, souvent des mouvements involontaires variés

(chorée, athétose), ces troubles sont étendus à tout le membre, et on observe des troubles intellectuels dont il faut tenir compte pour le pronostic. Dans l'hémiplégie de l'adulte à la période de contracture la main se dévie en pronation-flexion, flexion des doigts, attitude qui se fixe par rétraction.

Dans l'hémiplégie hystérique il peut y avoir une main ballante mais surtout de la contracture en flexion.

c. Mains botes physiopathiques. — Ce sont les déviations réflexes consécutives aux traumatismes telles qu'on en observait pendant la guerre et sur l'interprétation desquelles on a tant discuté. Parfois on a une paralysie flasque, le plus souvent de la contracture avec des déformations variées.

Le rapporteur passe ensuite en revue les méthodes thérapeutiques appliquées aux mains botes paralytiques.

L'appareillage des mains botes flasques a donné lieu pendant la guerre à différents types d'appareils rigides ou mobiles. Leurs indications sont à discuter selon la profession du blessé.

Dans les autres variétés de main bote l'appareillage constitue surtout un temps pré-opératoire.

Interventions tendineuses. — Les ténotomies, allongements tendineux sont de pratique courante quand il y a rétraction ou conctrature. Le raccourcissement, la ténodèse ont été employés dans la paralysie flasque. Mais ici c'est surtout la transplatantion de muscles du groupe palmaire sur les muscles dorsaux qui a été employée : transplantation partielle du rond pronateur (R. Jones), transplantation sur les extenseurs des doigts et abducteur du pouce des palmaires et cubital antérieur (Mauclaire, Massart). Un traitement de contention et rééducation est indispensable après ces opérations.

Arthrodèse. — L'arthrodèse du poignet en bonne attitude peut être indiquée à une période tardive dans les paralysies flasques pour remplacer le port d'un appareil.

Interventions nerveuses. — Le rapporteur énumère toutes les opérations qui ont été tentées surtout contre les déviations spasmodiques, neurotomies tronculaires partielles (Stoffel), alcoolisation des troncs nerveux (Sicard) ; la section partielle de chacun des nerfs des muscles contracturés (Dickson) semble plus simple, puis les radicotomies (opération de Förster, Guleke), la section des rami-communicantes du grand sympathique cervical (Rayle).

Indications comparatives des méthodes thérapeutiques dans les mains botes paralytiques. — La prothèse peut être appliquée dans toutes les mains botes par paralysie flasque, sauf dans la forme hystérique. Elle est contre-indiquée dans la paralysie spasmodique, son emploi est discuté dans les mains botes physiopathiques. La prothèse devra toujours être mise en parallèle avec les procédés chirurgicaux et s'adresser aux échecs et refus opératoires. L'arthrodèse dans les professions de force peut rendre de gros services.

Les interventions tendineuses et osseuses seront indiquées dans la poliomyélite à un stade tardif (trois ans après le début) lorsque la lésion est irrémédiable.

Dans les mains botes physiopathiques la psychothérapie n'a pas donné de résultats très évidents. Le rapporteur recommande les traitements physiothérapiques exercés avec une grande douceur. L'opération de Leriche (sympathectomie périartérielle au niveau de l'humérale) donne des résultats immédiats très satisfaisants.

Discussion.

M. Massart (Paris) présente une observation d'arthrodèse du poignet associée à la plicature des tendons extenseurs, pour une paralysie traumatique ancienne. Résultat excellent.

M. Martin du Pan (Genève) présente un cas d'absence congénitale du radius et demande à quel âge on doit intervenir dans ces cas. MM. Nové-Josserand, Kirmisson, Mathieu, Ombrédanne, Papin sont d'avis que dans ces cas on doit faire du redressement, du traitement modelant dès les premiers mois de manière à empêcher la luxation du côté radial, et à permettre de se servir de la main. L'opération ne devra être tentée que tardivement à treize, quatorze ans.

QUESTIONS DIVERSES

Omoplates ballantes. — M. Mauclaire a observé trois malades qui à la suite d'une paralysie plus ou moins complète des muscles scapulaires présentaient une bascule de l'omoplate, avec impossibilité d'élever les bras si l'omoplate n'était fixée. Chez le dernier malade où la lésion était double, il a effectué la fixation de l'omoplate sur les côtes et en plus fixé par des fils métalliques les deux omoplates l'un à l'autre. Résultat excellent.

M. Rocher (Bordeaux) a observé trois cas de ptose de l'épaule par aplasie congénitale plus ou moins complète du trapèze. Les deux premiers ont été traités par la physiothérapie, chez le troisième il pratiqua la fixation de l'omoplate aux côtes avec un bon résultat fonctionnel.

Malformations congénitales multiples. — M. Feutelais (Le Mans) présente l'observation d'un enfant présentant l'amputation congénitale de plusieurs doigts et orteils, une incurvation de la jambe avec bride profonde entraînant des troubles circulatoires. Résection de la bride, ostéotomie du tibia.

Traitement du pied bot congénital invétéré par la reposition sanglante de l'astragale. — M. Massart (Paris) présente les résultats éloignés de cette opération qu'il a décrite à la société de chirurgie. Les résultats sont très bons. Il insiste sur la bénignité de cette intervention qui a pour but de faciliter les manœuvres modelantes et de permettre la cure complète de la déformation.

Butée postérieure complémentaire de l'arthrodèse sous-astragalienne dans la chute de la pointe du pied. — M. Nové-Josserand, rappelle combien dans le pied paralytique on a de peine à empêcher la chute du pied. On a proposé de créer derrière le calcanéum une butée osseuse arrêtant l'extension du pied (Toupet, Campbell). M. Nové-Josserand décrit une nouvelle technique pour la création de cette butée. Comme chez ces malades on pratique pour stabiliser le pied une arthrodèse sous-astragalienne, on taillera à même le calcanéum au niveau de la sous-astragalienne postérieure un fragment osseux qui sera redressé en ergot derrière le calcanéum et qui restant adhérent par sa base n'aura pas de tendance à se résorber.

M. Ugo Camera (Turin) emploie les butées osseuse rétro-calcanéennes soit comme opération isolée, dans les paralysies spasmodiques de l'enfance, soit comme opération complémentaire de transplautations tendineuses, et ténodèse dans la paralysie du sciatique proplité externe.

M. Ombrédanne a pratiqué aussi ces butées postérieures en implantant un greffon tibial dans l'astragale.

M. LANCE.

Elections. — Au cours de la Réunion ont été élus :

Membres titulaires de la Société : MM. le professeur Le Fort (Lille), Bréchot (Paris), G. Moutier (Nantes), E. Perrin (Lyon), Clavelin (Val-de-Grâce), Tillier (Alger), R. Ducroquet (Paris), Nicolau (Perpignan).

Membres correspondants étrangers : MM. Ugo Camera (Turin), Papadopoulo (Athènes), B. Gradoyevitch (Belgrade), professeur Gaëtano (Naples).

— Les deux questions mises à l'étude pour la VIIIe réunion, en octobre 1926, sont :

Le genou paralytique. — Rappórteur : M. Nové-Josserand (Lyon).

Le traitement des séquelles de la coxalgie en dehors des récidives et de l'évolution tuberculeuse. — Rapporteur : M. Mathieu (Paris).

XXXIVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925) (1).

DEUXIÈME QUESTION

TRAITEMENT DES TUMEURS BLANCHES DU GENOU A PARTIR DE L'AGE ADULTE ET A PARTIR DE L'ADOLESCENCE

Suite de la discussion.

M. MENCIÈRE (de Reims) reproche à la résection de causer une mutilation excessive si elle est étendue à toutes les parties malades et d'empêcher presque toujours chez les jeunes sujets la croissance ultérieure du membre. Il rappelle ses travaux sur la phénolisation et la phéno-puncture.

Le phénolisation de l'articulation dans son ensemble, précédée de synovectomie et si besoin est de résection très économique et atypique, associée en outre le plus souvent à la phéno-puncture des épiphyses permet de guérir la tumeur blanche avec le minimum de sacrifice.

Le seul inconvénient de la phénolisation est la fermeture secondaire de la plaie par laquelle s'éliminent les produits des mortifications résultant de la cautérisation par le phénol. Mais l'embaumement permet d'abréger la durée de la cicatrisation de la plaie.

L'auteur a pu rassembler 90 observations de phénolisation ou de phéno-puncture chez des sujets dont l'âge varie entre quatorze et quarante-trois ans.

M. SORREL (de Berck) insiste sur la valeur de la cure solaire, mais ne croit pas que ce traitement suffise à guérir s'il n'est pas complété par la chirurgie. L'auteur demeure sceptique devant les statistiques qui annoncent tant de guérisons par les traitements purement médicaux. Il pense que souvent, il y a dans ces cas des erreurs de diagnostic.

Il faut recourir à de multiples examens de laboratoires, il faut aussi voir évoluer pendant quelque temps la lésion, avant de pouvoir affirmer dans bon nombre de cas la nature bacillaire de la maladie.

32 fois environ, l'auteur a relevé des erreurs de diagnostic. Il s'agissait 4 fois de sarcome, 2 fois d'arthrites gonococciques, 10 fois de syphilis articulaires, 16 fois d'hydarthroses chroniques par épiphysite des adolescents.

M. IMBERT (de Marseille) fait remarquer que les chirurgiens s'abstiennent souvent dans les tumeurs blanches du contrôle bactériologique, soit qu'ils le jugent inutile, soit qu'il se trouve impossible dans les cas où il n'y a ni hydarthrose, ni pus.

Cependant, ce contrôle a son intérêt pour établir la nature de l'affection et aussi pour fournir des éléments de pronostic applicables au traitement.

Une fois, dans une vieille hydarthrose du genou, des examens répétés ont permis d'établir la nature mélitococcique de l'affection ; c'est probablement à ce jour le seul cas d'arthrite du genou à mélitocoque ; il guérit très simplement après synovectomie.

Chez deux autres malades l'inoculation au cobaye fit la preuve de la nature tuberculeuse, mais montra en même temps que l'infection ne possédait qu'une virulence atténuée ; l'un de ces malades dut subir une résection orthopédique qui amena la guérison complète en quatre mois ; l'autre guérit par la simple immobilisation.

M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris) préconise, chaque fois que la résection du genou n'est pas rendue indispensable par la gravité des lésions synoviales, de placer, de chaque côté de l'articulation, un greffon tibial incrusté dans les deux extrémités articulaires. Ce greffon immobilise le genou, évite l'appareil plâtré, facilite l'héliothérapie, provoque une ostéogénèse marquée et raccourcit la durée du traitement. A l'appui de sa thèse l'auteur rapporte deux observations avec guérison datant de quatre ans et de cinq ans.

M. COSTANTINI (d'Alger) défend la technique de Rochard dans la résection du genou. L'usage du garrot est inutile parce que celui-ci produit un suintement post-opératoire qui peut nuire au résultat final. De plus, quand on opère sans garrot, on voit mieux les détails des lésions osseuses.

L'incision transversale va du bord postérieur d'un condyle à celui de l'autre condyle en se dédoublant au niveau de la rotule pour la circonscrire. On sectionne les parties molles y compris les ligaments latéraux jusqu'à l'os.

La rotule est enlevée et l'articulation largement ouverte. On procède à l'ablation du cul-de-sac sous-quadricipital. Puis, les épiphyses fémorales et tibiales bien dégagées sont réséquées. Il reste à disséquer la partie postérieure de la synoviale avec les prolongements poplités si fréquents.

Pour y parvenir on place un champ roulé sous le creux poplité et l'on fléchit fortement la jambe. Les épiphyses s'écartent, la surface poplitée s'étale et l'on peut ainsi facilement disséquer les parties à enlever.

La coaptation osseuse se fait au fil de bronze.

M. TERMIER (de Grenoble) a d'abord suivi la technique de son maître Ollier puis il l'a modifiée peu à peu en la simplifiant.

Il fait une grande incision transversale, occupant environ les deux tiers du membre et supprime tous les tissus articulaires proprement dits, c'est-à-dire capsulaires et synoviaux. Il ne met pas le garrot et a supprimé le drainage, faisant seulement une suture lâche sur les côtés. Plâtre antérieur et pansement au bout de cinq à six jours. Le second pansement est laissé en place trois semaines avec un plâtre postérieur. On a quelquefois la surprise de voir alors l'ankylose réalisée. D'habitude la guérison est obtenue en deux mois.

L'auteur a très largement étendu les indications de la résection. Suivant l'exemple d'Ollier, il ne réséquait guère autrefois après trente-cinq ou quarante ans. Actuellement il a un certain nombre d'opérés entre quarante-cinq et cinquante-deux ans qui, sauf un chez lequel une fistule a persisté assez longtemps, ont guéri dans les délais habituels.

Sa statistique comprend 52 cas sans décès. Mais il lui a fallu faire 3 fois des amputations secondaires. Les résultats éloignés n'ont pu être relevés que chez 12 malades. Ils sont bons dans 11 cas.

Une méthode intéressante dans les hydarthroses bacillaires est la ponction suivie de lavage de la jointure à l'eau phéniquée forte. L'auteur a retrouvé 9 des cas auxquels il l'avait appliquée et qui sont restés guéris avec conservation au moins partielle des mouvements.

M. AUVRAY (de Paris) considère que chez l'adulte la résection du genou est la méthode de choix. Non pas qu'elle doive être appliquée dans tous les cas, elle a certainement ses indications et ses contre-indications; mais d'une façon générale ses indications doivent être étendues et il faut y recourir plus tôt qu'on ne le fait généralement, surtout dans les milieux hospitaliers, où il y a un intérêt majeur au point de vue de leur santé générale, à ne pas conserver les malades d'une façon prolongée à l'abri de l'air et de la lumière. Les avantages de la résection sont multiples : la durée du traitement se trouve raccourcie, ce qui est capital dans certains milieux; la résection permet la suppression totale des lésions à condition d'être très minutieuse et elle rend de ce fait plus rares les récidives; elle permet une ankylose plus solide du genou que celle qu'on peut obtenir par la simple immobilisation; elle permet en raccourcissant le membre ankylosé la marche sans faucher. L'auteur préconise l'incision en H des téguments, l'hémostase préalable par le garrot qui permet une dissection plus parfaite des lésions tuberculeuses, l'affrontement des surfaces réséquées à l'aide de puissants catguts chromés, la mise en place d'un petit drain de sûreté et d'un grand appareil plâtré échancré au niveau du petit drain, pour permettre l'enlèvement rapide de ce drain.

M. JUDET (de Paris). La résection, sans aucun doute, constitue le traitement de choix de la tumeur blanche du genou confirmée chez l'adulte. Au cours de cette intervention il faut

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 82, p. 1331; n° 83, p. 1345, et n° 84, p. 1366.

s'appliquer à pratiquer les sections osseuses bien perpendiculairement à l'axe de chaque os. Dans ce but l'auteur utilise un compas spécial qui dirige le trait de scie et permet une coaptation exacte des surfaces avivées. La suture des deux fragments par fils métalliques lui paraît inutile et susceptible de provoquer une fistule secondaire.

Comme appareil d'immobilisation il utilise d'emblée un grand plâtre comprenant une gaine de jambe et une gaine de cuisse. Ces deux gaines sont réunies au niveau du genou par une attelle postérieure plane qui soutient les épiphyses, et par un pont métallique antérieur qui renforce la solidité de l'appareil. La consolidation s'effectue en deux ou trois mois.

M. Bufnoir (de Cannes) est éclectique dans le choix du traitement. En principe il pense que la résection convient aux sujets jeunes, l'amputation aux vieillards, mais il faut tenir compte plutôt de la sénilité vraie que de l'âge du malade.

L'auteur rapporte trois observations de sujets âgés respectivement de vingt et un, vingt-neuf et soixante-dix ans qui prouvent que parfois la méthode conservatrice peut donner la guérison.

L'héliothérapie ne doit pas être opposée aux différents traitements chirurgicaux. Elle en est un adjuvant de haute valeur.

M. Trèves (de Paris) considère la résection du genou comme une excellente opération pour les adultes qui n'ont pas le temps de se soigner, et chez les autres malades qui n'ont pas guéri par le traitement conservateur. Ce dernier est le traitement de choix mais à condition d'être entrepris dans un endroit où le sujet puisse bénéficier à la fois de l'immobilisation suffisamment prolongée, des soins généraux et du soleil.

Il faut se méfier toujours des formes de tuberculose batardes et penser à la syphilis héréditaire tardive dont l'identité clinique avec la tuberculose est souvent absolue et que le laboratoire ne permet pas toujours de déceler.

M. Stéfani rapporte l'observation d'une jeune fille atteinte d'une ostéo-arthrite du genou droit, durant depuis deux ans, sans tendance à la guérison, et chez laquelle il a pratiqué une résection sous-périostée du genou suivant la technique d'Ollier, sans suture osseuse et avec un tout petit drain de sécurité. Premier pansement le quarante-cinquième jour. Consolidation en trois mois.

L'auteur pense que la résection du genou est indiquée non seulement dans les cas avancés où elle « s'impose », mais encore chez les adultes jeunes dans les cas « moyens » où elle permet d'obtenir en quelques semaines le même résultat qu'on obtient, de façon aléatoire en plusieurs années d'immobilisation prolongée.

M. Perdu (d'Amiens) fait l'éloge du procédé de Mencière qui selon lui améliore considérablement les résultats de la résection simple. Il emploie invariablement la phéno-puncture dans les cas légers et la phénolisation dans les cas graves.

M. Masmonteil (de Paris) insiste sur quelques points de technique dans la résection du genou au cours de laquelle il pratique l'ostéo-synthèse avec deux ou trois agrafes de Dujarrier.

Les agents physiques, la cure solaire, les rayons ultra-violets dont on a trop peu parlé sont susceptibles de donner des résultats parfaits, mais c'est une méthode qui ne peut réussir que jointe à une cure d'air qu'on ne peut réaliser dans les villes. C'est pourquoi la résection doit rester en principe le traitement de choix.

M. Béclère (de Paris) n'a personnellement aucune expérience des traitements chirurgicaux. D'après des travaux récents la rœntgenthérapie ferait disparaître les œdèmes dans les formes fougueuses et donnerait des résultats appréciables.

L'héliothérapie ne peut être opposée en tant que méthode de traitement à la rœngenthérapie. L'héliothérapie est une médication générale, un stimulant qui pour donner tous ses effets doit être appliqué sur tout le corps du malade. La rœntgenthérapie est une médication locale qui bien maniée détruit les tissus malades. Ce sont là, semble-t-il, des traitements qui peuvent être utilement associés aux autres méthodes.

TROISIÈME QUESTION

DE L'APPAREILLAGE ACTUEL DES FRACTURES DE L'HUMÉRUS

Rapport de M. J. Guyot (de Bordeaux).

L'appareillage actuel des fractures de l'humérus date des recherches de Delbet, qui, en 1901, proposa une nouvelle méthode basée sur l'*extension continue*. Puis Tuffier en 1903 attira, un des premiers, l'attention sur la valeur de l'*abduction* dans le traitement des fractures du bras.

Et en 1906 Judet et Dupuy de Frenelle inventèrent séparément des appareils dans lesquels l'*extension continue est associée à une abduction variable*.

Principes directeurs de l'appareillage. — Quel que soit le point de l'os fracturé et la direction du trait de fracture, les fragments ont plus ou moins de tendance à se déplacer sauf dans les fractures par engrènement de la tête humérale. Ce déplacement détermine trois sortes de déformations :

1° L'angulation. — Elle peut se faire dans tous les sens. Au tiers supérieur elle est de cause musculaire et réalise la déformation en crosse par abduction du fragment supérieur. Au niveau de la diaphyse, l'angulation est commandée par le traumatisme, la pesanteur, l'attitude défectueuse du coude. A la partie inférieure de la diaphyse, le fragment inférieur est presque toujours porté en arrière, simulant une luxation du coude.

2° Le chevauchement. — Il peut ne pas exister dans certaines fractures transversales. Dans les fractures obliques, c'est le sens du trait de fracture qui commande le chevauchement. Il cause le raccourcissement du levier brachial et peut être décelé par la radiographie et par la mensuration.

3° Le décalage. — Sous ce terme on comprend depuis Destot le déplacement par rotation des fragments l'un sur l'autre. Le décalage existe dans toutes les fractures mais il atteint son plus haut degré dans les fractures du tiers supérieur, le fragment supérieur tournant en dehors sous l'influence des muscles scapulaires postérieurs et le fragment inférieur en dedans par l'action des grands pectoral et dorsal. Ce déplacement est d'ailleurs accentué par l'attitude souvent donnée à l'avant-bras qu'on ramène et fixe devant le thorax.

La consolidation des fragments dans cette situation de décalage limite la rotation externe du bras.

Pour déceler le décalage il faut examiner l'orientation des épiphyses et surtout recourir à la radiographie. Enfin on se rappellera que dans le traitement des fractures de l'humérus, l'avant-bras ne doit pas être ramené en écharpe devant le thorax dans le plan frontal,

L'appareillage comporte certaines *contre-indications*. La principale est l'*interposition musculaire* dont le diagnostic sera basé sur cette triade symptomatique : obliquité du trait, écartement des fragments, absence de crépitation osseuse. En pareil cas il y a lieu d'intervenir chirurgicalement.

Parmi les fractures qu'il ne faut pas appareiller on peut citer encore les fractures de l'extrémité supérieure chez le vieillard qui seront traitées exclusivement par le massage, les fractures diaphysaires avec paralysie radiale, les fractures du col avec luxations irréductibles de l'épaule, les fractures isolées du condyle huméral qu'on doit opérer.

Il est nécessaire de tenter la *réduction de la fracture* avant d'appareiller, au besoin en s'aidant de l'anesthésie locale selon la méthode de Quénu ou de l'anesthésie générale. Une série d'appareils sont d'ailleurs faits pour réaliser d'eux-mêmes cette réduction dans certains cas.

La *durée de l'appareillage* est variable. Pour les fractures fermées de la diaphyse, la consolidation est obtenue en trente ou quarante jours. Pour les fractures ouvertes il faut compter cinq ou six semaines.

Description des appareils — Les fractures de l'humérus peuvent être traitées par deux méthodes : la méthode ambulatoire qui est la meilleure et la méthode non-ambulatoire qui convient à certains cas spéciaux.

A. Méthode ambulatoire. — I. *Appareils de contention simple*. — Ceux-ci s'adressent aux fractures sans grand déplacement ou à déplacement réduit. Ils ne doivent être employés

qu'autant que l'immobilisation du foyer de fracture est permanente. Ils peuvent être divisés en deux catégories selon que le bras est fixé dans l'extension ou dans l'abduction.

1° *Appareils de contention, le bras en extension.* — L'*appareil à attelles* surtout employé comme moyen provisoire est un appareil définitif suffisant pour les fractures sans déplacement.

Parmi les *appareils plâtrés*, celui de Hennequin est abandonné. Il vaut mieux appliquer un appareil thoraco-brachial, type Judet ou Leriche.

Dans cette catégorie prennent place encore l'*attelle métallique de Cramer* et l'*appareil de Séjournet* un peu complexe et d'application délicate mais qui a donné d'excellents résultats fonctionnels à son auteur.

2° *Appareils de contention le bras en abduction.* — L'abduction est motivée par la nécessité de mettre le fragment inférieur dans la continuité du fragment supérieur dont le déplacement en dehors déterminé par des muscles puissants ne peut être directement corrigé. La position en abduction est obtenue soit à l'aide d'appareils triangulaires formés d'attelles en bois ou en fil de fer, comme les *attelles de Pascalis*, d'*Hoffmann*, de *Van de Velde*, le *triangle d'Hacker*, soit avec des appareils plâtrés à anses métalliques comme ceux de *Leriche*, de *Lance* et l'appareil de *Bonnal*.

II. *Appareils à extension axiale.* — Ceux-ci exercent sur les fragments une action d'extension intermittente ou continue qui tend à combattre l'action des muscles, au moins des muscles à direction longitudinale de façon à corriger le chevauchement et dans une certaine mesure l'angulation. L'extension axiale peut être réalisée de diverses manières :

1° *Extension simple.* — On fixe un poids à l'extrémité inférieure du bras à l'aide d'un bandage adhésif. L'inconvénient de cette méthode est que l'extension n'est réalisée que quand le malade est dans la position debout ou demi-assise.

2° *Extension par suspension axillaire.* — Un arc métallique axillaire est suspendu élastiquement à l'extrémité supérieure d'une tige ou d'une attelle dont l'extrémité inférieure est solidarisée avec le coude. C'est le principe des appareils d'*Abadie* et de *Potts*.

3° *Appareils à béquille axillaire.* — Ils sont très nombreux. Leur caractère commun est d'être constitués par une tige métallique terminée en haut par une fourche qui fait la contre-extension axillaire, l'extension étant réalisée ou maintenue par différents moyens : des poids : béquillon de *Pascalis*, une glissière : béquillon de *Lonsdale*, d'*Alquier*, des ressorts : appareils de *Delbet*, de *Leclercq*, *Heitz-Boyer*, etc...

4° *Extension à ressorts sans béquille axillaire.* — Un exemple de ce genre d'appareils est celui de *Bardenheuer* et *Graesner*. Une chape scapulaire maintenue par une bretelle fait la contre-extension. L'extension est produite sur une attelle axiale par un ressort et une crémaillère solidarisée, au-dessous du coude qui est libre, avec l'extrémité inférieure du bras à l'aide de bandelettes adhésives.

5° *Plâtres à attelles extensives.* — Ici des attelles à ressorts ou à glissières sont fixées de part et d'autre dans des appareils plâtrés circulaires prenant en bas le coude et l'avant-bras, en haut la partie supérieure du bras, l'épaule et l'aisselle voire même quelquefois le thorax. On peut citer dans ce groupe les appareils d'*Alquier-Foisy*, de *Vignard*, de *Martini*, de *Santamaria*.

6° *Attelles métalliques.* — Ayant surtout pour but de réaliser l'extension axiale des fractures ouvertes, ces appareils ont été en général construits au cours de la guerre. Ils comportent un point d'appui axillaire et une traction élastique sur la partie inférieure du bras : attelles de *Ferrier*, de *Jones*, de *Pécharmant*, de *Descomps*.

III. *Appareils à extension et abduction moyenne.* — Ils sont formés d'une partie thoracique et d'une gouttière ou d'une attelle qui reçoit le bras en abduction et l'avant-bras fléchi, l'extension étant généralement obtenue à l'aide d'un caoutchouc. Les appareils de ce type les plus connus sont ceux de *Judet*, de *Dupuy de Frenelle*, de *Pouliquen*, de *Cauchois*, de *Rouvillois*, de *Miss Gassette*, de *Paschoud*.

IV. *Appareils à abduction à angle droit.* — Dans certaines fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus on a préconisé l'abduction à angle droit que peuvent donner certains des appareils déjà décrits mais pour laquelle ont été créés spécialement l'*attelle aéroplane de Cleary*, le *cadre de Judet* et l'*appareil de Warren Sever*, ces deux derniers permettant d'obtenir en outre l'élévation de l'avant-bras en rotation externe.

B. Traitement non-ambulatoire. — Lorsqu'on doit recourir à cette méthode on peut utiliser le dispositif simple proposé par *Quénu*, l'*attelle de Thomas avec dispositif d'Henry* ou les *cadres à suspension de Miss Gassette*, de *Blacke* et de *Murray*.

Choix des appareils. — Pour choisir l'appareil qui convient il faut tenir compte d'éléments nombreux : 1° de la nature de la fracture (ouverte ou fermée); 2° du siège du trait de fracture et de sa direction; 3° du déplacement des fragments; 4° des autres lésions associées, enfin de l'âge du sujet et ses tares.

Aux *fractures ouvertes* et particulièrement aux fractures de guerre conviennent les plâtres à anses métalliques et quand il y a une large perte de substance osseuse les plâtres à attelles extensibles de Foisy et Alquier, l'attelle de Pécharmant.

Les *fractures fermées* de la *diaphyse humérale* seront traitées s'il y a peu de déplacement par des appareils de simple contention et dans tous les autres cas par les appareils à extension continue ou intermittente.

Les fractures siégeant au niveau du *V deltoïdien* ou du *col chirurgical*, celles du col avec luxation de la tête, quand celle-ci aura pu être réduite, représentent l'indication principale des appareils à abduction modérée tels que ceux de Judet, de Dupuy de Frenelle, de Pouliquen.

Quand les fractures de la grosse tubérosité humérale s'accompagnent d'un grand déplacement, c'est avec les appareils à abduction à 90 degrés, attelle de Cleary, cadre de Judet qu'on arrivera le mieux à rapprocher les fragments.

Mais il n'est besoin d'aucun appareillage pour les fractures sans déformation axiale du col anatomique ou chirurgical chez l'adulte et le vieillard. Le massage suffira et préviendra les raideurs de l'épaule qui sont ici à redouter.

Dans les *fractures de l'extrémité inférieure* l'appareil de choix est le plâtre appliqué le coude fléchi à angle aigu. Si la réduction ne peut être obtenue, on peut exceptionnellement utiliser l'extension aux crochets ou au clou.

Chez l'enfant les fractures du tiers supérieur doivent être traitées par le plâtre thoraco-brachial; celles de l'extrémité inférieure, la sous-condylienne par l'appareil de Broca, celle de la trochlée par l'extension, le coude fléchi à angle droit et en supination forcée. Enfin dans les fractures à grand déplacement il faut employer l'extension au lit, le coude fléchi avec contre-extension postérieure.

L'appareillage au lit, méthode de nécessité est indiqué à la période fébrile des fractures ouvertes, chez les poly-blessés, les jeunes enfants et dans certaines fractures difficilement réductibles par la méthode ambulatoire.

En terminant le rapporteur insiste sur l'intérêt que présenteraient l'installation dans les hôpitaux d'une salle d'appareillage pour fractures munie du personnel et du matériel nécessaires y compris la radiographie et la création, dans les grandes villes au moins, d'un service spécialisé faisant revivre les centres de fractures organisés pendant la guerre.

(*A suivre.*) Chastenet de Géry et Dariau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 20 octobre 1925)

A propos des cas de variole signalés dans les départements du Midi. — M. L. Camus. Les dernières communications faites à l'Académie sur la grande atténuation de la virulence du virus variolique dans les récentes épidémies ne doivent pas faire oublier que ce virus peut à chaque instant se manifester avec toute sa virulence. Actuellement, dans plusieurs départements du Midi où la variole vient d'être signa-

lée, la mortalité est aussi grande que dans les épidémies si meurtrières d'autrefois : 1/5 à Toulouse, 1/3 à Béziers et aux environs. La diffusion des germes pouvant atteindre un point quelconque du territoire grâce aux communications rapides et nombreuses qui existent actuellement, il est opportun de rappeler que les personnes qui ont perdu leur immunité vaccinale risquent partout d'être contaminées par les germes varioliques et de contracter une variole grave. Pour que la vaccine protège sûrement contre la variole il faut que la vaccination ne soit pas trop ancienne; avec le temps l'immunité qu'elle confère s'atténue et disparaît. Dans l'ensemble de la population ce sont les femmes qui sont le moins immunisées car elles échappent souvent aux revaccinations obligatoires. A Toulouse, sur 29 cas de variole récemment constatés on compte 23 femmes.

Rappelons donc à nos clients qu'il est sage de se faire vacciner tous les cinq ans et même tous les trois ans sans attendre les premières manifestations d'une épidémie.

Technique nouvelle pour la mise en pratique de l'oxygénothérapie sous-cutanée. — M. Coutière. L'utilisation thérapeutique de l'oxygénothérapie sous-cutanée montre, de plus en plus, que cette méthode n'est pas exclusivement destinée à jouer un rôle de suppléance dans les cas graves d'intoxication ou d'asphyxie. Les succès remarquables et souvent inespérés signalés par de nombreux auteurs (Bayeux, Martinet, Armand-Delille, Lian, Hallé, etc.) dans les bronchopneumonies, la coqueluche, l'asthme, les asthénies, les anémies graves, les affections cardio-rénales, etc., prouvent que cette méthode a certainement une action toni-cardiaque puissante, antitoxique, et sans doute aussi dérivative. Elle agit, en effet, malgré la quantité relativement minime d'oxygène injecté (en général 50 à 200 centimètres cubes, tous les jours ou tous les deux jours), et la résorption lente du gaz qui demande vingt-quatre à quarante-huit heures.

Mais, pour la généralisation de son emploi, il convient que l'appareillage réunisse le maximum de simplicité, de sécurité et de précision.

L'appareil d'Agasse-Lafont et Roger Douris, présenté par le professeur Coutière, a pour but de réaliser ces conditions.

Il ne nécessite en effet ni obus d'oxygène, ni détendeur et manomètre. Basé sur la fabrication extemporanée de l'oxygène au moment même de son emploi, il est exclusivement composé d'un flacon et d'une seringue.

Dans le flacon de petite dimension (50 centimètres cubes), l'oxygène est produit par l'action d'un comprimé à base de bichromate de potassium sur l'eau oxygénée. Cette réaction est pratiquement très supérieure à celle du permanganate de potasse. En effet, le dégagement du gaz est retardé de quelques minutes et il est plus lent, ce qui évite toute crainte de rupture du flacon ou d'expulsion du bouchon. D'autre part, il n'y a pas de résidu pulvérulent qui puisse encrasser l'appareil, et par ses propriétés catalytiques réagir au moment de l'introduction d'une nouvelle dose d'eau oxygénée.

Le bouchon même du flacon renferme un barboteur dans lequel le gaz est lavé et purifié. Le dégagement se fait sous une pression suffisante pour actionner le piston d'une seringue de 100 centimètres cubes dont on peut ainsi suivre et mesurer le remplissage; cette seringue permet d'injecter avec lenteur et précision exactement la dose jugée nécessaire.

La reconstitution fonctionnelle du côlon après colectomie totale. — M. Pierre Duval. La colectomie totale est toujours suivie d'une dilatation du grêle, et il se produit dans les deux mois environ qui suivent l'intervention une véritable restauration fonctionnelle du côlon.

Les anses grêles, ainsi que l'ont montré à M. Pierre Duval de nombreuses expériences sur le chien, voient leurs fibres musculaires se développer. Dans une première période ce développement amène de la diarrhée. Plus tard les anses grêles distendues arrivent à ne plus fonctionner que par réplétion, on constate de la constipation, on peut même observer une obstruction presque complète. On retombe donc dans les troubles fonctionnels auxquels on voulait remédier.

Les expériences de M. P. Duval sur le chien, ses observations sur des opérés, lui permettent d'affirmer que l'ablation totale du côlon, pour remédier à des troubles fonctionnels moteurs du côlon, est une opération parfaitement illogique.

De l'état des trompes interstitielles dans les affections utéro-annexielles. — M. Daniel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 16 OCTOBRE 1925)

Tumeur de la glande pinéale chez un adulte, diagnostiquée cliniquement (constatations radiographiques). — MM. Alajouanine, Lagrange et Baruk présentent un homme de vingt-six ans chez qui l'on peut faire le diagnostic de néoplasie de la région des tubercules quadrijumeaux par la constatation, en plus d'un syndrome d'hypertension intracranienne typique, de paralysies oculaires prédominant sur l'élévation et l'abaissement des yeux, accessoirement portant sur la convergence et l'abduction, d'un signe d'Argyll-Robertson bilatéral en l'absence de syphilis, de troubles auditifs centraux, d'accès de somnolence, auxquels s'ajoutent quelques troubles de voisinage d'apparition plus récente : syndrome thalamique fruste unilatéral, syndrome cérébelleux fruste du même côté. La néoplasie cause de ce syndrome régional, suspectée d'avoir pris naissance au niveau de la glande pinéale, peut être affirmée comme due réellement à une tumeur de cet organe, par l'existence d'une calcification importante constatée à la radiographie exactement en la situation correspondant à l'hypophyse. Les auteurs insistent surtout sur l'intérêt de ce diagnostic topographique chez l'adulte (chez l'enfant le syndrome de puberté précoce joint aux signes de tumeur rendant le dia gnostic assez facile) et sur l'importance du renseignement qu'apporte la radiographie, sans laquelle le diagnostic ne pourrait être affirmé.

L'hémogéno-hémophilie. — MM. P.-E. Weil et P. Isch-Wall rapportent les observations de sujets atteints d'affection hémorragipare chronique. L'étude clinique et surtout biologique de ces malades montre qu'ils ne sont ni des hémophiles, ni des hémogéniques purs. Ils présentent une association des deux syndromes typiques, réalisant des aspects cliniques pour l'ensemble desquels les auteurs proposent le nom d'hémogéno-hémophilie. Chacun de ces deux syndromes se traduit, chez le même malade, par ses lésions sanguines distinctives : l'hémophilie par le retard de coagulation, l'hémogénie par la prolongation du temps de saignement, la fragilité des endothéliums vasculaires, la diminution des hématoblastes. La connaissance de cette classe est importante car elle évite de faire entrer dans le cadre de l'hémophilie ou de l'hémogénie des cas qui ne sauraient y trouver place qu'en forçant les faits.

L'éther-benzyl-cinnamique dans le traitement des adénites tuberculeuses. — M. Jacobson rapporte avec photographies quatorze cas d'adénites tuberculeuses traités avec succès par l'éther-benzyl-cinnamique dans les services de MM. Sébileau et Dufour.

Il a suivi la même technique que dans le traitement du lupus tuberculeux préconisé par lui précédemment.

L'action de ce produit se manifeste d'abord sur la périadénite qui graduellement diminue et finit par disparaître, et les différents ganglions qui constituaient la masse adénopathique deviennent alors isolables. Le ganglion lui-même peut subir trois modes de transformations :

1° Il se ramollit d'abord et se résorbe ensuite;

2° Il se ramollit, se fluidifie et s'élimine sous forme d'une bouillie purulente;

3° Il diminue progressivement de volume et un processus scléreux l'envahit et l'étouffe dans ses mailles.

L'auteur démontre qu'il s'agit d'un traitement médical dont l'application n'est pas locale et d'un médicament très bien supporté qui ne provoque aucun accident local ni général.

Introduit dans l'organisme ce médicament est capable non seulement d'améliorer le foyer tuberculeux quelle que soit sa localisation, mais dans certains cas il peut aussi le guérir.

Endocardite lente et réaction de Wassermann. — M. Laudan (de Varsovie).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1925)

Traitement du tétanos grave par la sérothérapie intra-rachidienne. — M. ROBINEAU analyse un travail de M. Brisset sur ce sujet. Ce travail s'appuie sur 32 observations personnelles, avec 27 guérisons et 5 décès.

M. le rapporteur rapprochant ces faits d'autres observations arrive à un total de 52 observations avec seulement 12 p. 100 de mortalité. En cas de tétanos grave, aucun autre traitement n'a donné d'aussi bons résultats.

M. DUJARIER demande à M. Robineau si la dose de 0,60 centimètres cubes qui, paraît-il, a été souvent injectée dans le canal rachidien n'est pas trop élevée.

M. ROBINEAU répond qu'on a pu injecter jusqu'à 0,8 centimètres cubes, qu'un même malade a pu recevoir 270 centimètres cubes en cinq injections, sans jamais avoir présenté le moindre accident.

Fracture de cuisse à grand déplacement et fracture comminutive de la rotule. — M. PICOT fait un rapport sur une observation adressée par M. Clavelin (du Val-de-Grâce). Il s'agit d'un jeune soldat qui, par suite d'une chute grave présenta plusieurs contusions et une fracture de la cuisse avec fracture de la rotule. M. Clavelin appliqua une traction par broches intracondyliennes et plaça le blessé dans un appareil à suspension. Bon résultat anatomique et fonctionnel.

M. Picot approuve la technique de M. Clavelin.

— Suit une discussion à laquelle prennent part MM. Gernez, Rouvillois et Picot.

Diarrhée amibienne, abcès de la rate. — M. ROUX-BERGER analyse une observation de M. Perard (de Casablanca). Il s'agit d'une jeune femme de vingt et un ans, atteinte de diarrhée, très anémiée, dans un état grave On constate chez elle une rate volumineuse. L'examen ne révèle pas la présence d'hématozoaires, mais bien la présence d'amibes. Intervention : on trouve un abcès de la rate, on ouvre et on draine. Grande amélioration. M. Roux-Berger se demande quelle a pu être dans ce cas la voie d'accès sur la rate. Est-ce la voie lymphatique ou la voie sanguine? Plus probablement cette dernière.

Invagination intestinale. — M. ABADIE (d'Oran) fait une communication sur plusieurs cas d'invagination intestinale chez l'enfant. Chez un enfant atteint d'entérite chronique apparaît le syndrome de l'invagination. Intervention immédiate; résection et anastomose bout à bout, guérison. Chez l'un de ces enfants, quelque temps après l'opération, récidive dans un de l'intestin éloigné du point primitivement atteint, nouvelle intervention, si bien que chez cet enfant il a été réséqué 85 centimètres d'intestin, en deux fois.

M, MATHIEU fait observer que ces récidives d'invagination chez l'enfant ne sont pas aussi rares qu'on le croit généralement. Il en a observé plusieurs exemples.

Dans un cas de récidive l'enfant a guéri tout seul. Ce qu'il y a d'intéressant dans le cas rapporté par M. Abadie c'est que la récidive s'est produite dans un point éloigné du point primitivement atteint.

M. VEAU a observé aussi des récidives d'invagination chez des nourrissons et aussi chez des enfants plus âgés, mais il s'agit alors généralement d'invaginations lentes chroniques. C'est presque toujours à la résection qu'a eu recours M. Veau.

M. MAUCLAIRE a aussi observé des cas d'invaginations multiples.

La gastrostomie dans les cas de hernie transdiaphragmatique de l'estomac. — M. ABADIE rapporte l'observation d'une fillette de deux ans qui était atteinte d'une hernie diaphragmatique droite, Cet enfant était dans un état très grave et ne pouvait plus s'alimenter. M. Abadie pratiqua une gastrostomie et la guérison survint.

Luxation carpienne. — M. MOUCHET rapporte deux observations de luxation du poignet méconnue et qui constituent une infirmité très douloureuse. M. Mouchet pratique l'ablation du scaphoïde et obtint un bon résultat dans les deux cas.

Du rôle de l'appendicite dans l'étiologie de la périduodénite. — M. BASSET a réuni huit observations dans lesquelles, après une opération pour appendicite aiguë sont survenus des accidents de périduodénite. Il s'agissait, dans ces cas, d'accidents purement inflammatoires. Une seconde intervention pour libérer le duodénum a amené la guérison. Les conclusions que M Basset tire de ces faits, c'est que chez ces malades qui continuaient à souffrir après une appendicectomie, il faut penser à la périduodénite.

REVUE DES THÈSES

Contribution à l'étude du traitement du rhumatisme blennorragique. « Les injections intra-musculaires de lait associées à la vaccinothérapie » (1), par le docteur Jean-Baptiste ROUX.

Malgré les résultats intéressants obtenus par l'usage des vaccins antigonococciques, aucun de ces derniers n'a montré jusqu'ici de véritable supériorité. Par ailleurs, les injections intra-musculaires de lait ne semblent avoir, par elles seules, qu'une action médiocre et peu durable vis-à-vis des complications articulaires de la blennorragie.

Par contre, l'association du lait au vaccin a paru à l'auteur plus efficace que l'emploi isolé de chacun de ces deux agents.

Et, en effet, le lait stérilisé, brutalement introduit dans l'organisme, y détermine, sans doute, un choc protéinique suffisant pour atténuer la virulence du germe en cause. A la faveur du déséquilibre humoral ainsi produit, et du fait que les microorganismes se trouvent en état de moindre résistance, le vaccin antigonococcique injecté doit voir son action spécifique utilisée d'une façon plus rapide et meilleure.

Déjà cette méthode avait paru favorable dans quinze cas d'épididymites. Les résultats se sont confirmés dans les dix-huit observations de rhumatismes gonococciques que M. J. B. Roux a pu réunir : I. Les *arthrites et polyarthrites aiguës*, ainsi que les *formes pseudophlegmoneuses*, ont été nettement influencées à l'aide d'un nombre relativement modéré d'injections ; et, rapidement, l'on a pu noter l'atténuation, puis la disparition des douleurs et des phénomènes inflammatoires locaux. Les résultats fonctionnels ont paru satisfaisants. II. — L'auteur fait quelques réserves au sujet des *formes subaiguës* et cependant, ici encore, les observations relatées témoignent en faveur de la méthode. Il n'a pas retiré d'avantages certains vis-à-vis des *formes chroniques*.

En attendant des observations plus nombreuses, on peut déjà conclure, tout au moins, à l'intérêt réel de la méthode; et, dans tous les cas, il y a lieu d'insister : 1° D'une part sur la simplicité de la technique :

— Le *lait*, stérilisé ou bouilli est injecté par voie intramusculaire aux doses de 1 à 5 centimètres cubes, injections répétées tous les deux jours, une série de 6 piqûres suffit fréquemment ; le lait en nature paraît devoir être préféré.

— Le *vaccin antigonococcique de l'Institut Pasteur* est injecté, par voie hypodermique, aux doses de 1/4 à 1 centimètre cube ; dans certaines formes aiguës ou pseulophlegmoneuses il est avantageux d'utiliser un mélange à parties égales de vaccin antigonococcique et antistaphylococcique. Dans ces mêmes formes et dans les cas rebelles, M. Tansard a souvent retiré bénéfice de l'autovaccin, concurremment au lait.

2°; D'autre part sur son innocuité relative.

— La *réaction locale*, lorsqu'elle existe, reste minime : simple endolorissement au lieu de l'injection, en règle modéré et passager. — Les *phénomènes généraux*, n'ont jamais revêtu de caractère alarmant. Le choc fébrile 39 degrés s'observe fréquemment et peut se répéter après chaque injection, mais il est éphémère, et c'est un témoin fidèle de la réaction de l'organisme.

(1) *Th. de Paris*, 1925. — Paris, A. Legrand.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925

DOCTORAT EN MÉDECINE. — DIPLÔME D'ETAT. — 55. ALAIN. — Thyroïdites typhiques et paratyphiques.

17. BARON. — Les inhalations d'oxygène dans la dépression atmosphérique.

9. BARRAT. — Contribution à l'étude du cancer du nez.

31. BASILE. — Traitement de l'otite externe par l'autohémothérapie.

112. BEAUMONT. — Le sarcome de la langue.

12. BELLE. — A propos de six observations inédites de fracture de l'apophyse trigonale.

68. BEUROIS (Mlle). — Contribution à l'étude de la grossesse gémellaire.

80. BON. — Contribution à l'étude de la chondromatose ostéogénique.

44. BOURRET. — Les péricystites dans l'adénome prostatique.

22. BOUSSELET. — Contribution à l'étude de la résection du genou pour tumeur blanche chez l'adulte.

84. BOUTITIÉ. — La formation des idées générales chez les aveugles-nés.

98. BRIAND. — Contribution à l'étude du diagnostic de la coqueluche par l'intradermoréaction.

1. BROBAND. — Valeur de la palpation de l'épaule dans le diagnostic des positions et variétés de position du sommet.

122. BRUN. — Contribution à l'étude des ruptures traumatiques intraabdominales de la vésicule biliaire.

2. BUISSON. — Contribution à l'étude de l'urétérostomie iliaque.

93. CAMUS. — Contribution à l'étude des hémorragies intrapéritonéales d'origine génitale en dehors de la grossesse ectopique.

105. CASTEBERT. — Spirochètes et spirochétoses. Acquisitions nouvelles.

63. CAUBET. — Contribution à l'étude des syndromes paralytiques consécutifs aux tumeurs malignes de la glande parotide.

75. CAUSSIMON. — Les fièvres menstruelles dans la tuberculose pulmonaire.

21. CHAMBON. — Tuberculose rénale à forme pseudo-lithiasique.

101. CHAUVENET. — Le traitement chirurgical du cancer de l'estomac. Etude critique des contre-indications opératoires.

16. COLÉNO. — Contribution à l'étude des ixodidés et de leur rôle pathogène.

7. COLOMBET. — Contribution à l'étude des difficultés du diagnostic et du traitement de certaines tuberculoses mammaires.

78. COSTE. — La hernie-accident. Etat actuel de la question.

114. COUTY. — Les crises aiguës fébriles dans la nécrobiose des fibromes utérins.

71. DEDIEU-ANGLADE. — La paralysie générale sans méningite.

58. DÉJEAN. — Des récidives tardives des sarcomes.

108. DELMAS-MARSALET. — Contribution expérimentale à l'étude des fonctions du noyau caudé.

37. DELOM. — Les rayons ultraviolets. Contribution à leur emploi en médecine générale.

92. DENIS. — Myomectomie au cours de la grossesse.

6. DUFFAUT. — De l'essence de cèdre (ced roc) en thérapeutique.

119. DUFFOUR. — L'intradermo-réaction au colibacille dans ses rapports avec les suites de l'appendicectomie.

38. DUFILHO. — Etude critique des conditions d'application du principe de la présomption d'origine dans le cadre de la nouvelle loi sur le recrutement de l'armée.

72. DUMAIL. — Etude radiographique de l'ossification du squelette du pied normal.

47. DUPAS. — Contribution à l'étude anatomique et histologique du ganglion ophtalmique chez l'homme et divers animaux.

102. EYRAUD. — Contribution à l'étude de l'allaitement maternel après césarienne conservatrice ou suivie d'hystérectomie.

32. FABRE. — Contribution à l'étude des hémorragies méningées spontanées. Leurs rapports avec l'encéphalite épidémique.

46. FARINAUD. — L'oulectomie. Sa place et ses indications dans le traitement opératoire du glaucome.

66. FAURET. — Pleurésie séro-fibrineuse et vésicatoire.

60. FÉNIÉS. — Le choc nerveux existe-t-il?

117. FILIPPI. — Traitement du placenta prævia à la clinique d'accouchements de Bordeaux.

10. FLATRÈS. — Les indications de la thérapeutique du labyrinthe.

69. FLYE-SAINTE-MARIE. — Contribution à l'étude des déterminations cutanées au cours de l'encéphalite épidémique.

110. FONTAINE. — Contribution à l'étude des blépharites dans les amétropies.

67. FROMENTY. — Erotisme et hallucinations. Contribution à la psychologie des délires.

77. GASTON. — Les injections hypodermiques dans la constipation.

35. GAY. — La fièvre dans les cancers du foie.

3. GERMAIN. — Contribution à l'étude de l'heure de la trépanation dans le cas d'hématome extradural consécutif à un traumatisme cranien chez l'adulte.

118. GUICHAMANS. — Fonctionnement de la clinique obstétricale en 1924.

70. GUILHON. — Contribution à l'étude des kystes hydatiques du corps thyroïde.

41. GUILLINY. — Contribution à l'étude des propriétés toxiques de la chloropicrine-chloropicrine et serpents.

51. GUY. — Essai sur les théories des sens et quelques autres opinions physiologiques des philosophes grecs.

26. HÉRIVAUX. — Contribution à l'étude critique du syndrome de Raynaud.

13. HONTON. — Conduite à tenir dans les collections suppurées de la vulve et du vagin pendant la grossesse et l'accouchement.

74. HOUSSET. — Contribution au traitement chirurgical de la luxation habituelle de la rotule en dehors.

57. HUARD. — Recherches anatomiques sur les sinus costo-diaphragmatiques. Leurs applications à la médecine opératoire.

18. HUSSON. — Contribution à l'étude de la forme paroxystique du syndrome d'hyperexcitabilité végétative.

86. JAURETCHE. — La pyorrhée alvéolo-dentaire est-elle la localisation d'un état général, une maladie locale ou une maladie infectieuse?

91. JEAN. — La migraine accompagnée d'épilepsie.

107. KERJEAN. — L'amibiase depuis la guerre. Conception nouvelle.

111. LAFOND. — Le pronostic du gliome de la rétine.

83. LAGEAT. — Traitement général des grandes hémorragies.

87. LAGORGE. — Contribution à l'étude de l'anesthésie obstétricale par le somnifène intraveineux.

24. LAHILLONNE. — Les troubles de fonctionnement du corps thyroïde chez les tuberculeux.

76. LANNELONGUE. — Contribution à l'étude des résultats éloignés des opérations pour ulcères gastro-duodénaux perforés en péritoine libre.

48. LARRAZET. — Le syndrome naupathique.

59. LARRIEU. — Les œuvres bordelaises de protection de la femme enceinte et de l'enfant avant sa naissance.

28. LASSERRE. — Contribution à l'histoire du service municipal de la vaccine à Bordeaux.

11. LAURENT. — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives des cavités accessoires des fosses nasales.

89. LÉONARDON-LAPERVENCHE. — La thérapeutique de l'infection puerpérale du postpartum par le novarsénobenzol ou le sulfarsénol.

45. LE ROUZIC. — Un cyanure de mercure organique en thérapeutique oculaire.

53. LEROY. — Plastique du larynx par lambeau à pédicule tubulé.

96. LESCOUTRA. — Contribution à l'étude du cancer du vagin.

(*A suivre.*)

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 86. — MERCREDI 28 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. MERCREDI 28 OCTOBRE 1925. — N° 86.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — *Epreuve orale.* — Le jury est définitivement composé de MM. Bezançon, Guy-Laroche, Vincent, Le Lorier, Grégoire, Cadenat, Lesné, Leveuf, Duvoir, Deniker.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste alphabétique des candidats :

Mlle Abramson, MM. Abramovici, Achard, Adèle, Advenier, Alaroze, Albeaux, Allain, Amante, Amat, Amestoy, Ampugnani-Pancrasi, André, Andrieu, Angeras, Antonetti, Archambaud, Ardouin, Arguello, Armand-Laroche, Arnal, Arnaud, Mlle Arnould, MM. Attaix, Augereau, Auriacombe, Autissier (Henri), Autissier (Pierre), Auzeloux, Auzepy, Ayrignac,

Bacquelin, Mlle Baguette, MM. Bailliot, Bamas, Baqué, Barbat, Bardin, Barneville, Barot, Barrat, Barrault, Barrier (Claude), Barrier (Jean), Barros, Mlle Barthel, MM. Basgan, Batier, Baumann, Beauchesne, Bechet, Bedouret, Beinis, Belêtre, Bellière, Bérard, Bercovici, Berg (de), Mlle Berger, MM. Bergeron, Bernaud, Bertrand (Jean-Philippe), Bertrand (Roger-Jules), Besombe, Besson, Bezier, Bichet (Jean), Bicoto, Mlle Biderman, MM. Binès, Binet, Blasart, Mlles Blase, Bleu, MM. Bloch, Blondeau, Bogoraze (Dimitri), Mlles Bogoraze (Eugénie), Bogoraze (Valentine), MM. Boisramé, Boisson, Bonnet, Bons, Bonte, Bontet, Mlle Bordachar, M. Bosc, Mlles Boucabeille, Bouchet (du), MM. Boucomant, Boudin, Bouland, Boulard, Bourderon, Bourdial, Bourgeois (Claude), Mlle Bourgeois (Geneviève), MM. Bouroullec, Boursat, Bousser, Boutteau, Bouxin, Boyer, Brauman, Brémont, Bresard, Mlle Bresson, MM. Briant, Bridot, Brimont, Brisset, Brizard, Brulin, Brun, Bruneau (André-Marie), Bruneau (Jean), Mlle Brunel, MM. Bui, Butaud (Paul), Buttiaux (René),

Cabaille, Cabrit, Cadinouche, Cailleux, Mlle Camayor, MM. Camena d'Almeida, Cao-Si, Mlle Carnoy, MM. Carret, Carbonell, Casalis, Catalette, Catonné, Caudron, Mlle Cauvet, MM. Cernéa, Chalaby, Chambon, Mlles Chapiro (Miriam), Chapiro (Rachel), MM. Chaput, Chassin, Chaudron, Chaussidière, Chaux, Cherubin, Chevalier, Chevron, Clavel, Clavié, Mlle Cligny, MM. Cocagne, Coen, Cohen-Bacrie, Colonne, Conso, Conte, Cornu, Cottet, Cottin, Couallier, Courbil, Courtial, Mme Courtine, MM. Courtois, Couty, Cretziano,

Damon, Mlle Danzig, MM. Dao-Van, Dassonville, Dauchez, Dauban de Silhouette, Daure, Debuire, Decante, Defaix, Défaut, Deglaire, Deille, Delaborde, Delaby, Delay, Delbove, Delobel, Mlle Delon, M. Delorme, Mlle Delpuech, MM. Delteil, Demailly, Mlle Derombies, MM. Desbœuf, Deschamps, Mlle Desderli, MM. Deslandres, Desmoulin, Desnot, Dewé, Dijon, Mlles Domela, Douville de Franssu, MM. Do-Van, Dragomiresco, Draillard, Dreyfus, Mlle Drouhin, MM. Dubois (Jean-Louis), Dubois (Pierre-Paul), Duc, Ducœurjoly, Duflos, Dufour (Jean), Dufour (Maurice), Dulot, Dumas, Mlles Dupic, Dupont, MM. Durand (Pierre), Durand (Hippolyte), Duranton, Durieux, Durin, Durmeyer, Dutheil, Dutray,

Mlle Elosu, MM. Ernoux, Etchebarne, Eymond,

Mlle Fagnière, M. Faguet, Mlle Falguière, M. Faucher, Mlle Feer, MM. Felsenswalb, Ferrier, Ferrière, Ferron, Ferval, Fiehrer, Filliozat, Filloux, Fleurot, Fontaine, Foucaud (Paul), Foucault (Jacques), Fourès, Mlle Fournier (Berthe), MM. Fournier (Paul), Frahier, Frain, Fraisse, Fron, Frugier,

Mlle Gagneur, MM. Galland, Garnier, Gasne, Gastaud, Gauthier, Gavriloff, Gelly (Georges), Gely (Raymond), Gencel, Gendreau, Gérard, Ghelerter, Mlle Ghinger, MM. Girard, Gibert, Gignoux, Gindraud, Giraud, Gisclard, Mlle Gliksman, MM. Gluck (Alexandre), Gluck (Coloman), Gluck (Léopold), Godefroy, Goldstein, Goliger, Gopcevich, Gorelik (Benjamin), Mlle Gorelik (Elisabeth), MM. Gottfried, Gouget, Goulet, Goutallier, Goutry, Gouzonnat, Grangé, Grégoire, Grimault, Gros, Grozieux de Laguérenne, Guédon, Guerche, Guérin, Guerlot, Guichard, Guillermon, Guillon, Guinchard, Guybert de la Bausserie, Guynot de la Boissière, Guyon,

Habert, Habibollah, Haïk (Henri-Elie), Haïk (Maurice-Louis), Hallot, Harari, Hélion, Hémon, Henrion, Henriquez,

Héritier, Hermabessière, Mlle Herr, MM. Hogarth, Hollander, Hornus, Houzel, Hubert, Humbert (G), Hurez, Hutin,
Iliovici,
Jacobé, Jalef, Jalley, Jambon, Mlle Jammet, MM. Janaud, Jauneau, Mlle Jeannocopoulo, MM. Jimenez, Jodin, Jomain, Josseran, Jouis, Jourdan, Judde, Judet, Juge, Juhan, Julien, Jung, Jurist, Jusseaume,
Kalomiris, Kanoui, Karmann, Mlle Kaz, MM. Kenesi, Kessis, Kindynis, Klotz, Kotchoura, Mlle Koudria, MM. Kritchewsky, Kuborn, Mlle Kuntz,
MM. Labignette, Laborde, Lachowski, Lachter-Pachter, Lafay, Lahaussois, Lainé, La Mouche, Mlle Lang, MM. Langlois, Langre (de), Lannegrace, Laoüenan, Laquerrière, Mlle Lataste, MM. Laude, Lauprêtre, Lavandon, Mlle Lavault, Mme Lavie, Mlle Lavroff, MM. Leblanc, Leboulanger, Leca, Lechaa, Mlle Leconte, MM. Lefas, Lefebvre, Lefrançois, Le Garrec, Léger, Legrand, Le Guay, Lejeune, Lellouch, Lemaître (André), Lemaître (Yves), Lemasle, Lemeunier, Lepart, Mlle Lépine, MM. Lerolle, Leroy, Lesegretain, Le Sourd, Lestienne, Léveiller, Leven (Roland), Levin (Jean), Mlle Lévy (Adeline), MM. Lévy (Jacques), Lévy (Maurice), Lévy (Robert-Stéphane), Lewin (Gédéon), Lieffring, Limasset, Lindemann, Loisel, Mlle Loriot, MM. Louis, Lucas, Luciani,
Macé de Lépinay, Mac-Guffie, Magat, Magnin, Maillefer, Makluff, Malachier, Maleplate, Mansour, Mlle Marie, MM. Maroger, Martin, Marx, Massari, Masselin, Masset, Massier, Masson, Mathis, Maurer, Mauvais, Mazer, Mazeyrie, Meidinger, Meillaud, Meisel, Melin (Michel) Melun (Tsicou), Mencière, Ménétrel, Menger, Menjot, Menyasz, Mlle Mercier, MM. Merlaud, Mestre, Metzger (Henri), Mezard, Mezger (Johann), Michel, Misset, Mlle Modzelewska), MM. Moigneau, Moldavan, Mondain, Mondjian, Monestier, Mlle Monsarrat, M. Moreau, Mlle Moret, MM. Morin, Mornas, Mortzun, Moureau, Munié, Mlle de Mure de Larnage,
MM. Nattaf, Nauwelaerts, Nazarian (Alexandre), Nazarian (Heirabed), Mlle Neumann, MM. Nguyen, Nigay, Nomblot, Normand, Norodom,
Odru, Olivier-Pallud, Oppenot, Mlle d'Ornano, MM. Oustric.
Paillard, Papageorges, Parienté (Marcel), Parienté (Jacques), Parnet, Parrique, Patet, Pautrat, Payen, Pellegrin, Penant, Peney, Pépin, Péraire, Mlle Peretti (de), MM. Pereverzeff, Périer, Péron, Pescarolo, Petit, Petiton Saint-Mard, Pham-hûn (Chi), Piel, Piet-Latandrie, Pierre, Mme Pierredon (de), MM. Pilpoul, Pineau, Mlles Pinal, Pissard, MM. Poirier, Polacco (Etienne), Polacco (Jacques), Pollak, Pomerais, Poreaux, Porge, Portu (de), Potier, Pougin, Mlle Poulain, MM. Poupault, Pouzergues, Pradel, Mlle Prieur (Jeanne), MM. Prieur (L.), Prost, Prunet, Pulsford, Puymartin, Pyt,
Quériault, Quilichini,
Raboutet, Rachelsberg, Raganeau, Raoul-Duval, Rapaport, Mlles Ratner (Marie), Ratner (Véra), MM. Reboul, Regis, Reynaud, Rigot, Rist, Mme Robert, née Soemana de Gialluly, MM. Robert (Joseph), Robert (Paul), Robert (Yvon), Rocher, Rodier, Rodrigue, Mlle Rœderer, MM. Rollin, Ronceray, Rondepierre, Rosen, Rosner, Rothéa, Rouher, Roullier, Rousseau (Gaston), Rousseau (Georges), Mlle Roussy, MM. Rozea, Rudler, Ruty,
Sabetay-Marcus, Sabourin, Mlle Saint-Cène, MM. Salgo, Samama, Sambron, Sapoznik, Saullière, Mme Saulnier, MM. Schmitt (Jean), Schmitt (Roger), Mme Schreiber, MM. Schwartz, Secret, Mlle Ségal, MM. Sénéquier, Sergent, Sévin, Sidi, Sifflet, Sigaud, Simon (Jacques), Simon (Robert), Simonot, Sliosberg, Mlle Smirnoff, MM. Solignac, Souilhé, Soyer, Stoclet, Strouzer, Surpas, Szilagyi, Mlle Szymkievicz,
MM. Taboureux, Tardif, Tavennec, Tawil, Tellier (Auguste), Tellier (Pierre), Tesnière, Tessier, Testu, Thirard, Thomann, Thorel, Thouluc, Thouvenel, Thuvien, Tiburce de Cholnoky, Timsit, Tixidre, Torchaussé, Toulemonde, Touvet, Touzard, Trifkovitch, Mlle Tourquois,
Mlles Ullmann (Charlotte), Ullmann (Elisabeth),
MM. Vachlas, Vaillant, Vala, Valdman, Valençon, Mlle Valentin. M. Valette, Mlle Vallet, MM. Valois, Vasse, Vautrin, Vecsler, Verdier, Vexenat, Viala, Victor, Viellard, Villière, Villoutreix, Mlle Vimeux, MM. Vinceneux, Vincent (Paul), Vincent (Pierre), Voignier, Voizot, Vromet,
Waddington, Wechsler, Wermeille, Werner, Wirz, Woringer,
Mme Yeu, née Bostier, M. Yun,
MM. Zaouche, Zhâ, Zwahlen.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Epreuves écrites :

Questions données : Actions de ralentissement et d'arrêt du cœur. — Complications des fractures.

Questions restées dans l'urne : Régulation thermique. — Coagulation du sang. — Sémiologie de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Hémorragies intrapéritonéales.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — ALGER. — M. Rouvier, professeur de clinique obstétricale, admis à faire valoir ses droits à la retraite, est nommé professeur honoraire.

M. Hermann, préparateur de physiologie, est chargé, pour l'année scolaire 1925-1926, des fonctions d'agrégé, en remplacement de M. Battez, en congé.

— NANCY. — M. le professeur agrégé Cornil et M. Goepfert sont nommés médecins de l'hospice d'enfants J.-B. Thierry.

M. le professeur agrégé Cornil assurera le service des enfants nerveux, mentaux ou dystrophiques, ainsi que la direction médicale de l'hospice.

M. Goepfert sera chargé du service des enfants atteints de maladies chroniques ainsi que de l'infirmerie.

ASSOCIATION DES MEMBRES DU CORPS ENSEIGNANT DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — Nouveau bureau : président, M. le prof. Sébileau ; vice-président, M. le prof. Guyot ; secrétaire général, M. Mauclaire ; trésorier, M. Moog.

Les questions suivantes ont été discutées :

1° Choix des questions à poser aux épreuves écrites du premier degré des agrégations de spécialités ;

2° Obligation des manœuvres obstétricales ;

3° Assimilation des agrégés définitifs aux maîtres de conférences des facultés des sciences ;

4° Insuffisance de la péréquation des traitements proposée par la Commission des finances et publiée par la *Tribune des fonctionnaires* du 25 août dernier ;

5° Traitement des agrégés chefs de travaux aussi élevé que celui des chefs de travaux non agrégés ;

6° Relèvement du traitement des chefs de clinique ;

7° Nominations des garçons de laboratoire choisis parmi les mutilés et acceptés par les directeurs de laboratoire.

LA VISITE DES MÉDECINS TCHÉCOSLOVAQUES. — L'Académie de médecine a reçu samedi la visite des médecins tchécoslovaques qui sont actuellement en voyage d'études à Paris. Ils ont été accueillis par le bureau dans la salle des séances où le président M. Barrier leur a souhaité la bienvenue. M. Achard, secrétaire général, a ensuite fait un court exposé de l'Académie, de son histoire et de son rôle de conseillère du gouvernement et de protectrice de la santé publique par le contrôle qu'elle exerce sur les sérums, les vaccins et les eaux minérales. Le professeur Amerling (de Prague) a remercié l'Académie de son accueil, qui est, a-t-il dit, pour les médecins tchécoslovaques, un honneur, et a fait ressortir combien le titre de correspondant étranger de l'Académie était hautement apprécié au delà de nos frontières. Nos confrères tchécoslovaques ont ensuite visité les différents services de l'Académie de médecine et ont admiré notamment la belle collection Daremberg, composée de précieux incunables médicaux qui avait été installée à leur intention dans la salle des Pas-Perdus.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Sous la direction de M. L. BABONNEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ

APPAREIL CIRCULATOIRE

Trois cas de rupture spontanée du cœur, dont l'une chez un homme jeune. (THIBAULT, BRETON et POURE. *Gaz. méd. de Nantes*, 15 août 1925, n° 16, p. 323-334.) — Les auteurs rapportent trois cas de rupture du cœur. Les deux premiers concernent des vieillards et répondent au type classique de la rupture d'un infarctus consécutif à l'oblitération d'artères coronaires athéromateuses. A leur sujet, il convient de remarquer la fréquence, chez le vieillard, des ruptures du cœur par infarctus. Le seul symptôme est la mort foudroyante, parfois précédée de phénomènes relevant de la myocardite et de la surcharge graisseuse du cœur. Roussy a noté la rareté de l'angine de poitrine. La symptomatologie est toute différente de celle qui s'observe dans les plaies traumatiques du cœur. Cela tient (Roussy et Ameuille) à ce que les plaies d'origine traumatique, traversant un parenchyme contractile, sont en partie aveuglées par la tonicité du muscle, aussi l'hémopéricarde ne se produit-il que lentement. Au contraire, le tissu nécrosé d'un infarctus n'oblitérant rien, le myocarde chasse le sang par l'orifice béant de rupture du myocarde : l'hémopéricarde est alors brusque, et le cœur comprimé s'arrête. Quelquefois (Aubertin), la mort est précédée de phénomènes plus ou moins durables dont l'évolution semble se faire en deux temps.

Le début est brusque : une douleur atroce fréquemment sternale, parfois épigastrique ou abdominale, s'accompagne très souvent de vomissements. Dans les heures suivantes, c'est le tableau de l'angine de poitrine par insuffisance ventriculaire gauche. La douleur est nettement précordiale et en étau, irradiant à l'épaule et au bras gauche. Le malade angoissé, cyanosé, dyspnéique, est couvert de sueurs froides. Son pouls, le plus souvent rapide, petit, irrégulier, ou ralenti et régulier, présente parfois des périodes de ralentissement et d'accélération. Les bruits du cœur sont sourds et irréguliers ou normaux. Dans aucun des cas connus, à ce moment, l'examen n'a révélé les signes d'un épanchement péricardique.

Une rémission survient qui dure plusieurs heures parfois trois jours. Douleur, angoisse, dyspnée, arythmie, sont très atténuées. Et puis, c'est la mort foudroyante à l'occasion d'un effort ou sans cause : le malade s'affaisse et meurt.

La pathogénie de ces symptômes a été diversement interprétée.

Un point semble acquis : au début et dans la période intercalaire, n'existe aucun signe d'épanchement péricardique. L'hémopéricarde n'est pas progressif ici comme dans les plaies du cœur.

Aubertin attribue la douleur initiale à la formation de l'infarctus; la mort subite traduirait instantanément la rupture du cœur. Il croit que la formation d'un infarctus du cœur n'est pas toujours aussi silencieuse qu'on le dit classiquement, car Lian, Gallavardin ont vu l'infarctus non rompu donner les signes de la grande angine du décubitus.

Achard fait remarquer que, dans certaines observations, la mort suit de trop près la douleur initiale pour que l'infarctus ait eu le temps de se nécroser. Dans ces cas, comme dans ceux de mort foudroyante, le début réel de l'infarctus serait silencieux, mais ici la rupture serait progressive, se ferait en plusieurs temps. La douleur initiale correspondrait à une déchirure incomplète, à une fissuration partielle de la paroi; la mort foudroyante terminale traduirait la rupture complète avec inondation du péricarde.

Entre les faits de mort foudroyante qui sont la règle et ceux exceptionnels dont les symptômes évoluent en deux temps, se placent ceux, également exceptionnels, où la mort est seulement rapide. Elle survient en moins d'une heure ou en quelques heures, précédée d'angoisse, de douleur précordiale, de dyspnée, de cyanose avec pouls petit, rapide, irrégulier. Il en fut ainsi, dans les deux cas des auteurs, où la mort survint en une heure et demie et huit heures. Dans le second, il y eut une certaine rémission, mais le début ne fut pas aussi dramatique que dans ceux relevés par Aubertin. Il est impossible de dire ce qui revient à la myocardite ancienne, à l'infarctus et à la rupture.

Sur les deux cœurs, la rupture a sa forme anatomique typique. Elle s'est produite à la faveur d'un infarctus récent, au siège d'élection dans la deuxième observation sur la face antérieure du ventricule gauche par oblitération de la coronaire antérieure, à la face postérieure du même ventricule, dans la première, par oblitération d'un rameau postérieur. Comme toujours, l'orifice externe est beaucoup plus large que l'interne; suivant la comparaison du Dictionnaire encyclopédique, le trajet est analogue à celui d'une balle tirée du ventricule vers le péricarde. Ce trajet d'ailleurs semble réglé par la forme de l'infarctus surtout dans la première observation où l'on voit le trajet vertical devenir horizontal en rencontrant un mur de muscle sain.

La troisième observation qui appartient à Cuffer est beaucoup plus complexe que les deux autres. Il s'agit d'une rupture d'anévrisme partiel du cœur chez un homme jeune atteint de symphyse cardiaque tuberculeuse. L'anévrisme siégeait à la pointe; de grandes dimensions, tapissé d'épais caillots organisés, durs, adhérents, il était surtout creusé aux dépens de la paroi externe du ventricule gauche devenu très mince. L'artère coronaire antérieure était oblitérée, sur un trajet de 5 millimètres, à 2 centimètres de son origine, après la naissance de la branche auriculo-ventriculaire. A noter l'existence d'autres infarctus : splénique, rénaux, cérébraux.

Chez le vieillard, disent les auteurs, l'anévrisme partiel du ventricule est, après l'infarctus récent, la cause la plus fréquente des ruptures du cœur. Ainsi mourut Talma, à soixante-trois ans. Infarctus et anévrisme sont d'ailleurs, l'un et l'autre, des conséquences d'une même affection, l'artério-sclérose du cœur. L'infarctus par oblitération des artères terminales du myocarde a pour conséquence tantôt le ramollissement aigu et la rupture, tantôt l'organisation et la sclérose. C'est alors, comme l'a montré René Marie, la plaque fibreuse si l'infarctus est superficiel, l'anévrisme partiel, si la paroi est lésée profondément.

Rupture du cœur et anévrisme partiel sont rares chez les jeunes. Les causes exceptionnelles, les gommes, voire les abcès du myocarde et les kystes hydatiques, peut-être les myocardites, prennent alors une place assez importante dans l'étiologie près de l'artérite oblitérante.

Nulle trace ici de gomme et rien ne permet d'incriminer l'artérite syphilitique.

La pathogénie des lésions, dans ce cas assez complexe, semble devoir s'établir ainsi :

1° Au début, tuberculose ancienne des sommets et broncho-pneumonie tuberculeuse plus récente.

2° Puis, par voie lymphatique, propagation de la tuberculose à la plèvre, au péritoine et au péricarde.

3° Secondairement à cette péricardite chronique, lésions de périartérite et d'endartérite des coronaires, et, en particulier, oblitération de la coronaire antérieure par thrombose à 2 centimètres de son origine.

4° Comme suite de l'oblitération artérielle, ischémie, infarctus et anévrisme de la pointe du ventricule gauche.

5° Plus tard, organisation de caillots, dans l'anévrisme et embolies ayant causé les infarctus latents des reins et de la rate et le ramollissement cérébral avec hémiplégie.

6° Enfin mort brusque par rupture de l'anévrisme.

Cet homme jeune aurait donc fait son anévrisme du ventricule gauche par oblitération de la coronaire antérieure comme un vieillard. Mais l'artère aurait été oblitérée par artérite tuberculeuse au lieu de l'être par athérome.

L. BABONNEIX.

Endocardites subaiguës. La thrombose cardiaque. (R. LUTEMBACHER. *Bull. méd.*, 1925, n° 24.) — Pour que la thrombose cardiaque se produise, il faut une infection atténuée. C'est dire que l'infection joue un rôle extrêmement important dans l'histoire des cardiopathies, et qu'à côté des accidents mécaniques de l'asystolie existent des accidents septiques.

La thrombose se développe très souvent chez des sujets porteurs de lésions valvulaires, non seulement comme un accident terminal et banal des dernières phases de l'asystolie, mais encore au cours d'une asystolie jusque-là réductible et parfois même chez des sujets jeunes avant toute insuffisance cardiaque.

Elle peut s'observer, d'ailleurs, dans toute cardiopathie, celle des hypertendus par exemple; enfin, elle peut même se développer en dehors de toute cardiopathie, c'est une thrombose primitive.

La thrombose cardiaque se développe exceptionnellement sur les appareils valvulaires, c'est une endocardite pariétale. Le thrombus se fixe avec prédilection sur les parties anfractueuses du cœur, à la pointe ou dans les auricules, et présente des aspects variables. Il est constitué par un caillot cruorique à extrémité libre, d'où son rôle dans la genèse des embolies, et par un caillot fibrineux adhérent, blanchâtre qui a servi d'amorce à la coagulation. Au point de vue de la structure, le fait intéressant est que par des coupes en série dans les parties les plus récentes du thrombus fibrineux on met en évidence des éléments microbiens qui prouvent la nature infectieuse de ces formes de thrombose.

Cliniquement, la thrombose cardiaque se présente sous plusieurs formes.

Dans le type fruste, un seul symptôme, la fièvre irrégulière, mais d'une ténacité désespérante et que ne semble pas expliquer la lésion cardiaque préexistante qui ne paraît pas modifiée. Parfois s'y ajoute une anémie extrême qui peut faire méconnaître l'endocardite et faire porter le diagnostic d'anémie pernicieuse. Mais toute cardiopathie s'accompagnant d'une telle fièvre doit toujours faire penser à une endocardite maligne à forme prolongée.

La thrombose cardiaque peut se manifester par des symptômes moins frustes, en particulier par des embolies qui sont vraiment pathognomoniques. Celles-ci peuvent être de petites embolies à manifestations très variées : tuméfaction douloureuse du foie ou de la rate, petits infarctus du rein donnant des hématuries microscopiques, purpura, nécroses circonscrites des téguments, symptômes nerveux transitoires, troubles du rythme cardiaque par petites embolies coronariennes. Quand elles sont volumineuses elles provoquent des accidents plus graves dans les différents territoires artériels ou au niveau du poumon.

Enfin, les gros thrombus peuvent entraîner la mort immédiate en se coinçant entre les valvules, ou bien la thrombose cardiaque porte obstacle à la circulation de retour des veines caves ou pulmonaires, donnant lieu à des accidents de stase, différents de ceux qui résultent de l'insuffisance cardiaque, et que l'auteur décrit sous le nom de thrombostase.

La thrombostase est intéressante à connaître dans la pratique, car chez les cardiaques elle explique certaines anomalies des accidents de stase, elle explique aussi leur irréductibilité.

Elle peut également se produire en dehors de toute cardiopathie au cours d'une endocardite pariétale primitive.

Lorsque les accidents mécaniques n'entraînent pas la mort, celle-ci survient à la longue du fait de l'état infectieux avec anémie progressive. La guérison demeure, en effet, exceptionnelle.

MAURICE LÉVY.

Angine de poitrine d'effort dans les états anémiques posthémorragiques. (L. GALLAVARDIN. *Pratique méd. franç.*, janv. 1925, n° 1.) — L'auteur rapporte deux observations qui semblent prouver le rôle favorisant d'un état d'anémie posthémorragique sur le déclanchement d'un syndrome angineux d'effort. Il s'agit de sujets à altérations coronariennes ou cardio-aortiques latentes, chez lesquels l'altération sanguine, s'ajoutant au trouble ischémique supposé, forme l'appoint nécessaire à l'apparition du syndrome angineux d'effort typique.

MAURICE LÉVY.

Discussion sur l'origine congénitale du rétrécissement mitral. (Pr. MERKLEN. *La Médecine*, mars 1925, n° 6.) — Pour l'auteur, le rétrécissement mitral pur n'est pas un « rétrécissement à la naissance ». Son origine congénitale — vice de développement ou endocardite fœtale par infection *in utero* — a été admise sans preuves suffisantes. On ne peut se fonder sur l'existence d'une période de dyspnée d'effort et de fatigue précédant la phase d'objectivité de la maladie, c'est fonder un diagnostic rétrospectif sur des signes fonctionnels, procédé peu satisfaisant, et ce n'est d'ailleurs pas prouver que le rétrécissement était constitué à la naissance. Comment expliquer la fréquence aussi d'une longue période de latence chez nombre de sténosés mitraux? Le seul fait d'ailleurs qu'aucune autopsie hors de tout conteste n'ait jamais pu être présentée suffit à juger la question. Quant à l'hérédité et aux dystrophies concomitantes, elles n'interviennent que dans un nombre de cas relativement minime.

Enfin, pour appuyer la théorie de la congénitalité, on a invoqué le mutisme des antécédents infectieux chez les sténosés mitraux. Mais on connaît de mieux en mieux les formes frustes du rhumatisme articulaire si fréquentes dans l'enfance, et les observations se multiplient qui ont mis en évidence l'existence de ce rhumatisme dans les antécédents des rétrécis mitraux. Il faut donc toujours s'attacher à le rechercher. Il semble, en effet, qu'on doive considérer le rétrécissement mitral pur comme lié à l'évolution d'une infection et surtout d'une infection rhumatismale. Il est probable cependant que d'autres facteurs, encore mal connus, entrent en jeu pour imprimer à la maladie de Duroziez son individualité et lui assigner une place bien à part dans l'histoire des cardiopathies.

MAURICE LÉVY.

Le diagnostic des anémies spléniques. (Charles AUBERTIN. *Presse méd.*, 20 juin 1925, n° 49.) — L'anémie splénique doit être considérée comme un syndrome caractérisé par une splénomégalie chronique sans hypertrophie ganglionnaire associée; une anémie intense portant, soit sur les globules rouges, soit sur l'hémoglobine, soit, le plus souvent, sur les deux à la fois; l'absence de leucémie et l'absence de transformation ultérieure en leucémie.

Les classifications basées sur l'étiologie, sur le retentissement hépatique, sur l'âge, sont impossibles, aussi l'auteur propose-t-il une classification hématologique basée sur l'étude de la formule leucocytaire.

I. ANÉMIES SPLÉNIQUES AVEC MYÉLÉMIE ROUGE. — Leur formule hémo-leucocytaire est la plus caractéristique, présence de globules nucléés en quantité considérable, leucocytose modérée ou notable, mais bigarrée. Elles comprennent :

a. *L'anémie pseudo-leucémique du nourrisson ou maladie de von Jaksch-Luzet.* — Relativement fréquente chez des enfants de six à vingt mois, souvent rachitiques, atteints de troubles digestifs chroniques, parfois syphilitiques, elle est caractérisée par un début insidieux, la pâleur, l'apathie de l'enfant, l'insuffisance du développement pondéral, la rate très volumineuse. Les globules rouges sont le plus souvent très diminués de nombre, ou bien c'est leur teneur en hémoglobine qui est abaissée. La leucocytose est de 15.000 à 30.000 avec formule très bigarrée : polynucléaires et surtout lymphocytes avec quelques myélocytes neutrophiles ou éosinophiles et des cellules de Türk, ainsi que des myéloblastes. Mais ce qui domine surtout c'est l'énorme proportion des globules rouges nucléés, normoblastes ou mégaloblastes dont les noyaux montrent souvent des signes d'activité ou de dégénérescence. L'évolution est rapidement mortelle du fait de l'anémie et de la cachexie.

b. *Anémie splénique myéloïde de l'adulte.* — Beaucoup plus rare que la précédente, d'étiologie absolument inconnue, elle se traduit par une splénomégalie souvent énorme qui s'est développée insidieusement par une diminution des globules rouges, généralement au-dessous de 2 millions, un abaissement de l'hémoglobine et une leucocytose de 15.000 à 30.000. Sur lame, les globules rouges nucléés sont en grande abondance; on trouve, de plus, des polynucléaires avec des myélocytes neutrophiles, des éosinophiles et des mastzellen en faible proportion.

La marche de l'affection est lente, et la mort survient du fait de l'anémie sans transformation en leucémie. Elle est surtout à différencier de la leucémie myéloïde fruste qui est moins rare et réalise le même tableau clinique. Mais la prédominance des myélocytes neutrophiles, la rareté des globules rouges nucléés permettent le diagnostic.

II. Anémies spléniques avec leucopénie et hypopolynucléose. — Elles constituent le groupe le plus important des anémies spléniques. Elles comprennent :

a. La *maladie de Banti*, affection d'étiologie inconnue qui survient chez des sujets jeunes, souvent des adolescents.

Dans une première phase, la splénomégalie est le symptôme essentiel avec déjà un peu d'anémie.

Puis surviennent des troubles digestifs et la grande complication de la maladie de Banti, l'hématémèse, tandis que l'anémie augmente et la leucopénie est plus marquée.

Enfin, dans la troisième phase, la cirrhose avec ascite se constitue.

Les globules rouges sont diminués d'une façon modérée aux environs de 3 millions, par contre l'hémoglobine est très diminuée, à 40 ou 30 p. 100.

Les globules blancs sont diminués parfois à 2.000 avec abaissement du taux des polynucléaires et augmentation des mononucléaires. On ne trouve dans le sang aucun élément anormal.

La splénectomie pratiquée à la première ou même à la deuxième période amène la guérison.

b. L'*anémie splénique paludéenne*, observée chez d'anciens paludéens dont les accès fébriles ont souvent disparu depuis longtemps, dont l'état cachectique est souvent très marqué, se caractérise par une splénomégalie souvent volumineuse, une anémie intense avec conservation ou même augmentation de la valeur globulaire, et leucopénie avec monocytose.

c. Le *kala-azar*, dû au Leishmania infantum qu'on retrouve facilement par ponction de la rate, qui frappe surtout les enfants, donne le même syndrome hématologique. La fièvre intermittente ou rémittente qui précède la splénomégalie doit y faire penser et rechercher le parasite par ponction de la rate.

d. L'*anémie splénique hémolytique* peut simuler cliniquement une maladie de Banti qui n'aboutit pas à la cirrhose, mais évolue vers l'anémie grave. La splénomégalie est considérable, avec anémie très intense et leucopénie. Il existe parfois du subictère, subictère hémolytique, procédant par poussées. L'évolution est rapidement progressive.

III. Anémies spléniques avec polynucléose. — Elles comprennent des affections dont le diagnostic est plus difficile, car leur formule sanguine est banale. La polynucléose est en rapport avec une splénomégalie infectieuse chronique, soit syphilitique, soit tuberculeuse.

IV. Anémies spléniques avec formule leucocytaire normale. — C'est le cas de certaines cirrhoses de la rate et surtout de la maladie de Gaucher.

C'est une affection souvent familiale qui est découverte chez l'enfant ou chez des adultes jeunes. Son début est insidieux, marqué par de la faiblesse, de l'amaigrissement, quelquefois de l'œdème des membres inférieurs et le développement de la rate qui devient énorme. L'anémie est généralement modérée. La marche est lente et la mort est souvent le fait d'une infection intercurrente.

Cette classification des anémies spléniques, basée sur la formule leucocytaire, permet d'une part le diagnostic anatomique de la lésion splénique, fournit d'autre part des indications utiles pour la splénectomie. MAURICE LÉVY.

CANCER

Arguments en faveur de l'étiologie parasitaire du carcinome. (M. J. Scott. *Nordwest med.*, vol. XXIV, n° 5, mai 1925, p. 215-220.) — Le cancer a toujours existé. Il était connu en Egypte avant Moïse; Hippocrate le traitait par les cautérisations au fer chaud; Galien lui consacre une bonne description. Il n'y a qu'un point de son étude qui n'ait guère avancé : c'est celui qui concerne son étiologie. Depuis l'aube du xxe siècle, on s'est attaché à la question expérimentale. En 1902-1903, Jansen arrivait à transmettre le cancer spontané de la mamelle de la souris blanche; pendant plus de deux ans, il a infecté ainsi dix-neuf générations de souris par inoculation, à la première, de cellules provenant du cancer spontané. Beaucoup d'auteurs ont vérifié cette importante découverte, et ont ainsi mis hors de discussion les points suivants :

1. Quand le carcinome mammaire de la souris est inoculé à une souris blanche, seules les cellules cancéreuses survivent; le stroma disparaît pour être remplacé par du tissu conjonctif appartenant à l'animal inoculé.

2. Quelques animaux sont immunisés contre le carcinome; chez d'autres, la greffe se développe un certain temps, puis se résorbe. Une fois cette résorption effectuée, il est impossible d'obtenir une nouvelle greffe chez le même sujet d'expérience.

3. Quand les cellules carcinomateuses disparaissent, il ne se produit pas, au même moment, une destruction de l'épithélium normal du sujet expérimenté.

4. Quand on fait des inoculations de peau d'embryon, de placenta, de glande mammaire, de rate, de peau normale ou d'hématies à des animaux de même espèce que le donneur, il s'établit une immunité relative pour le carcinome; elle dure de dix jours à trois mois; lorsqu'elle est terminée, de nouvelles inoculations de tissu cancéreux peuvent être faites avec succès.

5. Un carcinome en voie de développement chez la souris n'est pas influencé par l'injection, à l'animal, d'une émulsion de l'un quelconque des tissus précédemment énumérés.

6. Plus récemment, il a été démontré que lorsque des tissus embryonnaires, des cellules épithéliales normales et des cellules cancéreuses de souris sont cultivés dans du sérum provenant d'animaux divers auxquels on a fait des injections répétées de tissu carcinomateux, de manière à les immuniser pour un certain temps, tous ces tissus vont croître, sauf les cellules carcinomateuses, qui meurent en vingt-quatre heures; d'autre part, lorsque des tissus similaires sont cultivés dans du sérum normal d'animaux similaires qui n'ont pas été immunisés, tous ces tissus se développent, y compris les éléments carcinomateux.

Les cellules carcinomateuses diffèrent donc essentiellement des cellules normales embryonnaires ou épithéliales adultes.

A noter que des souris blanches, certaines sont naturellement immunisées contre le carcinome; que, chez d'autres l'immunité se développe pendant que croît la tumeur; d'autres enfin sont sujettes à contracter le carcinome pendant la gestation.

L'auteur réfute ensuite les théories pathogéniques habituelles du cancer : théorie embryonnaire (ou de la dysembryoblastomatose), théorie de Ribbert, d'après laquelle, dans le cancer, un groupe de cellules épithéliales s'isole de leurs voisines, et, bientôt, subit une prolifération analogue à la prolifération embryonnaire; théorie des inflammations et irritations chroniques, considérées comme cause du carcinome; théorie des irritations chimiques; théorie des troubles du métabolisme; théorie des modifications des sécrétions internes; théorie des altérations séniles, pour arriver enfin à la théorie parasitaire, « la seule qui fournisse une explication complète et universellement applicable de tous les caractères du carcinome », et qui met en cause le parasite récemment découvert par Glover.

Quels arguments invoquer en faveur de cette théorie?

1. Origine locale du foyer cancéreux primitif. « Ceci est en faveur de l'infection, est semblable aux autres maladies connues comme infectieuses et ruine les théories des altérations séniles, des troubles du métabolisme et des anomalies de sécrétion des glandes ventriculaires sanguines. »

2. Le carcinome suit habituellement la voie lymphatique, qui lui permet de se propager à partir de son point d'origine, comme la syphilis, les furoncles, etc.

3. Le carcinome est spécial au tissu épithélial. Dans beaucoup de maladies, on sait qu'il y a une affinité des organismes pour certains tissus : les pneumocoques pour les poumons, les bacilles diphtériques pour les fausses membranes, les bacilles typhiques pour les plaques de Peyer, etc.

4. Latence. Seule, la théorie infectieuse explique la latence initiale du cancer, qui le rapproche de nombre d'infections cataloguées.

5. La virulence des cellules du carcinome de la souris peut être accrue par les passages successifs. Il en est de même de la plupart des infections.

6. On a souvent de grandes difficultés à différencier syphilis, tuberculose et cancer de la langue, des amygdales, de la bouche, du larynx, de l'estomac ou de l'intestin. Si, de ces trois affections si semblables, deux sont connues comme causées par des microorganismes, pourquoi la troisième ne reconnaîtraît-elle pas la même cause?

7. Les sujets atteints de carcinome présentent des symptômes spécifiques, tels que la faiblesse, la perte de poids, la coloration jaune-paille des téguments, la présence d'une tumeur, l'odeur spéciale (?). Toutes les autres infections ont de même leurs caractéristiques cliniques.

8. Le carcinome affecte de préférence certains organes, cette localisation variant avec les conditions locales de « sanitation. »

Or les statistiques démontrent que les causes responsables de ces variations offrent surtout de l'intérêt quand on les étudie à la lumière de la théorie parasitaire. Il en est de même pour les maladies infectieuses. La théorie qui attribue au carcinome une origine parasitaire est donc susceptible d'une application universelle.

Il résulte d'ailleurs des recherches de Glover qu'un microorganisme semblable aux microbes a été isolé et obtenu en cultures pures dans chaque cas de carcinome; les inoculations répétées, à d'autres animaux, de cultures pures de ce microorganisme déterminent régulièrement un carcinome avec métastase, et le même germe est retrouvé dans ces tumeurs, se trouve encore en cultures pures. C'est donc le germe du cancer. A l'appui de ces déclarations, l'auteur cite les travaux de London et de M. Cormack, parus dans le *Canada Lancet and Practitioner* (janvier et mai 1925), comme les siens propres, publiés dans le *Northwest Medicine* (avril 1925).

L. BABONNEIX.

Cancer. Cause et prévention. (Ad. H. WHRIGHT. *Amer. med.*, déc. 1924, p. 716.) — Le cancer, a dit Arbuthnot Lane, n'attaque jamais d'organe sain. Rien de plus vrai, en particulier pour les cancers du tube digestif. Des fautes d'alimentation et la stase intestinale provoquent l'intoxication de tout l'appareil. Le docteur A. C. Jordan considère la stase comme la cause principale du cancer. Pour lui, en cas de stase gastrique, l'estomac est élargi, pendant, la région pylorique se congestionne, une ulcération y apparaît, et un ulcère chronique devient cancéreux. Le docteur Nathan Mutch déclare que les conditions produites par la stase existent des années avant qu'apparaisse le cancer, et qu'on peut les mettre en évidence par la radioscopie. Et il est plus facile de les modifier que de guérir le cancer. S'il est vrai, dit à son tour l'auteur, que le cancer de l'estomac n'apparaît jamais soudain, et qu'il lui faut de dix à vingt ans pour se produire, il faut avoir l'attention attirée sur les moindres troubles dyspeptiques de cette période initiale et les soigner avec vigueur. De la sorte, jamais on n'aggrave l'état des malades, et, souvent, on a l'impression de les préserver de l'épithélioma.

L. BABONNEIX.

INFECTIONS

Tularémie. (Edward FRANCIS. *Journ. of the amer. med. Assoc.*, 1er mai 1925, édit. esp., p. 578-582, fig.) — Le *Bacterium tularense* a été découvert, en 1912, par Mc Coy et Chapin qui lui attribuèrent le rôle capital dans une épizootie ayant frappé les écureuils, dans le comté de Tulare, en Californie. A l'état habituel, la tularémie est une septicémie fatale pour de nombreux rongeurs (lapins); elle est transmissible à l'homme, à titre d'infection accidentelle, par la piqûre d'un insecte suceur ou d'un acare infecté, ou par manipulation des viscères d'un rongeur préalablement infecté, chez les gens qui travaillent dans les marchés ou dans les laboratoires, les cuisiniers, les chasseurs.

La maladie a été étudiée simultanément, chez l'homme, par plusieurs chercheurs. Un sérologiste trouva, pour la première fois, dans son propre sang, des embocepteurs antitulariens, au décours d'une crise fébrile, et dans le sang de son assistant tandis qu'il disséquait des rongeurs infectés dans son laboratoire. Un clinicien découvrit pour la première fois la séméiologie et l'évolution de la maladie chez six sujets de sa clientèle et attribua ces cas à la piqûre d'une mouche ayant l'habitude d'aspirer le sang des chevaux. Enfin, un bactériologiste isola le microbe dans un cas humain où l'infection s'était localisée à l'œil.

La maladie est connue sous les noms d'affection pestiforme des rongeurs, fièvre de la mouche du cerf, infection oculaire par le Bacillus tularense, fièvre cuniculaire ou fièvre ganglionnaire par acares. Elle est limitée aux Etats-Unis et s'étend de la côte du Pacifique à l'Atlantique.

Deux types cliniques. Tantôt il existe des adénites avec infection locale. Tantôt (et en particulier chez les employés de laboratoire) les adénites font défaut et les symptômes rappellent la fièvre typhoïde.

Dans la forme ganglionnaire, l'incubation est de deux à cinq jours; l'invasion, subite, se caractérise par de la céphalée, des frissons, des douleurs, des vomissements, une sensation d'épuisement et de la fièvre. S'il y a eu inoculation par piqûre, il survient, dans les quarante-huit heures, de la douleur sur le trajet des lymphatiques afférents, et les ganglions correspondants sont légèrement engorgés. Ce n'est qu'au bout de vingt-quatre heures que la région inoculée devient le siège d'une papule enflammée, sensible, qui se désintègre rapidement, en laissant échapper un bourbillon nécrosé, à la place duquel se forme une ulcération à bords comme minés. La fièvre dure deux à trois semaines avec, parfois, une rémission transitoire vers le quatrième jour. La peau qui recouvre les ganglions est le siège d'une rougeur qui, quelquefois, se propage le long des voies lymphatiques jusqu'au chancre d'inoculation. Les ganglions qui ne suppurent habituellement pas mettent des mois à revenir à la normale.

Dès la seconde semaine, le sang contient des agglutinines qui acquièrent leur maximum vers la fin de la troisième ou de la quatrième. La convalescence est lente, mais il n'y a pas de complications, et la guérison est la règle.

Le type typhoïde s'observe dans les infections de laboratoire. Il y a souvent, même dans cette forme, des réactions ganglionnaires. Le diagnostic se fonde, quand elles manquent, sur l'agglutination. Probablement, chez ces sujets, le germe pénètre par la peau des mains. Lorsqu'on applique sur la peau des cobayes du suc splénique d'un sujet infecté, ne succombent-ils pas à la tularémie alors même qu'on ne leur a pas coupé le poil, et en l'absence de toute friction? Peut-être, d'ailleurs, la cystine, si abondante dans les téguments, jouet-elle un rôle favorisant. D'après Ledingham et Fraser la maladie pourrait aussi être transmise par les gouttes de salive riches en particules bacillifères et projetées par la toux.

En dehors de ces faits presque expérimentaux, la maladie frappe surtout certains animaux : écureuils sylvestres de Californie et d'Utah, lapins sauvages à pattes blanches et à queue blanche de divers Etats. Chez ces animaux, lorsqu'ils sont près de mourir, la tularémie est constante : aussi la maladie peut-elle être transmise par les insectes piqueurs et suceurs : acare cuniculaire, pou cuniculaire. La transmission à l'homme se fait par la mouche suceuse *Chrysops discalis* et par l'acare *Dermacentor Andersoni*. Expérimentalement, divers insectes : pou du rat, punaise commune, mouche des étables, puce, peuvent intervenir.

La maladie n'est pas contagieuse; une seule exception : le cas du docteur Harris. Elle confère l'immunité et les rechutes sont exceptionnelles.

Le diagnostic est souvent difficile. On a, en cas de tularémie, pensé au farcin, au charbon, à la typhoïde, à une infection septique mal déterminée, à une angiocholite, etc. Il se fonde sur des éléments cliniques : constatation, sur les téguments, d'une piqûre de mouche avec inflammation des lymphatiques correspondants et fièvre, ou apparition de ces accidents sur des sujets habitant les montagnes et piqués par des acares, sans, toutefois, l'éruption rappelant celle que l'on voit dans la fièvre des montagnes rocheuses; action d'avoir désossé

et coupé en morceaux du lapin sauvage, présence de phénomènes typhiques avec Widal négatif et agglutination des bacilles par le sérum, inoculation aux animaux. Le traitement est purement symptomatique.

L. BABONNEIX.

DIVERS

L'épreuve d'hyperglycémie provoquée : son application à la clinique. (Marcel LABBÉ. *Ann. de méd.*, 1925, n° 2.) — Les erreurs auxquelles expose l'épreuve de la glycosurie alimentaire ont fait substituer à cette dernière celle de l'hyperglycémie après ingestion de glucose. Cette méthode est définitivement entrée dans la pratique depuis l'avènement des méthodes microchimiques de dosage du glucose du sang (Bang).

Le glucose est administré par voie buccale (50 grammes le matin à jeun de glycose purifié R. A. L. dissous dans 100 centimètres cubes d'eau). On mesure la glycémie à jeun. Une demi-heure après le malade absorbe le sucre, puis on redose à nouveau sa glycémie toutes les demi-heures pendant trois à cinq heures. Les chiffres obtenus sont reportés sur une feuille de papier millimétrique et dessinent une courbe angulaire avec ses périodes d'ascension et de descente. L'importance de la réaction est fonction de l'élévation de la glycémie au-dessus du taux initial (= flèche) et du temps nécessaire pour revenir à ce taux. Les points extrêmes étant réunis par une ligne droite, on a un « triangle d'hyperglycémie » dont on calcule la surface $\left(\frac{\text{flèche} \times \text{par la durée}}{2}\right)$. C'est l'aire d'hyperglycémie qui, chez le sujet normal, est de 0,20 à 0,40.

E. AZERAD.

Le zona varicelleux. (H. MALHERBE. *Gaz. méd. de Nantes*, 1er août 1925, n° 15, p. 303-307.) — Il y a quelques années, plusieurs observateurs avaient soupçonné l'existence de relations étroites entre le zona et la varicelle.

L'idée a fait son chemin et les partisans de cette parenté deviennent de plus en plus nombreux.

Pour eux, les deux affections ne sont que manifestations différentes de la même maladie. En effet :

1° Il est possible de voir paraître sur le même malade successivement, ou même simultanément, les deux éruptions ;

2° Des sujets sont atteints de zona après avoir é é en contact avec des varicelleux et vice versa;

3° Enfin, la réaction de fixation paraît montrer cette parenté des deux maladies. L'antigène spécifique du zona réagit positivement sur l'anticorps varicelleux et inversement, l'antigène varicelleux sur l'anticorps zostérien.

Ajoutons qu'une atteinte de zona confère l'immunité.

La question ne paraît pourtant pas encore tranchée d'une façon définitive.

En attendant, il est bon d'accumuler les faits et de faire connaître un cas récent où l'auteur a vu évoluer simultanément sur le même sujet zona et varicelle.

En décembre 1924, le docteur Brandt (de Pont-Saint-Martin) lui adresse un de ses malades porteur de divers accidents cutanés.

Il s'agit d'un homme de soixante-dix ans, vigneron de son état, assez bien conservé malgré un usage abusif constant du vin, et qui, depuis quelques mois, a présenté au cou, aux aisselles et aux aines, des paquets d'adénites qui ont grossi peu à peu. Aujourd'hui, on semble être en présence d'une lymphadénie leucémique. Il y a une masse ganglionnaire énorme à la paroi antérieure de l'aisselle gauche.

Il y a dix jours environ cet homme éprouve des douleurs violentes et des brûlures au niveau de la base latérale droite du thorax. Bientôt apparaît, *loco dolenti*, une vaste plaque rouge allongée suivant le trajet des côtes, large comme une paume de main, gagnant la région dorsale en arrière, jusqu'à la colonne vertébrale par une traînée large de deux doigts. En avant, vers le sternum, elle se résout en quelques traînées isolées, courtes. Dès le lendemain, sur cette base érythémateuse, naissent des vésicules assez grosses renfermant, pour certaines, un liquide louche, pour d'autres un liquide nettement hémorragique. Pas de fièvre. Quatre jours après cette première éruption, sur la base gauche du thorax, dans une région absolument symétrique, survient une plaque éruptive en tout semblable à la première.

En outre, on constate sur ce patient une éruption datant de la veille seulement, papulo-vésiculeuse, quasi-généralisée. Les éléments de cette éruption se caractérisent ainsi. Une base rougeâtre que surmonte une vésicule de dimension variable, les plus grosses atteignent les dimensions d'un gros pois vert. Elles renferment un liquide clair ou un peu louche et beaucoup montrent une ombilication évidente. Disséminées sur tout le tégument, ces vésicules sont parfois assez proches, mais jamais ne confluent, ni ne s'agglomèrent. En un mot, cette éruption paraît de toute évidence être une varicelle. Il s'agit donc d'un zona double évoluant simultanément avec une varicelle sur le même sujet.

Dans cette observation, plusieurs points paraissent mériter d'être signalés.

D'abord le zona double. Le fait n'est pas inouï, mais il n'est pas courant. Ensuite la varicelle survenant chez un homme de soixante-dix ans ! Nous sommes habitués à voir cette maladie chez les jeunes (enfants, adolescents, jeunes sujets). Elle est rare, même très rare chez les vieux.

Enfin, la coexistence d'une maladie grave, évoluant chroniquement, la lymphadénie leucémique. Cette affection n'a paru influencer en rien les manifestations aiguës, zona et varicelle. Par contre, l'atteinte de cet herpès, zoster varicelleux, réagit fâcheusement sur l'état lymphadénique qui en fut fortement aggravé.

Quant à la simultanéité du zona et de la varicelle, nous enregistrerons seulement le fait sans discussion. Cette unique observation ne constitue pas, dit M. H. Malherbe, une documentation suffisante pour prendre position dans le débat. Remarquons cependant qu'il y a fort longtemps les auteurs avaient attiré l'attention, dans certains cas de zona, sur les vésicules aberrantes (Tenneson) parfois situées fort loin du territoire intéressé par le zona. Que sont-elles? Constituent-elles un terme de passage entre le zona ordinaire et le zona varicelleux? Représentent-elles l'ébauche d'une varicelle qui avorte? Cette dernière idée mérite d'être méditée.

Ne pourrait-on encore objecter que de tels faits sont des zonas généralisés? Cette forme bien qu'extrêmement rare existe, on en trouve quelques exemples dans les publications, particulièrement dans les publications allemandes. L'année dernière, Löwenfeld, dans les *Arch. f. Dermat. und Syph.*, 1924, t. CXLVI, p. 281, en fait connaître un nouveau cas. A ce propos, examinant l'étiologie de l'herpès zoster, il repousse absolument l'identification avec la varicelle.

Peut-être y aurait-il lieu de faire remarquer ici un fait clinique qui pourrait séparer ces formes de zona généralisé des faits que l'on vise dans le zona varicelleux.

Dans l'éruption varicelleuse, les éléments peuvent être plus ou moins nombreux, plus ou moins serrés, mais presque toujours séparés, la varicelle confluente est une rareté. Dans le zona généralisé, si du moins on s'en rapporte aux quelques observations que nous avons pu parcourir, on retrouve toujours, en outre des éléments isolés, des plaques éruptives où les vésicules sont groupées sur une base rouge, plaques types de l'éruption zostérienne.

On ne peut nier que des faits analogues à celui de cette observation soient impressionnants et singulièrement favorables à la théorie uniciste. Pour peu qu'ils se multiplient, il y aura lieu d'y voir autre chose qu'une simple coïncidence.

L. BABONNEIX.

NOTES DE PRATIQUE

HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Supprimer de l'alimentation toutes les substances riches en toxines : bouillons, viandes (surtout les viandes faisandées ou peu cuites), poissons (surtout les poissons de mer), gibier, conserves alimentaires, fromages faits, sel en trop grande quantité. Interdire le thé, café, liqueurs, bières fortes, vin en excès, tabac.

Comme médicaments, prescrire passagèrement la trinitrine aux doses progressives de VI à XII gouttes de la solution au

centième, puis : 20 jours par mois, 2 cachets de Théosalvose phosphatée (1 cachet matin et soir); les 10 autres jours, iodure de potassium (1 à 3 gr.) et ainsi de suite.

QUESTION D'INTERNAT

LES MÉSENTÉRIQUES[1]

2° Le tronc des sigmoïdes. — ORIGINE. — Naît à 1 centimètre et demi plus bas ou par un tronc commun avec les coliques.

TRAJET très court en bas et en dehors.

TERMINAISON en trois branches.

Les trois sigmoïdes :

1. *Elles se trouvent* dans le mésocôlon sigmoïde tendu entre deux racines :

La racine primaire verticalement descendante de L IV à S III, la racine secondaire oblique le long du bord interne du psoas. Entre ces deux racines le mésocôlon pelvien est mobile.

La sigmoïde gauche suit la racine secondaire, la sigmoïde moyenne se trouve dans l'axe, le long de l'iliaque primitive, la sigmoïde inférieure longe la racine primaire.

2. *Chacune se divise* en une branche ascendante et une branche descendante qui s'anastomosent chacune avec la branche antagoniste de la voisine, la première s'anastomosant avec la colique gauche, la dernière avec l'hémorroïdale supérieure : *c'est la sigmoïda ima.*

3. *Ainsi*, tout le long du côlon gauche existe une arcade anastomotique, rarement deux, d'où naissent les *vaisseaux droits* (même disposition que sur le grêle. A décrire si question posée : mésentérique inférieure). Sur le côlon descendant elle est fixe près de l'intestin, sur le côlon pelvien elle est mobile loin de l'intestin.

Les *veines* ont une disposition semblable. Les *lymphatiques* : ganglions marginaux juxtacoliques; relai intermédiaire le long de l'arcade; groupe du voisinage des racines au sommet de la fossette sigmoïde. Ils vont aux ganglions rétro-pancréatiques. Le relai des arcades est rarement dépassé par l'envahissement néoplasique, l'exérèse logique doit donc s'arrêter là.

Branche terminale. — *Avec Cunéo* :

L'hémorrhoïdale supérieure. — ORIGINE, au point variable de naissance des sigmoïdes à 3 ou 4 centimètres au-dessus du promontoire.

TRAJET, DIRECTION verticale ou légère, concavité interne.

TERMINAISON à hauteur de S III.

RAPPORTS. — **1° Dans la racine primaire du mésocôlon pelvien :**

EN AVANT, la sigmoïde inférieure, le côlon pelvien.

EN ARRIÈRE, le *promontoire*, le *paquet vasculaire iliaque primitif* gauche (veine, groupe interne ganglionnaire rétro-veineux, groupe du promontoire), la *sacrée moyenne.*

2° Dans la gaine rectale :

EN AVANT, le rectum auquel elle est accolée par le fascia recti.

EN ARRIÈRE, le sacrum avec sur sa face antérieure l'artère sacrée moyenne, la veine, la glande de Lushka, le sympathique.

ENTRE EUX, l'espace décollable rétro-rectal limité latéralement par les lames sacro-recto-génito-pubiennes.

BRANCHE. — C'est là qu'elle se divise en *hémorroïdale supérieure droite*, grosse, oblique, qui la continue et se distribue aux faces postéro-latérales du rectum, et en *hémorroïdale supérieure gauche* à distribution antéro-latérale. Souvent existe une branche dorsale.

DANS TOUT CE TRAJET, veines et lymphatiques sont satellites :

Les *veines*, groupe supérieur du rectum, se réunissent devant le promontoire pour former une veine hémorroïdale supérieure à gauche de l'artère.

Les *lymphatiques*, là aussi existe un groupe hémorroïdal où confluent les lymphatiques de tout le rectum pelvien et périnéal.

Division de l'artère, réunion des veines, confluence des lymphatiques, c'est le HILE DU RECTUM devant le promontoire, c'est le pédicule supérieur, la *corde qui limite l'abaissement du rectum.*

ANASTOMOSES DES DEUX MÉSENTÉRIQUES

Entre mésentérique supérieure et mésentérique inférieure : arcade de Riolan, très grêle.

Entre mésentérique supérieure et le tronc cœliaque : pancréatico-duodénale.

Entre mésentérique inférieure et hypogastrique : hémorrhoïdale moyenne et inférieure.

Entre branches de la mésentérique inférieure : hémorroïdale supérieure et sigmoïde inférieure; c'est la sigmoïde ima, devant le promontoire, le point critique de Südeck dont l'importance a été très amplifiée.

PHYSIOLOGIE ET DÉDUCTIONS

Malgré leurs anastomoses ces artères sont de type terminal.

Il faut lier l'artère avant le vaisseau parallèle, et par prudence réséquer le mésentère un bon centimètre au-dessous de l'intestin.

Il faut à tout prix éviter la blessure de l'arcade de Riolan (nécrose du côlon transverse). L'arcade de Riolan ne permet le rétablissement de la circulation que dans un sens : de mésentérique supérieure à mésentérique inférieure. Il est donc possible de lier la mésentérique inférieure. Et cette ligature a une grosse importance dans les amputations du rectum par voie abdominale. Avec Cunéo, il faut distinguer deux ligatures :

L'*une d'hémostase* au-dessous du niveau de l'intestin.

L'*autre d'abaissement*, et c'est là qu'est tout l'intérêt. Nous ne discuterons même pas le point critique de Südeck, mais insisterons sur les précautions à prendre pour éviter le sphacèle du bout abaissé. Il faut sectionner le mésocôlon sigmoïde au-dessus de l'arcade, respecter les sigmoïdes et ne sectionner que la dernière si le côlon ne peut être abaissé. Il faut lier la mésentérique inférieure au-dessous de l'origine des sigmoïdes (de préférence à la ligature à l'origine de la mésentérique inférieure), car ainsi l'on conserve en quelque sorte par la colique gauche et le tronc des sigmoïdes une double arcade.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 80, p. 1306; n° 82, p. 1338, et n° 84, 1370.

JUBILÉ CHARLES RICHET. — En 1925, M. Charles Richet atteindra soixante-quinze ans et accomplira la cinquantième année de ses travaux de laboratoire. Au cours de ce demi-siècle de labeur et de foi scientifiques, le Maître de la physiologie a édifié une œuvre biologique et sociale dont le développement se poursuit encore.

Un groupe d'amis, de collègues et de disciples a estimé qu'il était opportun de choisir cette étape mémorable dans la vie de Charles Richet pour lui rendre un solennel hommage de gratitude et d'admiration.

Il importe que la postérité conserve l'image du grand physiologiste et que ses contemporains concrètent la profonde estime en laquelle ils tiennent son œuvre par une publication jubilaire. Le Comité qui comprend les plus illustres savants du monde convie tous les médecins à s'associer à lui pour honorer le Maître universellement aimé et respecté.

Notre éminent confrère et ami Auguste Pettit, de l'Institut Pasteur, de la Société de biologie et de l'Académie de médecine, a bien voulu accepter de grouper les souscriptions.

Prière de bien vouloir adresser les souscriptions sous forme de lettres chargées, de mandats, de chèques, ou de préférence de chèques postaux à M. le docteur Pettit, C. ch. post., Paris 1640, 70, rue Jullien, Vanves (Seine).

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 87. — SAMEDI 31 OCTOBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 31 OCTOBRE 1925. — N° 87.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'externat. — Questions données :

Pathologie médicale. — 1. Enumérer les causes des ictères chroniques par rétention. — 2. Renseignements fournis par l'examen clinique de l'abdomen d'un typhique au huitième jour. — 3. Aspect de la langue au cours de la scarlatine. — 4. Renseignements fournis par la palpation et l'auscultation du cœur dans le rétrécissement mitral pur. — 5. Enumérer les signes fournis par l'examen du thorax dans la pneumonie de la base au cinquième jour. — 6. Renseignements fournis par la ponction lombaire et l'examen du liquide céphalo-rachidien dans la méningite tuberculeuse.

Pathologie chirurgicale. — 1. Signes physiques des fractures récentes de la rotule, sans la radiographie. — 2. Examen de l'abdomen chez un sujet atteint de péritonite par perforation récente non traumatique. — 3. Renseignements fournis par le toucher dans le cancer de l'ampoule rectale. — 4. Etat de l'épididyme dans la tuberculose, la syphilis et le cancer de l'appareil épididymo-testiculaire.

Anatomie. — 1. Enumérer les os constituant les parois de l'orbite. — 2. Insertion inférieure des muscles de la patte d'oie. — 3. Enumérer les branches collatérales de l'artère cubitale jusqu'à l'interligne radio-carpien. — 4. Enumérer les muscles innervés par la branche postérieure du nerf radial. — 5. Rapports de la face antérieure du rein gauche.

— Prix Filloux. — Le jury est définitivement composé de MM. Grivot, Moulonguet, Hautant, Lortat-Jacob, Baudet.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : Mlle Cathiez, MM. Martin, Minne, Bournoville (Louis), Boury, Swyngedauw.

Internes provisoires : MM. Bataille, Rocquet, Gellé et Vienne.

Le jury était composé de M. le professeur Combemale, président; de MM. les professeurs Charmeil, Surmont, Bué, et de M. Swynghedauw, chirurgien des hôpitaux.

Questions écrites données : « Salive. — Signes et diagnostic des ulcérations linguales. »

Questions restées dans l'urne : « Les nerfs de l'utérus (anatomie et physiologie). — Cancer du col de l'utérus (symptômes et diagnostic). — Veine porte (anatomie). — Formes et diagnostic des cirrhoses veineuses. — Nerf laryngé supérieur (physiologie). — La tuberculose laryngée. — Circulation artérielle de l'encéphale. — Symptômes et diagnostic des compressions médullaires. — Rapports du duodénum. — Abcès sous-phrénique. »

— Le concours de l'externat vient de se terminer par la nomination de MM. Boulanger, Berlemont, Warembourg, Christin, Cadet, Rembert, Tourgis, Mlles Schultz, Boyaval, M. Cabillaud, Mlle Sales, MM. Quenée, Lesenne, Têtart, Puvion, Meurisse, Costement, Rachez, Hémery, externes titulaires.

MM. Drieux, Chatelain, Ackein, Lejeune, Deroo, Boudois, Delahousse, Dubois, Vielle, Veber, Chavy, André, Maugeot, externes provisoires.

Le jury était composé de M. le professeur Lambret, président, et de MM. le professeur Potel et le docteur Bertin, médecin des hôpitaux.

Questions écrites données : « Nerf grand hypoglosse. — Circulation pulmonaire. »

Questions restées dans l'urne : « Variations de la thermogenèse. — Régulation de la chaleur animale. — Muscle occipito-frontal. — Fonction uropoiétique du foie. »

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Section d'ophtalmologie. — Un concours pour deux places d'agrégés des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie (section d'ophtalmologie) sera ouvert à Paris en mars 1926.

Devront seuls prendre part à ce concours les candidats admis, suivant l'arrêté du 12 avril 1923, à prendre part au concours qui s'est ouvert à Paris, pour la section d'ophtalmologie, le 29 mai 1923.

Les registres d'inscription seront ouverts dans les Académies quatre mois avant la date fixée pour les épreuves. Ils resteront ouverts pendant les deux mois.

En s'inscrivant, chaque candidat désigne la Faculté pour laquelle il se présente.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LILLE. — M. le professeur Gérard est nommé pour trois ans doyen de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE DAMAS. — M. le professeur agrégé Jude, du Val-de-Grâce, a été nommé professeur de neuro-psychiatrie à la Faculté de médecine de Damas.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — CAEN. — M. Léger, professeur, est admis à la retraite à dater du 1er novembre 1925.

— LIMOGES. — M. le professeur Biais est nommé directeur pour trois ans, en remplacement de M. le professeur Raymondaud, admis à la retraite.

FACULTÉ DES SCIENCES D'AIX-MARSEILLE. — Par arrêté du ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en date du 23 octobre 1925, la chaire de physiologie de la Faculté des sciences de l'Université d'Aix-Marseille est déclarée vacante. (*J. O.*, 24 oct. 1925.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE DE BELGIQUE. — MM. le professeur Pierre Teissier (de Paris) et Madsen (de Copenhague) ont été nommés membres correspondants étrangers.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

PRÉSIDENCE DU CONSEIL. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Vernes, directeur de l'Institut prophylactique.

Au grade de chevalier. — Mme Sollier, née Dubois, docteur en médecine.

MINISTÈRE DES PENSIONS. — *Au grade de chevalier.* — M. le docteur Poirot-Delpech.

MINISTÈRE DE LA GUERRE. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Huter, président de la Société de médecine du Bas-Rhin; H. Juppe (d'Arudy).

MINISTÈRE DE TRAVAIL. — *Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Fau (de Vichy), Bertolus (de Boën-sur-Lignon), Nicolas (de Saint-Affrique), Ricateau (de Crest).

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Savornin, directeur du Service de santé au ministère de la Guerre, est promu médecin inspecteur et maintenu dans ses fonctions.

— SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — M. le médecin inspecteur Audibert exercera les fonctions d'inspecteur général du Service de santé des colonies.

MARINE. — Ont été promus dans le corps de santé de la marine, pour compter du 1er novembre 1925 :

Au grade de médecin en chef de 1re classe. — M. le médecin en chef de 2e classe Dargein.

Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. le médecin principal Lancelin.

Au grade de médecin principal de 1re classe. — MM. les médecins de 1re classe Cambriels et Pradel.

Au grade de médecin de 1re classe. — MM. les médecins de 2e classe Chevalier et Mangin.

ÉCOLES DE MÉDECINE NAVALE. — M. Gouriou, médecin de 1re classe, est nommé professeur de sémiologie et de petite chirurgie à l'École annexe de médecine navale de Toulon. (*J. O.*, 21 oct. 1925.)

— M. le médecin de 2e classe Pervès, a été nommé à l'emploi de prosecteur d'anatomie à l'École annexe de médecine de Toulon. (*J. O.*, 25 oct. 1925.)

LE PROFESSEUR CHAGAS A L'INSTITUT PASTEUR. — La semaine dernière, M. le professeur Carlos Chagas, directeur de la Santé publique au Brésil, directeur de l'Institut Oswaldo Cruz, fondé à Rio-de-Janeiro sur le modèle de notre Institut Pasteur, et représentant de son pays au Comité d'hygiène de la Société des Nations, avait bien voulu accepter de faire une conférence consacrée à la trypanosomiase américaine, à laquelle il a consacré des travaux si importants qu'elle est désignée sous le nom de maladie de Chagas.

Ce fut une belle réunion scientifique à laquelle la présence de M. E. Roux, de l'ambassadeur du Brésil, de nombreux professeurs de la Faculté de médecine, apporta une solennité toute particulière.

UNE CONFÉRENCE DU PROFESSEUR SÉMASHKO. — Le professeur Sémashko, commissaire du peuple à la Santé publique de l'U. R. S. S., est venu lundi à la Faculté de médecine faire, sous les auspices de l'A. D. R. M., une conférence sur l'organisation de la médecine en Russie soviétique.

La partie la plus importante de sa conférence porta sur l'avortement réglementé qui est, on le sait, entré dans la pratique courante au pays des Soviets.

L'orateur, dont la voix marquait quelque embarras, exposa la loi qui régit les avortements. Elle a pour but, dit-il, de lutter contre les avortements clandestins.

1° « *En attendant* » (sic) que la propagande en faveur de la maternité ait porté ses fruits, et « en vue de protéger la santé de la femme », il est permis de pratiquer librement et gratuitement l'avortement dans les services hospitaliers.

2° « Cette opération » est interdite à toute personne non munie du diplôme de docteur en médecine.

3° Elle est interdite sous les peines les plus sévères aux sages-femmes.

4° Les médecins qui feront « cette opération » dans leur clientèle seront traduits devant la justice.

— Le pourcentage des femmes ayant déjà eu des enfants vivants et qui se soumettent à « l'opération » est de 8 p. 100, déclare l'orateur, mais il ajoute que les femmes n'ayant jamais eu d'enfants vivants sont des clientes beaucoup plus nombreuses des services spéciaux, certaines avortent pour la quatrième fois!.....

« En attendant!..... »

La conception des hygiénistes soviétiques est de celles que nous ne pouvons discuter. Elle nous apparaît simplement monstrueuse.

F. L. S.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alberto Massone, directeur des services techniques à la direction générale de la santé publique d'Italie; Antonino Russo Gilberti (de Palerme), Raffaele Pucaccini (de Rome), Nunzio di Stefano (de Catane), Josef Breuer (de Vienne), Henri Sarrade (de Pau), Emile Berger et Paul Moizard (de Paris), Albert Cauchoix, chirurgien des hôpitaux de Paris.

NOTES DE PRATIQUE

ASTHÉNIE GRIPPALE

Pour relever la tension artérielle, XX à LX gouttes de la solution d'adrénaline au millième.

Comme médication stimulante, VIII à X gouttes de Vanadarsine dans un peu d'eau, avant chacun des deux principaux repas, ou mieux injection tous les jours de 1 ou 2 centimètres cubes de Vanadarsine injectable. Après une vingtaine d'injections, laisser reposer le malade une à deux semaines, puis renouveler le traitement s'il est nécessaire.

REVUE GÉNÉRALE

LES MÉTHODES GRAPHIQUES
EN PATHOLOGIE CARDIAQUE

Par M. Léon POLLET.

Ce travail n'a pas la prétention d'être un exposé complet, historique et critique des méthodes graphiques utilisées en clinique cardiologique. Il vise simplement, après un bref rappel des principes de ces méthodes et de leur technique, à servir de guide dans la lecture et l'interprétation de divers tracés qu'elles permettent d'obtenir, et à montrer ce qu'on peut attendre de chacune d'elles. Nous ne nous dissimulons pas que cet exposé n'a rien de bien original mais nous savons, par expérience personnelle, combien paraissent ardus au début ces problèmes résolus savamment mais souvent de façon fragmentaire dans les livres classiques. Nous avons surtout tenté de donner un aperçu d'ensemble des diverses anomalies des tracés pour faciliter leur comparaison et montrer quels diagnostics on peut en déduire. Ce déchiffrage progressif nous paraît bien plus instructif que l'énumération des diverses cardiopathies avec leurs graphiques caractéristiques. Naturellement, l'étude clinique complète du malade et des caractères évolutifs de son affection est toujours utile et parfois indispensable pour établir un diagnostic ferme. Nous négligerons cependant ici les symptômes cliniques, notre but se limitant à la seule lecture des tracés graphiques.

On entend par méthodes graphiques, celles qui objectivent directement sur des tracés, les mouvements ou les modifications électriques des organes, et non la simple représentation par des courbes conventionnelles, des variations physiologiques ou pathologiques de ces organes — ce que sont par exemple, les courbes de tension artérielle dans la pratique hospitalière. Il existe donc deux groupes de méthodes graphiques, suivant qu'elles enregistrent des tracés mécaniques ou électriques. Dans les deux cas il s'agit soit de l'inscription du mouvement d'un style, soit des photographies successives d'une ombre portée, dont la motilité, comme celle du style, est commandée par l'acte étudié.

L'enregistrement se fait sur un papier sensible animé d'un mouvement uniforme et perpendiculaire au style ou à la tache lumineuse. Nous allons étudier, successivement les méthodes mécaniques et électriques.

MÉTHODES MÉCANIQUES

Principe. — Bien que dès 1847 Ludwig les ait introduites en physiologie avec son kymographe, c'est Marey qui les employa le premier en clinique humaine en 1860.

Leur principe commun est l'inscription indirecte mais amplifiée en vertu de la loi des leviers, des battements du cœur ou d'un vaisseau communiqués à un contact explorateur de forme variable avec l'organe pulsatile.

En effet, les méthodes mécano-graphiques usuelles enregistrent les pouls artériel et veineux et les battements de la pointe du cœur.

Technique. — I. L'appareil utilisé pour le **pouls artériel** peut être à ressort, ou bien à transmission pneumatique ou même électrique. Le sphygmographe à ressort comprend un bouton métallique appliqué en permanence sur l'artère, grâce à un ressort très flexible, fixé par l'extrémité opposée au bouton. Chaque battement est communiqué par le bouton à un couteau agissant sur le petit bras d'un levier très léger dont le grand bras muni d'un style, inscrit les pulsations amplifiées sur un tracé.

La transmission pneumatique est réalisée en utilisant un tambour à air, simple capsule métallique dont le toit est une membrane de caoutchouc sur le centre de laquelle agit le levier. Les variations de la pression interne de cette capsule sont communiquées par un tube de caoutchouc à un tambour analogue dit récepteur muni, lui, d'un style inscripteur. Actuellement, on utilise d'ordinaire une machette pneumatique, comme celle de l'oscillomètre de Pachon, en interposant entre le brassard et le tambour inscripteur, une capsule ocillographique type Boulitte.

Pour obtenir le déplacement régulier de la feuille enregistrant les tracés, on l'enroule d'ordinaire sur un cylindre mû par un mouvement d'horlogerie. Il faut également inscrire le temps, au moins en cinquièmes de seconde, avec la chronographe de Jacquet par exemple.

II. Pour recueillir **les tracés veineux**, on se sert d'un petit entonnoir de verre appuyé, sans trop de pression sur la jugulaire (celle du côté droit habituellement), et communiquant avec un tambour de Marey. Mais on peut se heurter à des difficultés extrêmes dans la prise de ces tracés, chez les sujets à parois épaisses ou à dyspnée marquée. Et c'est une des raisons qui rendent si précieuse la pratique de l'électro-cardiographie donnant sans repérage préalable et avec une netteté plus parfaite, tous les renseignements que fournit le phlébogramme et même bien davantage.

III. Les **cardiogrammes** sont recueillis avec le bouton à tambour, de Marey, appliqué sur la pointe du cœur, et toujours en décubitus latéral gauche, comme l'indique M. Pachon, ce qui rend invariable la surface de contact de la pointe avec la paroi et permet de n'enregistrer que les modifications de consistance en évitant celles de volume. De cette façon seule, on obtient des tracés typiques, comparables à ceux de pression intraventriculaire pris par Chauveau et Marey chez le cheval. Ajoutons qu'une dyspnée accentuée ou la grande épaisseur des parois thoraciques rendent difficiles la prise du tracé.

IV. On a toujours avantage à recueillir les **inscriptions simultanées** de ces divers tracés pour les comparer et surtout pour repérer les accidents des phlébogrammes grâce à ceux des deux autres graphiques comme nous le verrons.

Les appareils à transmissions multiples ou polygraphes sont de nombreux modèles. Ceux de Mackenzie, Mougeot, ont l'avantage d'avoir des styles se déplaçant en ligne droite, ce qui permet d'obtenir facilement des points isochrones en traçant des lignes perpendiculaires à la ligne des temps. Ce repérage, capital, répétons-le, est plus délicat dans les appareils type Marey, à inscriptions curvilignes, ou nécessite l'ingénieux excentrique de Pachon.

Dans le polygraphe de Lutembacher les styles se meuvent dans un faisceau lumineux et c'est leur ombre qui est enregistrée optiquement par un film photographique, ce qui évite le frottement et la nécessité de repérage.

Ajoutons enfin qu'il est bon de vérifier fréquemment tous ces appareils car une pression trop forte du ressort, une tension trop grande des membranes, une longueur ou un calibre inégaux des tubes de transmission créent des déformations artificielles des tracés.

Etudions maintenant successivement sphygmogrammes, cardiogrammes et phlébogrammes à l'état normal et dans leurs anomalies.

I. SPHYGMOGRAMME

A. **Normalement.** — Le tracé (fig. 1) montre une ligne d'ascension brusque presque verticale, terminée par un crochet aigu suivi d'une ligne de descente assez lente qui présente dans son premier tiers un ressaut : le dicrotisme du pouls. Ce dernier a été jadis attribué à un défaut de l'appareil enregistreur, car normalement, il n'est pas perçu par le doigt explorateur. Les tracés hémautographiques qui inscrivent le jet même du sang d'une artère sectionnée démontrent sa réalité. Il est dû à ce que l'aspiration ventriculaire, tout au début de la diastole s'exerce jusque sur la colonne sanguine artérielle en aval des sigmoïdes et le heurt de cette colonne rétrograde sur les sigmoïdes qui viennent de se fermer engendre une deuxième onde centrifuge qui forme le dicrotisme du pouls, protodiastolique.

Récemment Tullio a montré qu'il existait des ondes secondaires multiples du pouls, d'origine centrale ou dues à des réflexions périphériques. Mais elles sont d'importance minime en pratique.

Les acccidents vont se reproduire toujours semblables, et à des intervalles de temps égaux sur le sphymogramme normal.

B. **Anomalies.** — Il en est d'artificielles et de pathologiques. Nous n'insisterons pas sur les premières. Disons seulement qu'il faut régler la pression de l'appareil de façon à avoir des ondes maxima du tracé, car une pression trop forte écrase le sommet au point qu'il peut former un ressaut sur la ligne d'ascension dont le sommet correspond alors au dicrotisme normal : c'est le pouls dit anacrote, qui n'a rien de pathologique comme l'ont montré Potain et Gallavardin. Pour lire un sphygmogramme il faut successivement :

Etudier la morphologie d'une pulsation isolée;

Puis, dans la suite des pulsations, vérifier si toutes sont semblables entre elles, et si leurs rapports chronologiques sont normaux.

1° Une pulsation considérée isolément peut avoir une forme assez caractéristique de certaines valvulopathies. C'est ainsi que dans l'insuffisance aortique type Corrigan, on note une hauteur anormale de la ligne d'ascension qui part de très bas, un crochet très aigu et l'exagération du dicrotisme, tous signes dus au reflux centripète diastolique.

Dans le type Hogdson ou dans l'athérome artériel, l'ascension moins marquée est suivie d'un plateau, traduisant la difficulté du ventricule à se vider dans un vaisseau peu élastique. Mais ceci est surtout caractéristique dans les tracés pris sur les artères périphériques, car les sphygmogrammes dits centraux, carotidiens, par exemple, ont normalement un sommet mousse, étalé, qui tend à se rapprocher du plateau des cardiogrammes.

D'un moindre intérêt sont les pulsations d'amplitude faible des affections mitrales ou à pente d'ascension plus oblique (pulsus tardus) du rétrécissement aortique.

2° Si on considère la suite des pulsations on peut remarquer que quelques-unes sont d'un aspect anormal, en particulier paraissent avortées. Il s'agit d'une arythmie. Mais deux cas sont à distinguer : ou bien il y a régulièrement répétition des mêmes anomalies à mêmes intervalles de temps, ou bien on ne note aucune régularité dans la suite des anomalies. Les premières sont les arythmies dites rythmées dont la variété la plus intéressante consiste en la succession régulière d'une pulsation forte et d'une faible. Dans le pouls alternant, ces deux pulsations sont équidistantes ou la faible est plus rapprochée de la forte suivante. Le pouls bigéminé, par extrasystole, peut réaliser une pseudo-alternance mais d'ordinaire la pulsation faible est plus rapprochée de la forte précédente. Sinon, outre sa variabilité avec l'effort, on le dépiste facilement par les autres méthodes graphiques, en particulier l'électro-cardiogramme.

L'arythmie respiratoire peut exceptionnellement réaliser aussi une pseudo-alternance, si le nombre des respirations est exactement la moitié de celui des pulsations, l'inspiration accompagnant la pulsation faible. D'ordinaire elle réalise simplement une bradycardie d'expiration avec augmentation progressive d'amplitude des pulsations pendant l'expiration et diminution dans l'inspiration.

Citons encore comme arythmie rythmée, le pouls paradoxal, suspension du pouls dans l'inspiration normale (et non en inspiration forcée, où le ralentissement du pouls devient physiologique et peut arriver à la suspension). Enfin le trigéminisme, rare, le quadri géminisme, exceptionnel, sont d'un dépistage facile.

Au contraire, lorsque c'est de loin en loin, à intervalles inégaux, que le tracé montre une pulsation avortée, souvent prématurée, suivie d'une pause plus ou moins marquée, il s'agit d'une extrasystole dont le sphygmogramme à lui seul ne peut préciser l'origine exacte. On peut seulement dire que les pauses maxima s'observent dans les extrasystoles ventriculaires, réserve faite de deux variétés rares sur lesquelles nous ne pouvons insister : extrasystoles interpolées et décalantes ; inversement il peut n'exister aucun repos compensateur dans les extrasystoles auriculaires.

Enfin, les pulsations peuvent être toutes irrégulières et inégales, sans aucun rhytme : il s'agit alors d'arythmie complète, dont seul l'électro-cardiogramme a pu préciser la pathogénie.

3° Le dernier groupe d'anomalie du sphygmogramme consiste en modifications notables de la vitesse sans anomalies de la forme des pulsations qui restent sensiblement égales entre elles. Si le pouls est lent, le sphygmogramme seul ne peut préciser la variété de bradycardie. Tout au plus peut-on dire que la bradycardie sinusale est d'ordinaire la plus modérée, ne s'abaissant guère au-dessous de 40 par minute. Au contraire on la distinguera facilement par le phlébogramme, et l'électrocardiogramme (sans parler des épreuves à l'atropine, etc.), des autres principaux pouls lents dont nous verrons plus tard les caractères graphiques principaux : bradycardies par dissociation complète ou incomplète; bradysphygmie par extrasystoles régulières ne parvenant pas au pouls ou par suppression de l'onde faible d'un pouls alternant.

Quand le pouls est rapide mais régulier, les graphiques du pouls ne permettent également que soupçonner une tachycardie sinusale si elle est modérée ne dépassant pas 140 ou une tachycardie

paroxystique dans le cas contraire. Mais sans même parler des circonstances cliniques très dissemblables, l'électrocardiogramme les différenciera facilement.

II. PHLÉBOGRAMME

A. **Normalement**. — Le phlébogramme offre trois sommets et trois dépressions, que nous allons étudier avec leur désignation habituelle due à Mackenzie (fig. 1).

Le sommet *a* répond à la systole auriculaire et est séparée du suivant *c* par une dépression inommée, d'une durée physiologique un peu moindre de 1/5 de seconde.

Le sommet *c* est le seul fixe dans le temps, car il répond à un acte ventriculaire. Il a été ainsi désigné par Mackenzie qui le croyait dû à la répercussion du choc systolique de la carotide sur la jugulaire. En réalité il est légèrement présystolique et répond pour Bard à la secousse provoquée par la fermeture de la tricuspide.

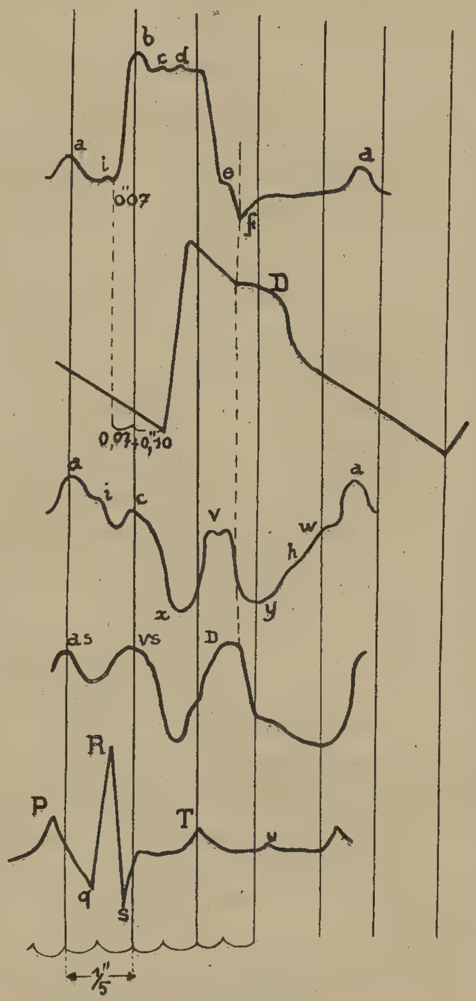


Fig. 1. — *Schéma des principaux tracés cardio-vasculaires avec leurs rapports chronologiques.*
Le pointillé par *f* répond à l'ouverture des valves auriculo-ventriculaires.

Une dépression *x* lui succède, continuant la première dépression qu'a interrompue le sommet *c* et due comme elle essentiellement à la diastole de l'oreillette.

Puis survient le troisième sommet *v* moins élevé, qui, marque la replétion de l'oreillette à la fin de la systole du ventricule. Il est donc plus ou moins précoce suivant qu'il y a stase on non dans l'oreillette. Il peut être bifide, avec un premier crochet télésystolique par refoulement progressif des valves tricuspides vers l'oreillette, et un second protodiastolique par réplétion totale de l'oreillette.

Enfin lui succède la dépression *y* dont le début répond à l'ouverture de la tricuspide.

Nous signalons simplement que, surtout dans les tracésà grande vitesse, on voit parfois d'autres petites ondes : *i* entre *a* et *c*, que Chauveau rattachait au phénomène de l'intersystole ou contraction des muscles papillaires tendant les valves, mais qui semble plutôt due à une réaction élastique du ventricule à l'arrivée du sang, pour Bard, Pezzi, et qui est surtout marquée dans l'insuffisance aortique. Citons encore dans les mêmes conditions, la possibilité de deux petites ondes entre *y* et *a* : l'onde *h* due à l'arrêt temporaire du sang par relèvement progressif des valvules tricuspides, plus précoce s'il y a stase ventriculaire et qu'on appelle onde de stase diastolique (elle semble coïncider avec le troisième bruit du cœur); enfin l'onde *w* rare et de mécanisme discuté, peut être due à la contraction de la veine cave supérieure.

Quoi qu'il en soit, à l'état normal, ce qui importe ce n'est pas tant la morphologie, la hauteur respective des divers accidents (car elle varie avec la sensibilité des appareils, le nervosime et la respiration des sujets), que la succession régulière et aux intervalles physiologiques des sommets *a*, *c*, *v*.

C'est ici que pour les distinguer nettement, au moins dans les cas difficiles, il faut faire un repérage soigneux grâce au sphygmogramme et surtout au cardiogramme comme nous l'indiquerons en étudiant ce dernier.

B. **Anomalies**. — A l'état pathologique on doit étudier successivement:

1° Les anomalies des divers éléments d'une révolution cardiaque sur le tracé veineux (le repérage préalable étant fait).

2° Les rapports chronologiques de ces éléments entre eux.

3° Le tracé veineux dans son ensemble pour vérifier si la succession des divers accidents reste régulière ou non. Reprenons ces divers points.

1° Le **sommet** *a* peut être absent. Mackenzie attribuait ce fait à un rythme nodal, l'excitation naissant plus bas que normalement, au nœud de Tawara, par suite de la paralysie de l'oreillette. Actuellement au contraire, on considère que l'absence de *a* résulte ordinairement de la fibrillation auriculaire, caractéristique de l'arythmie complète, mais les trémulations ne sont qu'exceptionnellement visibles sur le tracé veineux. Inversement *a* peut être exagéré nettement. Il s'agit alors ordinairement de stase auriculaire, quelle que soit sa cause : rétrécissement tricuspidien (Mackenzie) ou pulmonaire (Laubry).

Le **sommet** *c* constant comme nous l'avons dit, puisque d'origine ventriculaire, peut être surélevé, par impulsion ventriculaire énergique ou par confusion avec lui d'un des sommets voisins, fait que nous étudierons bientôt.

Il en est de même pour *v* ; en outre ce sommet est plus étalé lors de stase auriculaire. Il débute surtout plus précocement comme nous allons le voir.

2° **L'intervalle** *a c* peut être augmenté, dépassant 1/5 de seconde, c'est le premier degré de la dissociation auriculo-ventriculaire, le block-auriculaire. Il peut être diminué lors d'extrasystoles nodales,

d'ailleurs rares ; la diminution pouvant aller jusqu'à la confusion de *a* avec *c*, et même l'interversion : *c* avant *a*, comme le montre le repérage. C'est ce qu'on observe dans les crises de tachycardie paroxystique. Il faut ici éliminer l'extrasystole dite rétrograde où *c* précède *a* mais en est séparé par l'intervalle normal de 1/5 de seconde.

L'intervalle *c v* peut être diminué lors de stase dans l'oreillette, la diminution pouvant aller jusqu'à la confusion de *c* et *v* avec suppression de la dépression intermédiaire *x*.

On a alors, si *a* est absent comme c'est fréquent dans ce cas, la forme dite ventriculaire du pouls veineux avec un seul grand soulèvement, entre deux dépressions.

L'intervalle *v a* peut être diminué lors d'extrasystole auriculaire à trois sommets. Si elle est très précoce *a* peut même se fusionner au *v* précédent. L'intervalle peut être interrompu par un soulèvement prématuré *c* (parfois 2 : *c*, *v*) caractéristique d'un extrasystole ventriculaire, *c* pouvant se fusionner au *v* précédent ou à l'*a* suivant ; *v a* est également diminué dans les tachycardies sinusales et paroxystiques.

Enfin *v a* peut être augmenté par repos compensateur au maximum dans les extrasystoles ventriculaires (sauf le cas rare d'extrasystole interpolée) ou par repos complet du cœur dans le block sinusal.

3° Lorsqu'on examine la suite des diverses révolutions cardiaques sur le tracé veineux, il faut d'abord s'assurer que les divers sommets *a* sont équidistants et à des intervalles chronologiques normaux.

On note ensuite si chaque sommet *a* est suivi aux distances physiologiques des accidents *c* et *v*.

Nous n'insisterons pas ici sur les tachycardies ou bradycardies sinusales où chaque groupe de trois sommets « *a c v* » considéré isolement, est normal, mais est anormalement rapproché ou éloigné des autres groupes analogues aux dépens ou au profit de l'intervalle *v a*. Notons ici que les tracés veineux ne permettent pas comme les sphygmogrammes de confondre les bradycardies vraies avec les bradysphygmies par extrasystoles. Si on trouve deux *a* plus rapprochés que les autres, on pensera surtout à une extrasystole auriculaire et l'intervalle *a c* extrasytolique est alors allongé ; ou exceptionnellement à une extrasystole sinusale où il y a un simple décalage du rythme. Il faut un repérage soigneux pour ne pas confondre un *a* avec un *c* dans les cas d'extrasystoles auriculo-ventriculaires où *c* peut précéder *a* quand elles naissent très bas ; de même dans les extrasystoles rétrogrades où *c* précède *a*, mais l'espace *c a* a alors sa durée physiologique normale, comme nous l'avons déjà dit. Dans ce cas d'ailleurs *a* est prématuré, au contraire des extrasystoles ventriculaires, où les *a* sont à leurs temps normaux mais suivis tantôt régulièrement des *c v* physiologiques, tantôt irrégulièrement des *c v* ventriculaires extrasystoliques. Rappelons que l'arythmie complète est caractérisée par le désordre complet du rythme et l'absence des *a*.

Enfin les *a* étant équidistants et de fréquence moyenne, on peut noter des soubresauts ventriculaires *c v* plus rares et à distance variable d'un des *a* indiquant une dissociation complète, avec rythme ventriculaire autonome. On évitera facilement la confusion avec le flutter où les *a* sont bien plus nombreux que normalement et où l'un deux est suivi de « *c v* » seulement tous les trois ou quatre « *a* ». Il faut toujours examiner toute la série des soulèvements du tracé, certains accidents comme les extrasystoles pouvant n'exister qu'une seule fois dans le phlébogramme.

III. CARDIOGRAMME

A. **Normalement**, pris en décubitus latéral gauche, le cardiogramme montre un petit crochet auriculaire suivi d'une dépression. Moins de 1/5 de seconde après le crochet survient une brusque ascension de la ligne du tracé, légèrement oblique durant 0,07 de seconde, traduisant la mise en tension systolique du ventricule. Puis on note un plateau systolique, de deux à trois dixièmes de seconde, avec d'ordinaire trois ondulations d'évacuation, auxquelles succède une descente brusque avec une légère encoche dans sa partie inférieure, au moment de la clôture des sigmoïdes. La partie la plus basse du tracé répond au vide post-systolique, à l'ouverture des valvules auriculo-ventriculaires (fig. 1).

Puis survient un soulèvement proto-diastolique par réaction élastique du ventricule distendu avec remplissage brusque, suivi d'une ascension moins vive de remplissage lent, terminé par le crochet présystolique de contraction auriculaire.

B. **Anormalement**. — La ligne d'ascension systolique peut être inversée, battement négatif, dû à des adhérences de la pointe, à une symphyse du péricarde comme l'ont vérifié encore récemment Pachon et Fabre ; ceci, bien entendu si on a écarté toute faute de technique comme nons y avons déjà insisté. Ou bien elle est traînante, forme avec le plateau un tracé en dos de chameau, traduisant la cardio-sclérose : ou bien enfin elle est en escalier, ce qui répond à une aortite avec sténose.

Nous n'insisterons pas ici sur les modifications (absence ou exagération) du crochet auriculaire, ni les variations de l'intervalle entre ce crochet et l'origine du plateau systolique. Ce sont exactement celles que nous avons décrites pour le sommet *a* et l'intervalle *a c* du phlébogramme. Nous pourrions répéter ici presque tout ce que nous avons dit sur l'examen complet des tracés veineux. Nous préférons insister sur ce fait que le phlébogramme est plus sensible que le cardiogramme mais plus difficile à lire. Le cardiogramme sert donc surtout à repérer les accidents du tracé veineux. Le sommet *a* correspond au petit crochet auriculaire du cardiogramme, *c* au sommet de la ligne d'ascension systolique. Le début de la dépression *y* au point le plus déclive, post-systolique du cardiogramme. Le sommet immédiatement avant *y* ne peut être que *v*.

Sans cardiogramme, le simple sphygmogramme peut de même repérer les accidents du phlébogramme, en tenant compte que le pied de la ligne d'ascension du pouls radial est en retard de 17 centièmes de seconde sur le pied de la ligne d'ascension du cardiogramme (0,07 de retard dit essentiel du pouls, durée de la mise en tension ventriculaire, plus un retard variable avec la distance de l'artère étudiée à l'origine de l'aorte, 0,10 pour le pouls radial). Le sommet *c* sera donc situé 1/10 de seconde avant le début du pouls radial et le crochet *a*, 3/10 de seconde avant ce même pouls. Quant au début de la dépression *y*, il coïncidera avec le début du dicrotisme du pouls.

IV. MÉTHODES MÉCANIQUES D'EXCEPTION

Je ne ferai que citer :

1°. L'enregistrement du pouls hépatique donnant

un tracé semblable au phlébogramme mais sans sommet *c* et un *a* faible.

2° L'enregistrement des battements de l'oreillette gauche par voie œsophagienne : le tracé est absolument analogue au phlébogramme, lorsqu'on le recueille, après tâtonnement, à l'endroit où les pulsations sont maxima — ce qui a d'ailleurs servi à confirmer la valeur du phlébogramme (fig. 1).

3° L'inscription des bruits du cœur — qui n'a qu'un intérêt purement scientifique jusqu'à présent.

MÉTHODE ÉLECTRIQUE. ÉLECTROCARDIOGRAPHIE. — Son principe repose sur le fait mis en évidence par Dubois-Reymond en 1848 que : la partie d'un muscle en contraction devient électro-négative, alors que le reste du muscle reste électro-positif, et il s'établit un courant d'action allant des parties + vers les parties —. En réalité, il faut faire de suite cette réserve que l'électrocardiographie n'enregistre pas le courant de contraction du cœur mais les ondes d'excitations qui précèdent la contraction. Cependant en somme tout se passe comme si le principe de Dubois-Reymond s'appliquait parfaitement.

Technique. — D'emblée trois difficultés se présentèrent qui furent résolues successivement.

1° Le cœur est un organe peu accessible à l'exploration directe et il est difficile de recueillir ses courants d'action. Mais Waller montra que ces courants sont dérivés à travers les tissus bons conducteurs et qu'on peut les recueillir à la surface de la peau.

A l'aide d'un électromètre, il put établir la répartition des lignes équipotentielles. Schématiquement la base du cœur est en équilibre électrique avec la tête et le bras droit, la pointe avec le bras gauche et les jambes. Du flanc droit à l'épaule gauche, existe une zone linéaire à potentiel nul.

2° Il fallait un galvanomètre ultra-sensible pour être influencé par ces courants si infimes que l'électromètre capillaire de Lippmann se montrait insuffisant à les déceler. L'électrocardiographie n'a pu se développer qu'avec la découverte par Einthoven de son galvanomètre à corde de quartz argenté, de 2 μ d'épaisseur, oscillant entre les deux pôles d'un électro-aimant.

3° Il fallait enfin enregistrer les déviations de la corde par les courants d'action du cœur. Pour cela, l'ombre de la corde fortement éclairée et grossie 500 fois par un microscope est projeté sur un film photographique, se déroulant automatiquement derrière un écran gradué percé d'une fente. On règle la tension de la corde de telle sorte qu'elle se déplace de deux divisions (1 cent.) pour un courant de un millivolt.

On inscrit les temps, grâce à une roue à palettes tournant à régime constant devant l'écran de façon que les palettes forment une ombre linéaire sur le film tous les 1/50 de seconde.

Tels sont les principes de l'électrocardiographie dont nous ne décrirons pas ici la technique détaillée, simple et facile avec l'appareillage de M. Boulitte.

A. *Tracés normaux.* — L'électrocardiogramme normal présente une série de sommets et d'encoches. En effet, d'après ce que nous avons dit du mode d'enregistrement, les déviations de la corde de droite à gauche se traduiront sur le film développé, par une ligne ascendante, les sommets indiquant une contraction de la base du cœur; et inversement, les dépressions, une contraction de la pointe.

Nous ne pouvons ici insister sur la signification vraie de chaque accident du tracé. Disons seulement qu'on observe successivement (notation d'Einthoven) :

Un sommet P répondant à la systole auriculaire.

Une dépression *q*, systole des colonnes charnues de la pointe que le faisceau de His aborde d'abord.

Un sommet R, systole de la base des ventricules.

Une dépression S, l'onde d'excitation redescendant vers la pointe, enfin un sommet T, de signification encore discutée, due sans doute à la prolongation de la systole de la base des ventricules ou au retrait de l'onde d'excitation.

Rarement un petit crochet U, peut-être par contraction de l'origine des gros vaisseaux de la base du cœur (fig. 1).

L'ensemble *q*RST répond à ce qu'on nomme complexe ventriculaire.

Dans la lecture de ce tracé, il faut noter soigneusement la durée des divers accidents :

En pratique, il suffit de savoir que :

1° L'intervalle PR ne doit pas dépasser 0"18.

2° *q*RS n'atteint normalement pas un maximum de 1 dixième de seconde et en tout cas n'arrive pas au tiers de la durée totale du complexe *q*T.

3° ST peut atteindre 0"10 et l'onde T peut s'étaler sur 0"20.

4° Enfin TP dure environ 0"25.

Soit en tout 0,8 à 0,85 de seconde (fig. 1).

Enfin si on compare le tracé électrique aux tracés mécaniques on voit que les sommets électriques précèdent de quelques centièmes de seconde les sommets des courbes mécaniques, preuve qu'ils ne sont pas dus à la contraction musculaire elle-même. En particulier le sommet T a une signification toute différente de celle de l'onde *v* du phlébogramme.

Enfin il y a lieu d'apprécier la hauteur des divers accidents du tracé tout en sachant qu'elle peut varier physiologiquement dans d'assez larges limites.

Mais il est des variations qui restent physiologiques de cet électrocardiogramme. En effet la répartition des lignes équipotentielles suivant le schéma de Waller montre que suivant le point où on recueille les courants d'action du cœur, on obtiendra des oscillations différentes de la corde dues aux variations des différences de potentiel électrique.

Le nombre de ces modes de dérivations peut donc être grand mais en pratique on se contente de trois :

Déviation	I. Horizontale.	Main droite.	Main gauche.
—	II. Oblique.	—	Pied gauche.
—	III. Verticale.	— gauche.	—

D'autre part chez des sujets différents, mais qu'on doit considérer comme normaux, les mêmes déviations donnent des courbes un peu différentes. Waller l'explique par la disposition du cœur qui modifie sensiblement la disposition des lignes isoélectriques.

Sans insister démesurément, on comprend que si l'axe électrique (qu'on peut considérer à peu près parallèle à l'axe anatomique du cœur) est oblique, la dérivation où l'amplitude des oscillations PR sera maxima est celle qui prolonge cet axe, dérivation oblique ou II. Si l'axe est presque horizontal, ce sera la déviation horizontale I. Ces faits expliquent également les modifications de l'électro-cardiogramme sous l'influence de la position du corps, de la respiration ample. etc.

B. *Anomalies.* — 1° On pensait jadis que l'électrocardiogramme pouvait donner des indications diagnostiques dans les valvulopathies; ainsi P serait exagéré dans le rétrécissement mitral, S, dans l'insuffisance aortique. En réalité il n'en est rien. Tout au plus les valvulopathies peuvent elles modifier les tracés, en altérant la direction de l'axe électrique du cœur, lorsqu'elles ont provoqué des hypertrophies partielles de l'organe.

2° En effet, bien que la prépondérance électrique ne soit pas toujours et uniquement fonction de la prépondérance musculaire, l'hypertrophie ventriculaire gauche donne ordinairement les tracés caractéristiques de l'axe horizontal :

R maximum en I, minimum en III.

S maximum en III, minimum en I.

L'hyperthrophie ventriculaire droite fournit des résultats inverses.

Pour apprécier plus sûrement ces prépondérances, qui se traduisent par la hauteur respective des divers accidents du tracé, il est nécessaire, à la fin du tracé de chaque dérivation (la résistance du corps pouvant varier avec chacune) de vérifier que la corde se déplace bien de 1 centimètre pour 1 courant de 1 millivolt.

Faisons ici deux remarques :

a. L'électrocardiogramme normal donne ordinairement un tracé de prépondérance ventriculaire gauche, ce qui n'a rien de surprenant a priori.

b. L'hypertrophie cardiaque est compatible avec un tracé normal, l'électrocardiogramme n'extériorisant en réalité que des ondes d'excitation.

C'est un véritable bigramme combinaison des tracés du cœur droit et du cœur gauche, ce qu'on ne peut bien apprécier que pour les ventricules, le faisceau de His s'étant divisé. Ainsi les altérations de la branche droite du faisceau de His se traduisent par une courbe de prépondérance ventriculaire gauche et inversement.

Mais le fait existe même par les oreillettes et c'est ainsi que P peut être bifide par asynchronisme des deux oreillettes.

3° L'électrocardiographie qui n'a donc qu'un intérêt médiocre dans la diagnose des hypertrophies localisées, n'en a guère plus pour dépister l'insuffisance cardiaque au début. C'est ainsi que dans le pouls alternant, lié on le sait, à une myocardite ventriculaire, la pulsation faible se traduit sur l'électro, par la même image que la pulsation forte.

Néanmoins depuis deux années, les recherches entreprises de divers côtés concordent pour attribuer une valeur pronostique à certaines anomalies de l'électrocardiogramme.

C'est ainsi qu'avec de nombreux auteurs surtout américains, en particulier Willius, Oppenheimer et Rothschild, Arillaga, MM. Clerc et Bascourret ont montré l'importance pronostique fâcheuse des éléments suivants au cours de l'insuffisance ventriculaire gauche :

1. Élargissement de *q*RS. $> 0''1$ avec diminution d'amplitude, et souvent encoche d'une branche;

2. T inversé en plusieurs dérivations, et particulièrement en I.

Ces signes traduisent avant tout l'ischémie du myocarde, soit temporaire par spasme (altérations transitoires de l'électro pendant une crise d'angor) soit permanente par oblitération d'une coronaire. Dans ce dernier cas, Oppenheimer et Rothschild n'ont trouvé que trois électros normaux chez vingt-neuf sujets. Nous-même avec M. Lian avons indiqué la fréquence de ces altérations dans l'infarctus du myocarde. Et récemment au Congrès de Nancy, Prusik souligne la valeur pronostique chez les angineux du chiffre additionnel des ondes T dans les trois dérivations. Plus le chiffre est faible plus la mortalité est élevée.

4° Mais le véritable triomphe de l'électrocardiographie réside dans la précision qu'elle permet de l'étude des *arythmies*.

Comme pour les phlébogrammes, nous considérerons successivement :

Une révolution cardiaque isolée;

L'ensemble du tracé, du point de vue morphologique et chronologique.

a. Le *sommet P* peut être absent. Il peut être alors remplacé par une multitude de trémulations fines entre T et R. C'est la fibrillation auriculaire que seule l'électrocardiographie a mise en évidence. Elle traduit l'arythmie complète et de fait, nous verrons que dans ces cas, la suite du tracé n'offre aucun rythme de succession des complexes ventriculaires.

Signalons ici que l'on peut observer ces fines trémulations par des courants parasites dans l'appareil chez des sujets normaux.

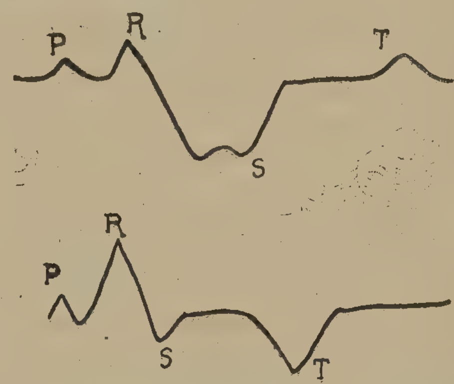


FIG. 2. — *Extrasystoles ventriculaires droite et gauche en D¹.*

Mais il est facile de constater ici la présence de P et la régularité du rythme. Tout récemment Moulia et di Lucci ont proposé un dispositif de self-induction avec condensateur pour amoindrir les oscillations de la corde par des influences indépendantes de celles du cœur.

Ou bien P est remplacé par trois ou quatre ondes plus petites, ou même davantage. C'est le flutter ou tachysystolie auriculaire, qui peut se combiner à la fibrillation; fibrillo-flutter.

Ou enfin il peut s'agir d'un rythme nodal où l'on voit P inversé après l'encoche S.

L'intervalle PR peut être augmenté, dépassant 0,18 de seconde, indiquant alors un trouble de conduction de l'excitation, premier degré de la dissociation auriculo-ventriculaire, le block auriculaire.

Nous avons déjà dit que *q*RS peut être élargi, dépassant $0''10$; R échancré ou bifide, T inversé; tous signes considérés comme indiquant une insuffisance cardiaque au moins dans certaines conditions.

Rappelons enfin qu'il faut comparer les accidents d'une révolution cardiaque dans les trois dérivations, ce qui permet de présumer de l'obliquité du cœur ou de certaines hypertrophies localisées, avec les réserves que nous avons faites.

b. En considérant l'ensemble du tracé, on note d'abord si le rythme est rapide ou lent. Dans le cas où la succession des divers sommets PRT est régu-

lière, tous les complexes normaux, il s'agit de tachycardie ou de bradycardie sinusale et nous n'y insisterons pas. Sinon, on commence par vérifier si tous les sommets P sont équidistants, puis s'ils sont chacun suivis ou non de complexes soit normaux soit anormaux.

On peut ainsi trouver un P prématuré. Il peut s'agir exceptionnellement d'une extrasystole sinusale, simple décalage du rythme, plus souvent d'une extrasystole auriculaire. Ici P est d'autant moins élevé que le lieu d'origine est situé plus bas dans l'oreillette et peut même être inversé. Le complexe suivant est normal, le repos compensateur inconstant.

Ou bien, P est à sa place normale mais inversé, l'espace PR est modifié, court, nul : P + R ou même inversé R avant P ; il s'agit d'une extrasystole nodale, d'ailleurs rare. On les observe dans les crises de tachycardie paroxystique.

Enfin, un P à sa place normale entre deux autres P reste sans réponse ventriculaire, mais est précédé d'un complexe ventriculaire atypique, d'une amplitude anormale. Il s'agit d'une extrasystole ventriculaire, dont on ne peut préciser le lieu d'origine, que par l'électrocardiographie. Ainsi, lorsqu'il s'agit de la base du ventricule droit, on aura une image de dextrogramme :

En D_1 — S est une profonde encoche, T un sommet large.

A la pointe du ventricule gauche, on a une image exactement inverse de lévogramme (fig. 2).

Notons d'ailleurs que le sommet P toujours à sa place normale peut être déformé s'il est pris dans le complexe.

Parfois les sommets P sont équidistants, mais la plupart restent isolés. On trouve entre eux des complexes de forme normale plus rares, soit un tous les deux ou trois sommets P (c'est la dissociation auriculo-ventriculaire incomplète : block $2/_1$, $3/_1$) ; soit absolument indépendants de ces sommets P (c'est la dissociation complète avec rythme ventriculaire autonome).

Disons ici que l'électrocardiographie a même permis d'isoler un block des branches du faisceau de His. Le plus souvent c'est la branche droite qui est lésée et on a ainsi une image de lévogramme comme dans l'extrasystole ventriculaire gauche, mais en outre il y a :

Allongement de *q*RS ;
Echancrure de RS ;
Une amplitude plus grande des accidents ;
*q*T peut dépasser 0"35.

Sans insister davantage, disons que le flutter et la fibrillation s'accompagnent d'une irrégularité chronologique absolue des complexes de morphologie à peu près normale cependant, sauf T plus ou moins modifié.

Le pouls alternant offre le plus souvent un tracé électrocardiographique normal, ce qui le distingue des pseudo-alternances extrasystoliques.

Terminons en insistant sur la nécessité d'un examen complet des tracés dans les trois dérivations, certaines anomalies étant éphémères.

On voit que l'électrocardiographie permet seule de préciser les troubles auriculaires (fibrillation, flutter), le lieu d'origine précis des extrasystoles et le siège de certains blocks. Dans tous les cas, elle facilite le diagnostic des arythmies, et le contrôle des effets thérapeutiques.

Cependant nous avons voulu donner un aperçu des tracés mécaniques qui ont l'avantage de pouvoir être pris avec des moyens rudimentaires, comme l'illustre l'exemple de Mackenzie, et que l'habitude permet d'interpréter assez facilement, ce qui devrait leur éviter de tomber dans l'oubli.

Nous avons à dessein négligé les arythmies complexes ou combinées pour ne pas compliquer une étude déjà un peu aride.

BIBLIOGRAPHIE

Nous n'indiquons ici que les travaux principaux ou récents sur cette question qui en a suscité d'innombrables :

ARRILLAGA. *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 7 nov. 1924.
BARD. De la notation et de la lecture des tracés du pouls veineux, *Semaine méd.*, 1911, p. 257.
CHAUVEAU. Sur l'intersystole du cœur, *Journ. de physiol. et de pathol. gén.*, 1900, p. 125.
CLARAC. Arythmie complète, *Th. de Paris*, 1913.
CLERC. *Les Arythmies en clinique*, Masson, 1925.
CLERC et BASCOURRET. *Revue de méd.*, déc. 1924.
EINTHOVEN. *Arch. f. d. ges. Physiol.*, Bonn 1895, p. 101; 1900, p. 139, et 1903, p. 472.
FRANCK (Fr.). *Soc. de biol.*, 1882, p. 47, 62.
GALLAVARDIN. Signification de l'anacrotisme, *Lyon méd.*, mars 1907.
LECONTE. L'extrasystole, *Th. de Paris*, 1911.
LEWIS. *Clinical Electrocardiography*, London 1913.
LIAN. Etude graphique et clinique du pouls veineux jugulaire, *Journ. de physiol. et de path. gén.*, Paris 1912, p. 128; — *Maladies du cœur*, Maloine, 1922.
LIAN et POLLET. *Presse méd.*, 21 mai 1924.
LUTEMBACHER. *Troubles fonctionnels du cœur*, Masson, 1924.
MACKENZIE. *Dis. of the Heart*, 2e édition, 1913.
MAREY. *Recherches sur le pouls au moyen d'un nouvel appareil enregistreur, le sphygmographe*, Paris 1860 ; — *Physiologie médicale de la circulation du sang*, Paris 1863.
MOULIA et DI LUCCI. *Arch. des mal. du cœur*, juin 1925, p. 371.
OPPENHEIMER et ROTHSCHILD. *Assoc. of amer. Phys.*, 1924.
PACHON. Exploration radiologique dans le décubitus latéral gauche, *Soc. de biol.*, Saint-Pétersbourg, déc. 1904.
PACHON et FABRE. *Soc. de biol.*, 26 janv. 1924.
POTAIN. Note sur l'anacrotisme du pouls radial, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 avril 1896 ; — Des mouvements et des bruits qui se passent dans les jugulaires, *Soc. méd. des hôpit.*, 24 mai 1867.
PRUSIK. *XVIIIe Congrès de méd.*, Nancy, 16 juillet 1925.
VAQUEZ. *Les Arythmies*, Paris 1911 ; — Signification de l'électrocardiogramme, *Soc. de biol.*, 1er juillet 1911 ; — *Maladies du cœur*, Baillière, 1921.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 12 OCTOBRE 1925)

Sur le mécanisme nerveux de la rythmicité du myocarde. — M. J. ATHANASIU.

(SÉANCE DU 19 OCTOBRE 1925)

La détermination du régime des eaux minérales. — MM. D'ARSONVAL, F. BORDAS et F. TOUPLAIN.

Infection expérimentale transplacentaire par les éléments filtrables du virus tuberculeux. — MM. A. CALMETTE, J. VALTIS, L. NÈGRE et A. BOQUET. — Le passage des bacilles tuberculeux à travers le placenta, nié jadis par Conheim, a été expérimentalement réalisé par quelques auteurs (Landouzy et Hipp. Martin, de Renzi, Cavagnès,

Gaertner), mais beaucoup d'autres n'y sont jamais parvenus, en particulier Nocard, Grancher et Strauss, Baumgarten, Vignal. Et comme il est exceptionnel d'observer, en clinique humaine ou vétérinaire, des cas de transmission intra-utérine de la tuberculose, on admet généralement que, si l'infection transplacentaire est possible, elle est extrêmement rare.

La démonstration ayant été récemment faite, d'abord par Fontès en 1910, par Vaudremer en 1923, par Valtis en 1924, de l'existence dans le virus tuberculeux, de certains éléments invisibles au microscope, capables de traverser les filtres de terre d'infusoires ou de porcelaine, et cependant pourvus de virulence, a suggéré à M. Calmette et à ses collaborateurs l'idée d'inoculer à des cobayes femelles, avant et pendant la gestation des filtrats de produits tuberculeux ou de cultures, en vue de rechercher si les jeunes cobayes, issus de ces femelles, peuvent être infectés par voie transplacentaire et présenter, lors de leur naissance ou ultérieurement, des lésions authentiques de tuberculose à bacilles de Koch acido-résistants et virulents.

Les expériences auxquelles se sont livrés les auteurs montrent que les éléments virulents, filtrables provenant des produits tuberculeux ou des cultures de bacilles de Koch, et inoculés sous la peau des cobayes femelles en gestation, peuvent traverser le filtre placentaire, infecter l'organisme des fœtus et déterminer des lésions tuberculeuses dans lesquelles on retrouve les formes non filtrables et acido-résistantes du bacille tuberculeux.

On peut en conséquence, se demander si les contaminations intra-utérines qu'on observe parfois, quoique rarement, chez les nouveau-nés dans l'espèce humaine, et aussi dans l'espèce bovine, ne résultent pas d'une infection transplacentaire par les formes filtrables du bacille de Koch, infection qui laisse le placenta intact.

Les expériences que poursuivent M. Calmette et ses collaborateurs nous fixeront sur ce sujet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 27 OCTOBRE 1925)

L'état fonctionnel du cœur après l'extirpation du sympathique cervico-thoracique. — M. le professeur Thomas JONNESCO (de Bucarest). Les recherches expérimentales et cliniques faites avec son collègue le professeur D. Ionesco (de Bucarest) sur les fonctions du sympathique cervical, sur l'homme et sur l'animal lui permettent d'affirmer :

1° Que les voies afférentes (sensitives) cardioaortiques ne passent qu'en petite quantité par le cordon cervical du sympathique, tandis que la plupart vont directement à la moelle par le ganglion étoilé.

2° Le nerf vertébral ne contient pas de fibres afférentes.

3° Le nerf dépresseur existe chez l'homme, mais il n'est pas sensitif.

4° Le cœur, après la résection du sympathique cervico-thoracique continue à fonctionner normalement, ce qui prouve que le sympathique n'est pas inpispensable à la vie.

5° Le cœur, grâce à ses propriétés fondamentales, adapte tout seul son activité aux besoins du moment.

6° Les vasomoteurs du poumon n'ont aucune importance.

7° Le sympathique est vasoconstricteur des coronaires et non pas vaso-dilatateur, comme on l'a prétendu, donc la résection du sympathique favorise la circulation dans les coronaires au lieu de l'entraver.

8° L'examen des malades opérés par la résection totale du sympathique cervico-thoracique récente ou depuis longtemps (vingt-cinq ans) a montré que le cœur n'avait aucunement souffert de la résection des nerfs accélérateurs sympathiques. Après la résection partielle ou totale des nerfs accélérateurs, n'apparaît aucune modification dans la fréquence du pouls, la tension du sang, l'énergie de la contraction du myocarde et dans la durée de transmission auriculo-ventriculaire. En résumé, de ses recherches, il résulte que les accélérateurs ne

sont pas d'une importance vitale; car ils n'exercent qu'une action de contrôle qui, en leur absence, se fait par la voie humorale.

9° Ses recherches et ses expériences l'amènent à dire que la suppression des accélérateurs cardiaques (sympathiques), loin d'être nuisible, produirait au contraire l'amélioration de l'état du cœur et la disparition de l'accès de l'angine de poitrine.

10° De tout ceci, il résulte que la sympathectomie cervico-thoracique n'est pas une opération palliative mais bien curative de l'angine de poitrine, car elle conduit à la disparition des accès, non par la suppression des voies afférentes (sensitives), comme on le croyait jusqu'à présent, mais par la suppression des voies efférentes, motrices, dont la suppression était considérée comme très grave pour le cœur.

Action physiologique et emplois thérapeutiques du citrate acide de soude (monosodique). — M. Raoul Blondel donne lecture d'un travail sur les emplois, en thérapeutique, du citrate acide de soude ou monosodique. Il existe trois citrates, dont le premier, l'alcalin, est celui que l'on prescrit couramment pour saturer l'hyperacidité gastrique, en place du bicarbonate, et pour modifier la viscosité et la coagulabilité du sang. Le citrate acide, qui renferme pour un même poids notablement plus d'acide citrique, lui est très supérieur dans toutes ses applications. Sa saveur trop acide est corrigée par l'adjonction d'un peu de citrate alcalin dans la formule que donne M. Blondel, et qui est, en réalité, un mélange de citrate acide et de citrate neutre. Administré en solution dans l'eau (de préférence chaude et sucrée) à la dose de 4 à 10 grammes par jour, en deux ou quatre prises, il est beaucoup moins détérioré, pendant la traversée de l'estomac, que le citrate alcalin, et apporte au foie et au sang une proportion plus élevée d'élément citrique. Il facilite la digestion chez les dyspeptiques de tout ordre, hyper ou hypochlorhydriques, empêche les vomissements alimentaires et excite la sécrétion biliaire, agissant comme un bon cholagogue sur la constipation et les fermentations intestinales. Il combat, d'autre part, l'insuffisance hépatique, si fréquente chez les dyspeptiques, prévient chez eux la crise hémoclasique succédant aux repas et diminue ensuite notablement la viscosité sanguine. De ce fait, la circulation capillaire devient plus aisée, d'où amélioration de beaucoup de symptômes accessoires : migraines, somnolence après les repas, refroidissement des extrémités, hypertension artérielle, et, d'autre part, production d'un état très net d'euphorie, par meilleure irrigation cérébrale. C'est également un bon agent à prescrire dans le rhumatisme et la goutte, où les bons effets de la cure de citron sont déjà connus : mais il est plus facile à employer et mieux supporté. Au total, les effets du citrate monosodique, dans maints troubles de l'estomac et du foie sont très supérieurs à ceux du citrate ordinaire. Quant aux effets généraux, il reproduit ceux de ce dernier, mais très amplifiés, et tels qu'on ne les obtient de lui, à ce degré, que par l'injection sous-cutanée, mal tolérée, ou intraveineuse, procédé plus compliqué.

La légende du changement d'air pour les enfants atteints de la coqueluche. Ses conséquences funestes pour l'hygiène rurale. Nécessité d'une nouvelle réglementation des mesures de prophylaxie de cette maladie. — M. Fernand Barbary (de Nice) montre que la coqueluche, maladie épidémique et contagieuse, jouit parmi les populations rurales d'une sorte de régime de faveur. On ne cherche pas à s'en garantir, alors même que la toux spasmodique caractéristique ne laisse rien ignorer du type de l'infection en cours de la coqueluche.

Ce mépris de toute précaution, on pourrait presque dire de soins vis-à-vis des enfants atteints de coqueluche, découle de cette croyance populaire que la coqueluche est une maladie sans gravité et qui doit suivre son cours.

M. Barbary a voulu surveiller lui-même les étapes de l'infection d'un village par une coqueluche importée par un enfant pour lequel un changement d'air avait été considéré comme un agent de cure indispensable. Les faits observés par lui, la mise en action d'une vaccinothérapie préventive avec un vaccin préparé avec le bacille de Bordet et Gingou lui ont permis d'envisager pour l'avenir les mesures de prophylaxie nouvelles contre la coqueluche résumées dans les conclusions de sa communication.

Conclusions. — Le déplacement d'un enfant atteint de la coqueluche pour changement d'air ne modifie en rien l'allure de la maladie et sème la contagion.

Devant le nombre considérable de cas de coqueluche enregistrés chaque année, les mesures de prophylaxie actuellement envisagées sont inopérantes.

Des mesures nouvelles rigoureusement appliquées devraient faire l'objet d'une réglementation officielle.

La première de ces mesures consisterait dans la déclaration obligatoire, jusqu'ici facultative de la coqueluche.

Cette déclaration serait suivie de l'interdiction de laisser circuler dans les rues, les lieux publics, de faire voyager, déplacer les enfants atteints.

Ces derniers devraient être isolés jusqu'à exeat délivré par le médecin traitant.

Ces mesures seraient justifiées devant l'opinion publique par un avis qui ferait connaître que, à l'encontre de la croyance populaire, la coqueluche peut avoir de redoutables conséquences : les unes immédiates, les autres éloignées.

Enfin, des faits d'expériences semblent indiquer que la vaccinothérapie est un élément précieux dans la prophylaxie et le traitement de la coqueluche.

Comité secret. — Rapports : de M. Martin sur le prix Ricord ; de M. Mauclaire, sur le prix Alvarenga ; de M. Carnot, sur le prix Buignet.

M. Sieur. Question posée pour le prix de l'Académie en 1928 ; M. Babinski. Question posée pour le prix Falret en 1928 ; M. Fourneau. Question posée pour le prix Louis en 1928.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS ET DE GYNÉCOLOGIE. (Clinique Tarnier. Professeur : M. BRINDEAU.) — M. le professeur Brindeau commencera son cours de clinique d'accouchements, le samedi 7 novembre 1925, à 10 heures et demie du matin, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— COURS DE THÉRAPEUTIQUE. (Professeur : M. Paul CARNOT.) — L'enseignement de la thérapeutique se fera tous les jours, à 17 heures, au Grand amphithéâtre, à partir du lundi 9 novembre 1925.

M. le professeur Carnot commencera son cours le mardi 10 novembre, et le continuera les jeudis et mardis, à 17 h.

Programme : Médications digestives, hépatiques, cutanées; médications de la nutrition; régimes.

HÔPITAL LAENNEC. — DISPENSAIRE LÉON-BOURGEOIS. — Le docteur E. Rist fera, à partir du lundi 2 novembre, les lundi et jeudi de chaque semaine, à 11 h. 1/4, une série de 15 leçons sur l'évolution des doctrines concernant la tuberculose.

Ces leçons seront publiques.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — SERVICE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE DU DOCTEUR LORTAT-JACOB. — Leçons et présentations de malades chaque lundi, du 9 novembre 1925 au 26 juin 1926, à 10 heures, à la polyclinique de la salle Alibert, avec la collaboration de MM. Legrain, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis ; Roberti, assistant du dispensaire de syphiligraphie, et de MM. Fernet, médecin de Saint-Lazare ; Gastinel, ancien chef de clinique, et de MM. Bréger, Haye, Pélissier, Le Rasle, Lefèvre, Solente, internes des hôpitaux, et du docteur Schoux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — OPHTALMOLOGIE. (Service du docteur Dupuy-Dutemps.) — Le docteur H. Joseph fera une série de huit leçons sur la réfraction oculaire les mardis, jeudis et samedis, à 14 heures, à partir du mardi 10 novembre 1925.

Prix du cours : 80 francs.

S'inscrire dans le service, à l'hôpital Saint-Louis.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

LE MERCREDI 25 NOVEMBRE 1925

à 14 heures 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication, sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des divers établissements de l'Administration, pendant l'année 1926.

Lot	Désignation		Montant
1er lot.	*Instrum^ts en gomme et caoutchouc.*		40 000 f.
2e —	*Id.*	*Id.*	40 000
3e —	*Gants ou doigtiers en caoutchouc.*		250 000
4e —	*Articles de caoutchouc*		80 000
5e —	*Tétines*	unités	60 000
6e —	*Thermomètres*		244 000 f.
7e —	*Articles divers*		13 000
8e —	*Seringues en verre*		173 000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation, de l'approvisionnement et du matériel, 3, avenue Victoria, à Paris, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des lettres de demande d'admission jusqu'au 13 novembre 1925, avant 16 heures.

LE MERCREDI 25 NOVEMBRE 1925

à 14 h. 1/2, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'Administration de l'Assistance publique, à Paris, 3, avenue Victoria, à l'adjudication en un seul lot, et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *Bandages, Pessaires, Bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de cette Administration pendant l'année 1926. L'importance du marché est évaluée avant adjudication à *200.000 fr.* pour l'année.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au Service de l'exploitation de ladite Administration, tous les jours non fériés, de 10 heures à midi et de 14 heures à 17 heures.

Dépôt des demandes jusqu'au lundi 16 novembre 1925.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*
Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — M. Roger, professeur de pathologie expérimentale à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1925, professeur de physiologie à la même Faculté, en remplacement de M. Richet, admis à la retraite.

M. Bezançon, professeur de bactériologie à la Faculté de médecine de l'Université de Paris, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1925, professeur de clinique médicale à la Faculté, en remplacement de M. Chauffard, admis à la retraite.

— Le concours du clinicat s'est terminé par les nominations suivantes :

Cliniques médicales : titulaires, MM. Tzanck (Hôtel-Dieu), de Gennes (Cochin), Mouzon (Beaujon), Ollivier et Bocage (Cochin), de Massary et Oury (Charité); adjoints, MM. Surmons (Hôtel-Dieu), Chauveau (Beaujon).

Clinique des maladies infectieuses : titulaire, M. Rivallier; adjoint, M. Cachy.

Hygiène de la première enfance : titulaires, MM. Florent et Lestoquoy.

Clinique médicale infantile : titulaire, M. Pichon; adjoint, M. Boulanger-Pillet.

Clinique ophtalmologique : titulaire, M. Cousin; adjoints, Mlle Ostwalt et M. P. Veil.

Clinique gynécologique : titulaires, MM. Braine et Lerov.

Clinique obstétricale : titulaires, MM. Desaubry et Desnoyers.

Clinique des maladies nerveuses : titulaires, MM. Alajouanine, Giraud, Mathieu.

Cliniques chirurgicales : titulaires, MM. Huet (Hôtel-Dieu), Guculette (Saint-Antoine), Petit-Dutaillis et Mlle Hamelin, attachée médicale (Salpêtrière); adjoints : MM. Godard (Cochin), Metzger (Hôtel-Dieu).

Clinique chirurgicale infantile : titulaire, M. Huc; adjoint, M. Aurousseou.

Clinique urologique : titulaire, M. Fey; adjoint, M. Flandrin.

Clinique oto-rhino-laryngologique : aides assistants, MM. Winter, Correga.

Thérapeutique chirurgicale : titulaire, M. Aubertin; adjoint, M. Chastang.

— Lyon. — La chaire de clinique médicale infantile de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est transformée en chaire de clinique médicale infantile et hygiène du premier âge.

M. Mouriquand, professeur de clinique médicale infantile à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur de clinique médicale infantile et hygiène du premier âge à ladite Faculté.

— Montpellier. — M. Laux est nommé prosecteur.

M. Jayle est nommé aide d'anatomie.

— Nancy. — La chaire de maladies des enfants de la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est transformée en chaire de thérapeutique.

M. Perrin (Maurice), agrégé près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy, est nommé, à compter du 1er novembre 1925, professeur de thérapeutique à ladite Faculté.

Le titre de professeur sans chaire est conféré, à partir du

1er novembre 1925, à MM. Mathieu (Pierre), Parisot (Jacques) et Thiry (Georges), agrégés près la Faculté de médecine de l'Université de Nancy.

— TOULOUSE. — M. Baylac, professeur de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Toulouse, est nommé, sur sa demande, à compter du 1er novembre 1925, professeur de clinique médicale infantile et puériculture à ladite Faculté, en remplacement de M. Bézy, admis à la retraite. (*J. O.*, 29 oct. 1925.)

— Le *Journal officiel* du 1er novembre publie un décret fixant les conditions de reclassement des membres du personnel enseignant des facultés et universités qui ont été mobilisés.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — Sont proposés, après concours, pour un emploi de suppléant de la chaire de pathologie et de clinique chirurgicales, M. Moutier; pour un emploi de suppléant de la chaire d'anatomie et de physiologie, M. Auvigne.

LÉGION D'HONNEUR. — MINISTÈRE DE LA GUERRE. — Sont inscrits à la suite du tableau de concours de 1925 (réserve) :

Pour le grade d'officier. — MM. les docteurs Capette, Céry et Stodel.

Pour le grade de chevalier. — MM. les docteurs Huguet, Vallée, Mazeyrie, Palmieri, L'Homme, Douare, Lebovici et Michel.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — M. Portmann (Georges-Raymond), médecin de 1re classe de réserve de la marine, a été inscrit d'office au tableau de concours pour la croix d'officier de la Légion d'honneur, au titre de la réserve de l'armée de mer. (*J. O.*, 29 oct. 1925.)

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Bérigaud (de Paris), Grégoire (de Marseille), Lavoine (de Tricot).

Officier d'Académie. — M. le docteur Barlatier (de Romans).

MÉDAILLES D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Médaille d'or.* — M. le docteur Weber (de Neuilly-sur-Seine).

GUERRE. — Mutations (active) :

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Dusolier, médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers, est désigné comme médecin chef de cet établissement et président de commission de réforme; Montagné, de l'hôpital militaire de Metz, est désigné comme président de commission de réforme.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Corbel, du 19e corps d'armée, est affecté au centre de réforme d'Oran; Camus, détaché à l'Ecole supérieure de guerre, est affecté au gouvernement militaire de Paris.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Bellon, médecin des hôpitaux militaires de la place de Metz, est affecté à l'hôpital militaire Plantières, à Metz; Despujols, des troupes d'occupation du Maroc, laboratoire de bactériologie, est affecté aux salles militaires de l'hospice mixte de Limoges, laboratoire de bactériologie; Bigaud, de l'infirmerie-hôpital du camp d'Avord, est affecté au 307e d'artillerie portée à Niort; Vauvray, du 7e rég. de hussards, est affecté à la direction du Service de santé du 3e corps d'armée à Rouen; Carrosse, du 4e bat. de chasseurs mitrailleurs, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc, laboratoire de bactériologie; Dario, du 153e d'infanterie, est affecté à la 19e région; Haultcœur, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 51e d'infanterie à Amiens; Josserand, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 2e rég. d'aviation à Strasbourg; Fournier, du 16e rég. de tirailleurs nord-africains, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Lormeau, du centre d'instruction physique d'Eu, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Martin, de l'armée française du Rhin, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Bousseau, du 110e d'infanterie à Dunkerque, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc; Dumalle, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 105e d'artillerie lourde à Bourges; Grimaldi, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 7e rég. de chasseurs à cheval, à Evreux.

Médecin aide-major. — M. Bergeret, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 21e rég. d'aviation à Nancy.

— AFFECTATIONS. — Par décision ministérielle, en date du 21 octobre 1925, les médecins de 2e classe de réserve libérés du service actif ci-après désignés reçoivent les affectations suivantes :

Au gouvernement militaire de Paris : MM. les médecins aides-majors de 2e classe Dreyfus, du gouvernement militaire de Paris, maintenu; Reboul, du 14e corps d'armée; Calmus, du gouvernement militaire de Paris, maintenu.

Au 10e corps d'armée : M. le médecin aide-major de 2e classe Fougères, du 4e corps d'armée.

Au 12e corps d'armée : M. le médecin aide-major de 2e classe Bonnetblanc, du 5e corps d'armée.

Au 13e corps d'armée : M. le médecin aide-major de 2e classe Breysse, du 15e corps d'armée.

Au 14e corps d'armée : M. le médecin aide-major de 2e classe Thiberioz, du 8e corps d'armée.

Au 20e corps d'armée : M. le médecin aide-major de 2e classe Walter, du 20e corps d'armée, maintenu.

CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE DE FRANCE. — M. le docteur Lucien Dreyfus, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène publique de France, est nommé membre du Conseil, en remplacement du professeur Richaud, décédé.

CENTENAIRE DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON. — Le centenaire de la fondation de l'internat sera célébré les 7 et 8 novembre.

Le dîner traditionnel aura lieu le samedi 7 novembre. Il sera précédé d'une assemblée générale et d'une réception à l'Hôtel de Ville.

Le lendemain matin, dimanche, on visitera le futur hôpital de Grange-Blanche.

A midi, l'administration des hospices offrira à déjeuner aux internes en exercices, à ses chefs de service, aux administrateurs de l'Association générale de l'internat.

Enfin, dimanche soir aura lieu, à Lugdunum Palace, un dîner offert aux autorités de la ville et aux administrateurs des hôpitaux.

L'ALPE MÉDICALE. — Nous avons le plaisir d'annoncer à nos compatriotes et confrères du Dauphiné et de la Savoie que le troisiène dîner de l'Alpe médicale aura lieu le 6 novembre 1925, à 20 heures, au restaurant Radlé, 5, rue d'Hauteville.

Les adhésions sont reçues chez le docteur Nadal, 3, rue de Chazelles (XVIIe). Tél. Wagram 84-96.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Collard (d'Annonay) et Terson, ancien professeur d'ophtalmologie à la Faculté de médecine de Toulouse, doyen des ophtalmologistes français, qui vient de succomber à l'âge de 87 ans après plus de 60 ans d'exercice, père des docteurs Albert Terson (de Paris) et Jean Terson (de Toulouse), à qui nous adressons nos sentiments de douloureuse sympathie.

HÔPITAL BROUSSAIS. — ENSEIGNEMENT CLINIQUE MÉDICAL. — M. le docteur H. Dufour fera tous les vendredis, à 10 h. 1/2, salle Delpech, des présentations de malades accompagnées de courtes conférences cliniques et thérapeutiques. Tous les matins, enseignement des stagiaires. Première conférence le vendredi 13 novembre 1925.

TRAITEMENT
DE LA
TUMEUR BLANCHE DU GENOU

Par M. MENCIÈRE (de Reims).

En parcourant les rapports de MM. Fredet et Vignard, en écoutant les communications de nos collègues, il est aisé de voir que l'accord est aujourd'hui fait sur la nécessité d'opposer une *thérapeutique active* à la tumeur blanche du genou et de ne pas se contenter de l'expectative sous appareil plâtré, aidé ou non d'un traitement marin ou d'altitude.

Mon mémoire, *Archives provinciales de chirurgie*, octobre 1902, et mes communications de 1907 (1) et de 1912 (2), au Congrès français de chirurgie, posaient la même question, tâchaient de la résoudre, mais aujourd'hui, nos rapporteurs l'ont définitivement, je l'espère, tranchée.

La thérapeutique active, n'excluant nullement comme moyen adjuvant l'héliothérapie naturelle ou artificielle, et surtout l'aérothérapie, comporte comme moyens d'action les *injections modificatrices*, variant avec les auteurs comme principes actifs, mais communes comme but à obtenir.

La phénopuncture que j'ai créée et que notre rapporteur, M. Vignard, a bien voulu rappeler page 158 de son rapport.

L'évidement des épiphyses et le *plombage au Mosetig*, méthode particulière à M. Vignard.

La résection et *l'amputation* qui restent pour les cas plus graves, ce sont les deux seuls moyens étudiés par M. Fredet. M. Fredet les a étudiés de main de maître; en quelques pages, il a su résumer l'état actuel de la méthode (la résection) à laquelle je reproche en m'appuyant précisément sur les documents apportés par nos rapporteurs eux-mêmes, *son excessive mutilation*, que je crois évitable par la phénolisation.

Vouloir réséquer une articulation tuberculeuse en enlevant comme une tumeur la totalité des lésions, c'est faire trop ou trop peu.

Si l'on veut réellement tout enlever, c'est abusivement trop mutiler le sujet; car, suivant le principe de Bœckel, toutes les parties malades ou suspectes doivent être, en effet, proscrites, et cela, pour qui pratique une résection, sans plus, est de toute évidence une loi absolue.

On a même, et ici je reprends le texte de nos rapporteurs, eu l'idée d'exécuter une résection franchement extra-articulaire, de couper le fémur et le tibia en lieu sain, loin de l'articulation, sans ouvrir celle-ci.

Le bloc intermédiaire, comprenant toutes les parties malades est enlevé en masse, comme une tumeur.

« En 1914, M. Prat a communiqué à la Société de chirurgie un cas de résection extra-articulaire; M. Prat avait tranché largement : il avait réséqué 16 centimètres du membre; mais M. Marion s'est tenu entre 6 et 9 centimètres (3) ».

(1) MENCIÈRE. Phénolisation et phénopuncture des tuberculoses osseuses et articulaires.

(2) MENCIÈRE. De l'abus des traitements de climats, dits spécifiques, pour la cure des tuberculoses locales. — Traitement des tuberculoses osseuses et articulaires.

(3) FREDET. Rapport au *Congrès français de chirurgie*, 1925.

A l'instigation de notre Président M. le professeur Bérard, M. le docteur Mondan a eu la patience de rechercher ce qu'étaient devenus 25 des anciens réséqués du genou, d'Ollier, et de reprendre leurs observations au point où elles avaient été laissées.

Huit opérés rentrent tout à fait dans le cadre de la question que nous étudions. Le raccourcissement est en moyenne de 5 à 6 centimètres; dans un cas il atteignait 9 centimètres.

Une dizaine de centimètres semble un maximum, nous dit M. Fredet page 111, quoique Ollier soit allé par nécessité jusqu'à 13 et 14 centimètres.

« D'autre part, les mensurations auxquelles s'était livré Kœnig en 1867 et qui ont été reprises par Ollier montrent que jusqu'à dix-huit ans, tant sur le fémur que sur le tibia on ne peut guère dépasser 2 centimètres et demi dans la hauteur de l'exérèse osseuse sans intéresser, au moins en quelques points, le cartilage de conjugaison. Or, chacun sait qu'il est bien rare que l'on reste en deçà de ces limites. *En fait, la résection interdit presque toujours tout espoir de croissance ultérieure* (1) ».

La phénolisation permet un acte chirurgical beaucoup moins mutilant et parfait cet acte chirurgical, en s'étendant cependant bien au delà des limites atteintes par le bistouri, la scie ou l'ostéotome.

Je renvoie pour l'étude de sa technique et de son mécanisme d'action à mon mémoire de 1907 (2) :

« Les modifications, les réactions inflammatoires et le travail cicatriciel qui suivent une intervention même incomplète s'étendent toujours aux parties avoisinantes.

En ce qui concerne l'os, l'introduction, le séjour et la diffusion dans le tissu spongieux d'un corps fortement antiseptique et irritant exercent certainement une action à distance. Pour la synoviale l'expérience semble bien montrer qu'il en est de même (3). »

Ce sont évidemment ces considérations qui m'ont guidé dans mes tentatives de traitement chirurgical non mutilant, par la phénopuncture et la phénolisation; ce sont elles qui ont également guidé M. Vignard dans ses tentatives actuelles, fort légitimes, sur l'évidement des épiphyses, entre le cartilage d'encroûtement d'un côté et le cartilage de conjugaison de l'autre, suivi de plombage au Mosetig.

Il est intéressant de savoir si le traitement chirurgical peu mutilant, même dans des cas d'extrême gravité, et tel que je le conçois, peut être tenté sans nuire à la perfection de « l'extirpation » de la lésion tuberculeuse.

Je crois pouvoir conclure par l'affirmative, grâce aux observations que je possède actuellement et à celles déjà publiées dans mon mémoire de 1907.

La phénolisation de l'articulation dans son ensemble, précédée de synovectomie et si besoin est de résection très économique et atypique parfois, sans, mais plus fréquemment avec phénopuncture des épiphyses, permet, en influençant les lésions osseuses par action directe et par action de voisinage, de guérir la tumeur blanche avec le minimum de sacrifice. On conçoit quelle en est l'importance pour la fonction du membre, et la bonne statique du sujet, ce qui lui évite claudication, inclinaison secondaire du bassin ou du rachis.

(1) VIGNARD. Rapport au *Congrès français de chirurgie*, 1925.

(2) MENCIÈRE. In *Congrès de chirurgie*, 1907 : phénolisation et phénopuncture des tuberculoses osseuses et articulaires.

(3) VIGNARD. Rapport au *Congrès français de chirurgie*, 1925.

Il suffit d'avoir pratiqué et suivi un cas de phénolisation pour comprendre que moins mutilante qu'une résection « suffisante » elle assure cependant mieux que cette dernière « l'extirpation » de la tumeur blanche.

La phénolisation étend son action bien au delà de la ligne de résection, le phénol va infiltrer les tissus et complète ce que le bistouri, la curette, la scie ou l'ostéotome avaient oublié.

La résection, sans plus, *fait trop* si on la propose pour des cas où des moyens plus simples suffisent, et permettent de guérir parfois avec conservation du mouvement.

Elle ne fait *pas assez* dans les cas graves sinon au prix d'une mutilation excessive. En pareil cas, je tiens à le répéter, la phénolisation, mutilant toujours moins, souvent très peu, fait mieux et porte son action au delà.

Le seul inconvénient de la phénolisation, et cela en est un, c'est la fermeture par voie secondaire, l'obligation pour le chirurgien de conduire une plaie donnant lieu pendant quelques jours à des phénomènes de protéolyse, au moment de l'élimination des produits de mortification résultant de la cautérisation par le phénol.

C'est la question des fermetures... secondaires et primaires qui se pose de nouveau en pleine paix.

Ici, comme à la guerre, l'exérèse (la résection) permet une fermeture primaire et de ce fait sourira davantage à la plupart des chirurgiens qui n'envisageront que le résultat chirurgical immédiat.

La méthode conservatrice, la phénolisation exigera un certain art pour traiter la plaie et la conduire secondairement vers la cicatrisation.

Cette méthode, moins ou pas mutilante, essentiellement conservatrice, restera davantage l'apanage de quelques-uns, pour qui la chirurgie conservatrice est une règle, malgré ses lenteurs et ses difficultés.

Mais m'est-il permis d'ajouter que nos moyens actuels de traitement des plaies, et j'ai surtout en vue l'embaumement (1), nous permet d'abréger aujourd'hui la durée de la fermeture par voie secondaire.

L'union à la phénolisation, après la période de protéolyse, de l'embaumement des plaies apporte un perfectionnement très appréciable à la méthode de phénolisation telle qu'on la concevait jadis.

Pour certains cas et pour certaines articulations, la méthode de l'embaumement seule, peut suffire.

Confiant dans la parole de Phelps (Congrès international de médecine de Paris, 1900), j'ai pratiqué en France la première phénolisation articulaire et précisément pour tumeur blanche du genou.

Il s'agissait chez une jeune fille de seize ans d'une tumeur blanche d'une particulière gravité.

Depuis vingt-deux ans qu'elle est opérée, cette malade n'a pas présenté de récidive. Elle a un membre solide sans raccourcissement notable, elle fait de longues courses et possède toutes les apparences de la santé.

(1) Mencière. Méthode conservatrice en chirurgie de guerre. *Arch. provinciales de chir.*, numéros de septembre, octobre, novembre et décembre 1915. Tiré à part. Paris, Maloine.

Creignou et Blaque. *Traitement des plaies de guerre Méthode Mencière.* Paris 1918, librairie J.-B. Baillière et fils.

Thèse de Brabander. *Contribution à l'étude du traitement des plaies de guerre par la méthode Mencière.* (Ollier-Henry. Paris, 1919, bibliographie complète de la question et indication des formations ayant quotidiennement utilisé la méthode.

Cette observation a été, depuis lors, suivie de beaucoup d'autres... hélas, à Reims, je n'ai pas pu les retrouver toutes, quelque désordre s'étant glissé dans mes papiers.

Mais si vous voulez bien remarquer que mon mémoire de 1907, devant le Congrès de chirurgie, comportait soixante-trois cas de phénolisation et de phénopuncture, que M. Gaudier (de Lille), Derocques (De Rouen), le professeur Kirmisson, pour ne citer que les ouvriers de la première heure et encore d'autres ont apporté des documents, si vous tenez compte des observations que vous trouverez très minutieusement résumées dans les comptes rendus : quatre-vingt-dix observations (1) de phénolisation ou de phénopuncture du genou chez des malades variant de seize à trente-huit ans, de quatorze à quarante-trois ans, vous conviendrez qu'il est possible aujourd'hui de se faire une opinion sur l'utilité et le bien-fondé de la méthode.

Ces documents, je les ai, en hâte, rassemblés pour vous les apporter et je le devais parce que M. Vignard a eu l'amabilité de rappeler mon mémoire de 1902, dans les *Archives provinciales de chirurgie* et de 1907, au Congrès français de chirurgie.

« Cette méthode, dit-il, présente un pas important fait dans la voie de la stérilisation des lésions épiphysaires sans porter atteinte à leur structure générale tout en respectant les cartilages de conjugaison » et cela importe jusqu'à dix-huit ans au moins pour le genou.

Il faut voir dans cette technique, ajoute-t-il, la préoccupation légitime d'influencer soit directement, soit par action de voisinage les lésions osseuses.

Je lui dirai, à mon tour, que je suis avec le plus grand intérêt ses beaux travaux sur l'évidement et la stérilisation des épiphyses, particulièrement heureux de me rencontrer avec lui sur le même terrain, guidé par les mêmes principes.

Et je conclurai :

La tendance actuelle est d'appliquer un *traitement actif* pour la tumeur blanche du genou et de ne pas se contenter de l'expectative sous appareil plâtré aidé ou non d'un traitement marin ou d'altitude.

L'héliothérapie naturelle ou artificielle et surtout l'aérothérapie constituent un élément adjuvant qu'on ne doit pas négliger, mais il ne faut pas faire que cela.

Il n'y a pas de formule rigide, exclusive, il est probable que les différents chercheurs donneront plusieurs bonnes solutions.

C'est pour cela, que si ma préférence va aux instillations modificatrices, telles que je les ai recommandées, à la phénopuncture sous-cutanée, telle que je l'ai créée, pour les cas du premier et du deuxième degré, à la phénolisation, telle que je l'ai modifiée pour les cas graves, j'applaudis aux recherches de mes honorables collègues, heureux d'applaudir également à leurs succès, persuadé que les uns et les autres, guidés par des idées communes, nous aboutirons au résultat cherché, peut-être par des formules différentes.

(1) Sur ce nombre, 28 observations sont relatives à des malades âgés de quatorze à quarante-trois ans, avec inoculation positive au cobaye pratiquée par M. le professeur Téchoueyres, au laboratoire de l'École de médecine.

ACTUALITÉS

LA THROMBO-ANGÉITE OBLITÉRANTE

Buerger a décrit, en 1906, une affection chronique des artères et veines des membres, aboutissant tôt ou tard presque inévitablement à la gangrène, affection qu'il avait observée chez des Israélites russes ou polonais, émigrés aux Etats-Unis d'Amérique. En 1907, à Londres, Weber confirme les observations de Buerger, et donne à la thrombo-angéite le nom d'*artérite oblitérante non syphilitique des Israélites*. Cette curieuse affection est étudiée en Amérique, en Angleterre, en Allemagne. C'est seulement en 1922 qu'un premier cas en est signalé à Paris par le professeur Gilbert et A. Coury (1), qui publient peu après (2) une étude très complète de la maladie décrite par Buerger; ils montrent bien que la thrombo-angéite doit être distinguée des artérites chroniques oblitérantes, qu'elle a une autonomie indiscutable, non seulement au point de vue clinique, mais encore et surtout au point de vue de l'étiologie et de l'anatomie pathologique. Depuis le travail de Gilbert et Coury, depuis un article de Cheinisse (3), quelques cas de thrombo-angéite ont été relatés à la Société médicale des Hôpitaux de Paris par Troisier et Ravina (4), Chabrol et Lapeyre (5), Ravina et Longchampt (6), à Lyon par Gallavardin et Paupert-Ravault (7).

La thrombo-angéite oblitérante est une affection particulière aux Israélites habitant la Roumanie, la Turquie d'Europe et surtout la Russie et la Pologne; les malades observés en Angleterre et en Amérique sont tous des Juifs russes ou polonais émigrés (8). Les Juifs pauvres ou de condition modeste sont atteints en plus grand nombre que leurs coreligionnaires riches ou aisés; l'affection frappe presque exclusivement les sujets du sexe masculin, et les sujets jeunes de vingt à quarante ans. La consanguinité a été souvent notée dans les antécédents des malades atteints d'angéite; d'après Gilbert et Coury, la consanguinité n'est qu'un facteur accessoire, relevant surtout de coïncidences et des conditions sociales dans lesquelles vivent les émigrés juifs. On a encore signalé la fréquence du pied plat chez les sujets atteints de thrombo-angéite; mais cette malformation, très commune chez les émigrés israélites, ne paraît avoir aucune relation étiologique avec l'affection vasculaire. Beaucoup plus importante est l'intoxication tabagique, qui est presque constante; d'après Meyer, cette intoxication est une condition presque indispensable au développement de la thrombo-angéite; pour Weber, c'est un simple élément de prédisposition. Notons enfin l'absence constante de la syphilis dans les antécédents personnels et héréditaires des malades; le rôle de la syphilis dans les artérites chroniques oblitérantes communes est tel que son absence, dans la thrombo-angéite, constitue un caractère fondamental et un des éléments qui en établissent l'entité pathologique. Il est probable que la thrombo-angéite est d'origine toxi-infectieuse; Buerger n'a pu en découvrir le germe.

La thrombo-angéite oblitérante est une affection de longue durée; avant l'apparition des premiers symptômes cliniques, les lésions se constituent lentement, pendant une phase anatomique qui peut durer plusieurs années. Des symptômes subjectifs sont les premiers en date : engourdissement, fourmillement, sensation de froid et surtout *douleur*. Cette douleur présente différentes modalités : constriction au niveau du cou-de-pied, crampe du mollet survenant au repos ou, plus souvent, après une marche prolongée. Gilbert et Coury insistent sur la fréquence d'une douleur spontanée, survenant la nuit, au repos, sous l'influence de la chaleur du lit. Les douleurs sont parfois atroces; dans un cas de Weber, le malade souffrait tellement qu'il réclama et obtint l'amputation de ses deux jambes. Quant la thrombo-angéite siège aux membres supérieurs, les *symptômes fonctionnels* sont peu marqués, réduits à une limitation des mouvements des doigts; en cas d'atteinte des membres inférieurs, c'est d'abord de la fatigue, de la douleur du membre gênant la marche, puis survient la claudication intermittente douloureuse, se produisant dès que le malade se fatigue, disparaissant au repos, et reparaissant sous l'influence de la marche; la claudication intermittente n'est d'ailleurs pas un symptôme constant, et elle peut manquer même dans les cas graves.

Les signes objectifs sont des symptômes circulatoires et des troubles trophiques. Les *symptômes circulatoires* donnent au membre atteint un aspect particulier : très pâle en position horizontale, le membre malade prend, en position déclive, une teinte rose vif qui se produit rapidement au niveau du pied et s'étend ensuite en remontant plus ou moins haut vers le genou; c'est l'érythrose de déclivité (Troisier et Ravina). Si, à ce membre pendant et d'un rose vif, on fait exécuter des mouvements successifs d'extension et de flexion, on voit assez rapidement succéder à la rougeur une pâleur d'albâtre très caractéristique (Parkes, Weber). La pâleur du membre en position horizontale devient une véritable ischémie quand le membre est placé verticalement; si on l'abaisse graduellement, il reprend une teinte rosée au moment d'une certaine inclination; l'angle auquel réapparaît la teinte rosée est très variable, 90 degrés dans les cas graves (angle de capacité circulatoire).

L'absence de pouls (asphygmie) au niveau de telle ou telle artère constitue un signe d'une très grande importance et indique généralement une oblitération partielle au niveau du point où s'exerce la palpation. En explorant la tension artérielle avec l'oscillomètre, on trouve un abaissement très marqué de la tension artérielle (surtout de la maxima), un abaissement encore plus marqué de l'index oscillométrique et, dans les segments de membres menacés de gangrène, une disparition ou une quasi-disparition des oscillations (Gilbert et Coury).

Deux autres particularités doivent être retenues comme symptômes de la thrombo-angéite : un bain glacé (à 9 degrés) ne modifie ni l'aspect du membre malade, ni sa tension artérielle; un bain chaud (à

(1) Gilbert et Coury. La thrombo-angéite oblitérante, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 12 mai 1922.
(2) Gilbert et Coury. La thrombo-angéite oblitérante. Non syphyliticus arteritis obliterans of Hebrews, *Paris médical*, 1er juillet 1922.
(3) Cheinisse. Le citrate de soude dans le traitement des affections vasculaires, *Presse médicale*, 25 mars 1922.
(4) Troisier et Ravina, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 mai 1924.
(5) Chabrol et Lapeyre, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 13 juin 1924.
(6) Ravina et Longchampt, *Soc. méd. des hôp. de Paris*, 9 janvier 1925.
(7) Gallavardin et Paupert-Ravault, *Lyon médical*, 28 juin 1925.
(8) Dans deux observations (Troisier et Ravina, Gallavardin et Paupert-Ravault) les malades n'étaient pas des Israélites.

43 degrés) n'amène aucune modification sphygmomanométrique mais fait apparaître, au niveau des membres, une pâleur d'ivoire à laquelle succède, au bout de quelques minutes, une teinte rosée très marquée (Gilbert et Coury).

Après un certain temps, des *troubles trophiques* surviennent, très variables d'aspect, d'intensité et d'évolution; ce sont des phlyctènes, des ulcérations au niveau de l'extrémité des doigts ou des orteils; ce sont des altérations des ongles; d'autres fois, c'est de l'œdème avec épaississement ou amincissement de la peau; on peut aussi observer des maux perforants, et enfin la gangrène sèche, parcellaire d'abord, longtemps localisée, n'affectant presque jamais le type massif et évoluant très lentement.

Si l'on pratique l'*examen du sang*, on constate une polyglobulie oscillant entre 5 et 6 millions de globules rouges, avec augmentation considérable du nombre des plaquettes sanguines; de l'hyperglycémie (0g90 à 1g80), sans glycosurie; et, très souvent, une augmentation de la viscosité sanguine. L'épreuve du temps de saignement montre une diminution notable de ce temps.

Le diagnostic de la thrombo-angéite oblitérante est à faire, au début, avec la talalgie, la goutte, la névrite, les manifestations douloureuses du pied plat. Quand le syndrome est bien constitué, il faut le distinguer de l'*érythromélalgie*; dans celle-ci, on note de l'hyperesthésie, une hyperthermie considérable et des battements artériels très violents au niveau des extrémités. Dans l'*artérite chronique oblitérante* spécifique ou sénile, on observe la claudication intermittente comme dans la thrombo-angéite; mais l'âge des malades ou la notion de syphilis, l'hypertension artérielle, l'état du cœur et des gros vaisseaux rendent le diagnostic facile. Quant au *syndrome de Raynaud*, c'est une affection généralement symétrique, atteignant les femmes beaucoup plus souvent que les hommes, procédant par crises successives de syncope locale et d'asphyxie locale, provoquant des douleurs beaucoup moins violentes que la thrombo-angéite; l'étiologie et l'examen du sang permettront de fixer d'une façon certaine un diagnostic hésitant.

La thrombo-angéite oblitérante est une affection grave, très douloureuse, évoluant, lentement sans doute, mais presque inévitablement, vers la gangrène et les mutilations périphériques. L'affection progresse pendant de nombreuses années, avec des périodes de longue rémission et des périodes d'exacerbation.

L'*anatomie pathologique* de la thrombo-angéite oblitérante a été étudiée par Buerger qui décrit un stade d'inflammation aiguë de l'artère et de la veine satellite accompagnée, souvent, de phlébites superficielles et formation de thrombus oblitérants avec produits inflammatoires; un stade d'organisation et de vascularisation du caillot, avec disparition des éléments d'inflammation; un stade de développement du tissu fibreux péri-vasculaire englobant tout le paquet vasculo-nerveux. Les artères qui sont le plus fréquemment oblitérées sont la tibiale antérieure, dans sa moitié ou son tiers inférieur, la pédieuse, la dorsale du gros orteil, les artères plantaires, moins souvent la tibiale postérieure et la péronière; les veines présentent des thromboses, plus étendues même que celles des artères. On remarque encore un certain degré d'artério-sclérose, jamais très prononcée, n'existant que dans les cas anciens; plus importantes sont les lésions péri-vasculaires, sclérose englobant l'artère, la veine satellite et souvent le nerf.

L'étude microscopique montre que les lésions sont au début des lésions inflammatoires aiguës, occupant toutes les tuniques vasculaires et s'étendant au tissu conjonctif péri-vasculaire; la lumière du vaisseau est obstruée par une thrombose, exceptionnellement pariétale, le plus souvent oblitérante. Les artères et les veines sont atteintes par poussées successives; puis la thrombo-angéite passe au stade d'organisation avec oblitération totale de l'artère et de la veine par du tissu conjonctif de nouvelle formation.

La thrombo-angéite oblitérante est donc une artério-phlébite, à la fois profonde et superficielle, une *panvascularite segmentaire*, avec péri-vascularite, affection à début inflammatoire aigu et à évolution chronique (Gilbert et Coury).

Le *traitement médical* de la thrombo-angéite oblitérante consiste à prescrire d'abord au malade le séjour prolongé au lit, à imposer la suppression complète du tabac; pour diminuer la viscosité sanguine on conseillera le citrate de soude, soit par ingestion (10 grammes par jour, Ravina et Longchampt) soit en injections intra-veineuses; Meyer, Steel injectent 250 grammes d'une solution de citrate de soude à 2 p. 100, d'abord tous les deux jours, puis tous les quatre jours, puis une fois par semaine et le traitement doit être continué pendant plusieurs mois. Pour calmer les douleurs, on essaiera la méthode de Bier, les douches écossaises sur le membre qui amènent parfois une sédation; on donnera des opiacés, des hypnotiques analgésiques. Quand apparaissent les troubles trophiques, les applications d'air chaud seront employées.

Différentes tentatives de *traitement chirurgical* ont été faites, avec résultats peu encourageants, parfois même mauvais. C'est ainsi que l'anastomose artério-veineuse doit être abandonnée, comme inutile et dangereuse; la ligature de la veine fémorale ne donne que des résultats très incomplets; la sympathectomie péri-artérielle n'en donne aucun. L'amputation est l'ultime ressource, mais il faudra n'y recourir qu'à la dernière extrémité et après avoir épuisé tout les moyens possibles. car on voit souvent, dans la thrombo-angéite oblitérante, des rémissions de plusieurs mois et même parfois de plusieurs années.

M. BRELET.

XXVe CONGRÈS FRANÇAIS D'UROLOGIE

(Paris, 8-10 octobre 1925.)

Le XXVe Congrès français d'urologie s'est ouvert à Paris sous la présidence de M. le professeur GAYET (de Lyon).

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, les membres étrangers étaient venus nombreux à l'occasion du XXVe anniversaire de la fondation de l'Association. En leur nom, M. Brongersma (d'Amsterdam) a pris la parole et au nom du Comité international qui s'était réuni à cet effet, il a mis à la disposition de l'Association une somme dont les rentes permettront de décerner des prix destinés à récompenser des travaux importants concernant la science urologique.

M. le professeur POUSSON (de Bordeaux), président de l'Association, a exprimé comme il convenait les remerciements de tous pour cet hommage d'estime et de reconnaissance à l'Urologie française.

Association de la Presse médicale française.

Une plaquette due au maître graveur Bottée a été frappée à cette occasion; frappée pour les membres de l'Association, elle présente un magnifique profil du professeur Félix Guyon, premier président (1896-1919).

Un volume de tables général, a été édité par les soins du secrétaire général, où sont classés par noms d'auteurs et par matières tous les rapports, communications et discussions présentées aux différents Congrès français d'urologie depuis l'origine jusqu'à cette année même.

La question à l'ordre du jour était cette année « La dérivation haute des urines ». Nous sommes heureux de publier le remarquable rapport de M. Papin sur cette question.

LA DÉRIVATION HAUTE DES URINES

Rapport de M. Papin (de Paris).

L'Association française d'urologie m'a fait l'honneur de me confier un rapport sur la dérivation haute des urines.

Je dois d'abord indiquer brièvement de quelle façon j'ai compris la question, et dans quelles limites j'ai cru bon de me tenir.

La dérivation des urines au-dessus de la vessie peut être pratiquée soit pour drainer les reins, soit pour exclure la vessie, J'ai laissé de côté délibérément tout ce qui concerne le drainage des reins infectés, et j'ai fait en quelque sorte du terme « dérivation haute des urines » un synonyme d'exclusion de la vessie.

J'ai cependant envisagé rapidement la question de dérivation dans le cas d'obstruction brusque des uretères en certaines affections pelviennes dont le cancer de l'utérus est le type.

La question se trouvait ainsi délimitée. J'ai cru bon de la circonscrire encore en éliminant l'opération de Maydl et les opérations analogues pratiquées dans l'exstrophie de la vessie, et qui ne sont pas la véritable dérivation, mais la constitution d'un véritable cloaque.

J'ai divisé mon rapport en deux parties : dans la première catégorie j'étudie les méthodes de dérivation haute dans leur technique et leurs résultats; dans la seconde j'envisage les applications de cette méthode dans les différentes affections urinaires où elle paraît indiquée.

La dérivation des urines peut être obtenue par deux procédés : soit par néphrostomie, soit par greffe urétérale à la peau ou dans un viscère.

De la néphrostomie je dirai peu de chose : c'est une opération bien connue; elle a le défaut d'être sanglante; aussi doit-on préférer les méthodes qui respectent au maximum le parenchyme rénal. On peut faire la néphrostomie tout d'abord en dedans, ou de dedans en dehors d'après les techniques que vous trouverez décrites en détail dans le rapport.

Un point de vue qui a été discuté, c'est de savoir si on doit pratiquer la section et la ligature de l'uretère dans la néphrostomie définitive; c'était l'avis formel d'Albarran, et c'est aussi le nôtre.

Les objections qu'on peut faire à la néphrostomie sont tout d'abord les lésions qu'elle provoque du côté du parenchyme rénal, le drainage fait à contre-sens, et l'appareil forcément mal placé puisqu'il ne peut être surveillé directement par le malade.

Avant de traiter des différentes greffes urétérales j'envisagerai dans leur ensemble ce que j'ai appelé les conditions biologiques de ces greffes. Il y a quatre questions à résoudre :

1° L'uretère isolé peut-il vivre sans danger de nécrose?

Nos connaissances sur la circulation artérielle de l'uretère, sur la disposition de sa gaine vasculaire et des rameaux afférents, ainsi que les expériences faites par Margarucci et Sampson suffisent à montrer que l'uretère isolé ne se nécrose pas à condition qu'on ne le sépare pas de sa gaine conjonctive.

2° Cet uretère isolé peut-il fonctionner de façon à peu près normale?

Lorsqu'on sectionne transversalement un uretère et qu'on le suture ensuite, comme l'a fait Alskne, on voit que l'onde péristaltique est arrêtée au niveau de la cicatrice et qu'il faut plusieurs ondes pour franchir cet obstacle.

D'autre part nous savons que l'uretère séparé du rein après néphrectomie continue à fonctionner, mais d'une façon anormale. Il en est de même pour l'uretère isolé de ses connexions avec la vessie.

Tout ce que nous savons de la physiologie de l'uretère nous permet de dire que l'isolement de cet orgrne de ses connexions habituelles, et particulièrement sa suppression d'avec le rein et d'avec la vessie ont pour effet de troubler son fonctionnement. L'uretère devient atone, il se dilate et ses contractions sont plus lentes et plus rares.

Les opérations de greffes urétérales semblent donc devoir provoquer une certaine atonie de l'uretère, mais il faut dire immédiatement que cette atonie existe presque toujours d'avance dans les cas où la greffe urétérale est indiquée, et celle-ci ne l'augmente guère.

3° Peut-on éviter la dilatation de l'uretère et du bassinet, et l'atrophie du rein?

Il est impossible, comme nous venons de le dire, d'éviter la dilatation par atonie, mais celle-ci est très lente; ce qu'on peut, et ce qu'on doit éviter c'est la dilatation par rétrécissement ou coudure qui est rapidement progressive.

4° Peut-on éviter l'infection ascendante?

Tous les procédés, qu'il s'agisse de l'implantation du trigone ou de celle de l'uretère ou de la collerette de muqueuse sont impuissants à éviter l'infection ascendante. Mais d'autre part l'expérience a démontré que le reflux vers le bassinet ne s'oppose pas forcément à l'infection ascendante. La condition la plus favorisante de l'infection c'est encore la dilatation de l'uretère.

L'implantation des uretères à la peau employée par les gynécologues au début, à la suite d'accidents opératoires, a été appliquée ensuite délibérément comme procédé d'exclusion vésicale, notamment par Rovsing, par Fenwick et par moi-même avec M. Legueu. Des expériences nombreuses ont été faites sur les animaux; j'en ai pratiqué moi-même un certain nombre que j'ai résumées dans mon rapport. Ces expériences sont sans valeur, car les animaux ne réagissent pas comme l'homme. L'expérience humaine est aujourd'hui suffisamment grande pour que la greffe de l'uretère à la peau puisse être considérée comme une opération relativement peu dangereuse. Cette greffe peut se faire à la région hypogastrique, dans le flanc, à la région lombaire ou à la région iliaque. C'est cette dernière région qui me paraît la plus favorable; voici comment je pratique cette opération :

Incision recto-curviligne ayant son centre à deux grands travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. Incision du grand oblique. Ecartement des muscles larges. Refoulement du péritoine, découverte de l'uretère, on le décolle en bas le plus loin possible, et on le sectionne au-dessus d'une ligature. Le segment supérieur est amené au milieu de la plaie sans tiraillement et on le laisse pendre naturellement. Une sonde est placée dans l'uretère qu'on lie sur la sonde ; on suture le grand oblique et la peau et on fixe l'uretère à la peau par un petit fil latéral. Pansement au tulle gras Lumière. Maintien de la sonde en la changeant jusqu'à cicatrisation.

Après guérison on applique un appareil formé d'une cupule garnie d'un pneumatique et fixé par une ceinture; deux tubes amènent l'urine, l'un en bas dans la station debout, l'autre latéralement dans la station couchée.

L'urétérostomie est une opération définitive sans espoir de réfection ultérieure; on ne doit la proposer que lorsque aucun autre traitement ne semble possible. Elle est compatible avec une longue survie. Parmi mes opérés l'un d'eux a subi cette intervention il y a plus de cinq ans. J'ai donné dans mon rapport son observation complète, car ayant pu l'examiner au bout de trois années j'ai montré que les urines des deux côtés étaient aseptiques, que la concentration minima atteignait presque 30 p. 1.000, enfin que la dilatation des uretères à la pyélographie était peu marquée. Il est donc faux de prétendre que l'implantation des uretères à la peau conduit fatalement à la perte du rein.

Les implantations dans l'urètre sont à rejeter; elles n'ont donné que des échecs; l'implantation dans le vagin est de plus en plus abandonnée malgré quelques beaux résultats. Plus intéressante est l'implantation dans l'intestin, car elle a le grand avantage d'éviter le port d'un appareil. Malheureusement cette opération est tellement grave que beaucoup de chirurgiens l'ont abandonnée.

Ici encore on ne peut tirer presque aucun enseignement des expériences sur les animaux; la mortalité est ici effroyable; un seul fait s'en dégage; c'est que l'implantation bilatérale en

un temps est toujours mortelle, tandis que l'implantation unilatérale peut être supportée.

Les résultats chez l'homme, bien que mauvais dans l'ensemble, sont très supérieurs à ceux qu'on obtient chez les animaux. Il faut toujours choisir un gros intestin, de préférence l'S iliaque ou le rectum, plus rarement le côlon ou le cæcum.

Les techniques primitives comme celle de Chaput avec les perfectionnements qui ont été apportés ensuite sont mauvaises et ont donné peu de résultats.

Les modifications les plus intéressantes sont celles qui ont été apportées par Mirotworzeff et par Coffey. Le premier enfouit l'uretère dans la paroi intestinale plissée; le second le place entre la musculeuse et la muqueuse. J'ai modifié moi-même la technique de Coffey pour obtenir d'une façon plus simple le passage de l'uretère entre la musculeuse et la muqueuse de l'intestin.

En dehors de la technique proprement dite de l'implantation il faut signaler les efforts faits par beaucoup de chirurgiens pour obtenir une exclusion totale ou partielle de l'anse intestinale, où les uretères ont été implantés. Il y a deux séries de méthodes :

1° L'implantation d'une anse partiellement exclue. Ce sont les procédés de Borelius, Berglund, de Mysch, de Muller, de Descomps, de Goldenberg et de Berg.

2° L'implantation dans une anse totalement exclue. Mauclaire a eu l'idée d'exclure le rectum par un anus iliaque et d'implanter les uretères au-dessous. D'autres chirurgiens ont essayé de faire une nouvelle vessie à l'aide d'un fragment d'intestin amené à côté du rectum devant ou derrière, mais en dedans du sphincter anal.

L'utilisation du cæcum comme vessie artificielle, imaginée par Verhoogen, a été exécutée avec succès par Lengemann. Enfin, il faut signaler toute une série d'opérations extrapéritonéales dans lesquelles les uretères ont été implantés dans le rectum; c'est le procédé de Peters Buchanan.

Quelle que soit la méthode employée les accidents de l'implantation intestinale sont fréquents et graves. Les accidents immédiats sont la péritonite très fréquente, la pyélonéphrite aiguë beaucoup plus rare, l'anurie, enfin, qui est peut-être l'accident le plus fréquent bien qu'on l'ait ignoré jusqu'ici; cette anurie se produit dans l'implantation bilatérale en un temps; elle est due au gonflement inflammatoire de la bouche; on l'évite en opérant en deux temps comme le conseillent les Mayo. D'une façon générale, la mortalité par implantation intestinale des uretères dépasse 50 p. 100, et si l'on considère les résultats des dernières années, ceux-ci sont bien meilleurs, particulièrement ceux obtenus en Russie et en Amérique.

Si l'opération a réussi, le rein peut secondairement être infecté ou subir une atrophie progressive. J'attirerai l'attention sur les trois points suivants :

1° Les procédés d'exclusion de l'intestin, la constitution de valvules, l'opération de Maydl ne mettent pas à l'abri de l'infection ascendante.

2° La destruction de la valvule urétéro-vésicale ne provoque pas forcément l'infection ascendante.

3° L'infection du rein ne se fait pas toujours par voie ascendante, elle peut se faire par résorption et par voie sanguine; c'est l'atonie de l'uretère et sa dilatation qui constituent le principal danger; les moyens employés pour s'opposer au reflux ont le grand inconvénient de provoquer cette dilatation.

On ne discute plus la question de savoir si l'intestin peut supporter le contact de l'urine : c'est un fait aujourd'hui démontré; l'examen rectoscopique pratiqué plusieurs fois a montré le bon fonctionnement des uretères.

La dérivation des urines est employée dans quatre cas :

1° Dans la cystectomie totale; la dérivation est ici, en effet, une question essentielle; sur 181 cas de cystectomie totale que j'ai réunis j'ai pu, dans 163 cas, préciser exactement la technique suivie. La néphrectomie a été pratiquée dans 9 cas avec 8 guérisons, l'urétérostomie à l'hypogastre a été faite dans 25 cas avec 17 guérisons et 8 morts; l'urétérostomie cutanée a été faite par voie lombaire 24 fois avec 16 guérisons et 8 morts, par voie illaque ou latérale dans 8 cas avec 2 morts.

Ainsi, sur un total de 66 dérivations cutanées, nous avons 47 guérisons et 19 morts, soit une mortalité globale de 28,7 p. 100.

La dérivation intestinale a été pratiquée dans l'S iliaque 43 fois avec 24 morts, dans le rectum 27 fois avec 15 morts, dans le côlon et le cæcum 9 fois avec 7 morts, dans l'intestin grêle 2 fois avec 2 morts, soit un total de 81 cas avec 48 morts, c'est-à-dire une mortalité de 59,2 p. 100.

Malgré les progrès récents de la technique qui ont amélioré les résultats, ceux-ci restent encore très inférieurs à ceux de la dilatation cutanée.

La dérivation vers le vagin a été faite 13 fois avec 6 guérisons, 6 morts et 1 résultat non indiqué, soit 50 p. 100 de mortalité. Quant à la dérivation dans l'urètre il y a 8 morts pour 8 cas. Cette méthode doit donc être définitivement abandonnée.

Une question fort importante c'est la division des temps opératoires; les différentes techniques employées sont les suivantes :

1° Cystectomie totale suivie d'abouchement au gros intestin en un temps;

2° Implantation de l'uretère à l'intestin, et dans un deuxième temps cystectomie;

3° Implantation séparée des uretères en deux temps, et plus tard cystectomie;

4° Anus iliaque; implantation des uretères et cystectomie en trois temps séparés.

La question de l'anus iliaque, à première vue très séduisante, n'a pas grand intérêt; ce qui paraît bien plus important c'est l'implantation séparée des uretères suivie de cystectomie.

L'exclusion de la vessie a pour but de mettre cet organe au repos; la cystostomie ne donne qu'un repos relatif. L'exclusion donne un repos absolu.

L'exclusion de la vessie est indiquée :

1° Dans les tumeurs inopérables de la vessie;

2° Dans la tuberculose vésicale.

Dans les tumeurs inopérables de la vessie l'exclusion constitue à elle seule un bon traitement palliatif; les deux seules méthodes possibles sont la dérivation cutanée et la dérivation intestinale. J'ai recueilli 45 observations de ce genre.

Implantation dans l'intestin....	18 cas	10 morts
Double néphrostomie.........	5 cas	1 mort
Double urétérostomie.........	22 cas	7 morts
Total......	45 cas	18 morts

Cette mortalité est assez élevée, mais il s'agit de malades en très mauvais état, la plupart du temps même en plus mauvais état qu'il ne semble.

Dans la tuberculose vésicale rebelle à tout traitement on ne peut que mettre la vessie au repos, ce qu'on n'obtient pas par la cystostomie sus-pubienne.

La dérivation haute qui exclut la vessie supprime la douleur.

Ici encore on a le choix entre la dérivation cutanée et la dérivation intestinale.

La néphrectomie faite à travers le rein malade ne donne pas toujours de résultats satisfaisants; elle a été pratiquée 8 fois avec 5 cas de mort.

L'implantation intestinale a été faite 8 fois avec 5 morts et 3 guérisons; il me semble que la préférence doit être donnée à l'urétérostomie cutanée; cette opération a été faite par voie lombaire 4 fois, par voie iliaque 6 fois; je n'ai pu apprécier la technique suivie dans les 12 cas de Key, sur ses 12 malades il n'y a eu qu'une mort.

Depuis que j'ai rédigé ce rapport j'ai encore opéré un autre cas avec succès.

La dérivation des urines peut être pratiquée pour insuffisance anatomique et fonctionnelle, c'est-à-dire dans les fistules vésico-vaginales et dans l'exstrophie de la vessie.

Dans les fistules vésico-vaginales cette opération est rarement pratiquée chez nous; c'est en Russie que j'ai trouvé une statistique considérable qui, d'ailleurs, présente une mortalité assez élevée.

Je ne puis entamer ici la discussion sur la curabilité des fistules vésico-vaginales. Dans l'exstrophie de la vessie si l'on adopte la méthode de la dérivation, celle-ci peut se faire dans l'intestin ou à la peau.

La dérivation vers l'intestin s'est presque entièrement réduite à la méthode de Maydl pendant quelques années, mais ce n'est pas une dilatation haute à proprement parler. On s'est

vite aperçu que cette méthode qui donnait une forte mortalité ne justifiait pas l'espoir qu'on avait mis en elle de supprimer l'atonie de l'uretère et l'infection ascendante. On en revient donc aujourd'hui à l'implantation intestinale des uretères séparés; sur 37 cas que j'ai réunis, il y a eu 9 morts et 28 guérisons.

Les Mayo ont une statistique personnelle remarquable, car sur 35 cas ils n'ont eu qu'une mort en opérant en deux temps séparés. Les chirurgiens russes, au contraire, apportent une statistique de 98 cas avec 37 guérisons seulement et 61 morts; il faut donc attribuer à la technique des Mayo opérant en deux temps les succès qu'ils ont obtenus.

A cette opération pourtant grave on peut opposer l'urétérostomie cutanée qui permet le port d'un bon appareil et qui, pratiquée 4 fois dont 3 fois par moi-même, a donné 4 guérisons.

La dérivation, enfin, peut être faite dans le cas d'étranglement bilatéral des uretères; ici il n'y a que deux méthodes : la néphrostomie et l'urétérostomie; les deux méthodes sont bonnes; je préfère, pour ma part, l'urétérostomie que j'ai pratiquée avec succès, en pareil cas, et qui permet le port d'un bon appareil.

La dérivation des urines peut être obtenue par deux méthodes, soit par dérivation cutanée, soit par dérivation intestinale. La dérivation cutanée est une opération simple et peu dangereuse et donnant de bons résultats. La dérivation intestinale, plus élégante, présente de gros dangers immédiats.

La première méthode a l'inconvénient d'obliger au port d'un appareil qui, si parfait qu'il soit, constitue une grosse gêne pour le malade. L'implantation intestinale, au contraire, réalise en quelque sorte la formation d'une nouvelle vessie aux dépens de l'intestin.

La dérivation cutanée me paraît s'imposer dans deux cas : tout d'abord chez les sujets atteints de cancers avancés de la vessie qui ne peuvent espérer qu'une courte survie, mais dont on peut soulager les abominables souffrances, puis les malades atteints de tuberculose grave de la vessie, et chez qui un rein a déjà été supprimé; l'implantation intestinale chez ces malades serait trop grave.

Au contraire, l'implantation intestinale me paraît devoir être réservée aux sujets qui peuvent vivre encore assez longtemps, c'est-à-dire aux sujets atteints d'exstrophie vésicale ou de fistules vésico-vaginales incurables. Chez ces malades l'opération sera toujours pratiquée en deux temps.

La dérivation haute des urines est toujours une opération palliative excellente, la meilleure de toutes, bien supérieure à la cystostomie; mais elle peut aussi précéder l'opération radicale, je veux dire la cystectomie totale. Je ne veux pas ici discuter cette question de la cystectomie totale, mais devant la faillite de tous les autres procédés de traitement, y compris le radium et la radiothérapie profonde, je pense qu'il faut chercher la seule chance de salut dans une opération précoce et radicale allant délibérément jusqu'au sacrifice de la vessie.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 23 OCTOBRE 1925)

Myosite ossifiante. — MM. G. PAISSEAU, DARBOIS et HAMBURGER présente un malade atteint d'ostéomes multiples du membre inférieur droit survenus à la suite d'un traumatisme ayant déterminé une fracture bimalléolaire du coup-de-pied gauche. L'examen radiologique permit de constater l'existence d'un processus de périostite plastique ankylosante au niveau des deux articulations coxofémorales déformées en coxavara) deux saillies apophysaires au niveau de l'astragale et une légère déformation en lame de sabre des deux tibias.

Ces lésions se distinguent des ostéomes chirurgicaux et doivent être rapportées à un processus de myosite ossifiante et assimilées plutôt à la forme localisée de cette affection qu'à la forme classique, généralisée et progressive dont elle diffère notablement tant au point évolutif qu'au point de vue de la localisation des ostéomes.

L'exploration radiologique de l'œsophage dans la tuberculose pulmonaire. — MM. G. PAISSEAU, GUÉNAUX et André LAMBLING. Les déplacements de la trachée s'accompagnent le plus souvent d'un déplacement concomitant de l'œsophage qu'il est facile d'observer à l'examen radiologique après ingestion d'une pâte opaque épaisse.

Cette exploration permet de constater des déplacements, des déformations, des mouvements anormaux de l'œsophage provoqués par les secousses de toux.

Les *déplacements de l'œsophage* siègent le plus souvent à la région claviculaire, il est, en général, moins fortement dévié que la trachée, mais les deux organes restent parfois superposés, mais il n'est même pas rare de voir l'œsophage plus fortement déplacé, déborder la trachée en dehors, dessinant un trajet angulaire, en baïonnette très particulier.

Contrairement à ce qui est généralement admis, les déviations droites sont plus fréquentes que les gauches (70 p. 100 des cas), ce qui est vraisemblablement en rapport avec la présence de la crosse et de l'aorte descendante dans le médiastin gauche. Plus rarement l'œsophage est déplacé au niveau de la région hilaire ; dans les grandes scléroses pulmonaires avec déviations cardiaques l'œsophage est transporté en masse, sur presque tout son trajet, à distance des bords du rachis.

Les *déformations œsophagiennes* sont les diverticules épibronchiques, dits par traction, qui se remplissent de bismuth sous l'influence des secousses de toux.

Les *mouvements normaux*, provoqués par la toux, traduisent l'existence d'adhérences ou de tractus fibreux.

Ces anomalies, qui n'ont pas habituellement d'histoire clinique, tirent leur intérêt des renseignements qu'elles fournissent sur l'état du médiastin et sur l'existence de scléroses rétractiles pleuro-pulmonaires qui sont la cause habituelle des déplacements d'organes chez les tuberculeux.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

RESPONSABILITÉ CIVILE

ACCIDENT DU TRAVAIL. CLINIQUE MÉDICALE

Le médecin qui reçoit des malades, les examine et, après avoir diagnostiqué leur maladie, leur applique ou leur fait appliquer, sous son contrôle, les remèdes qu'il juge nécessaires, ne peut incontestablement pas être considéré comme un commerçant. Il en est autrement, suivant la jurisprudence, lorsqu'il est à la tête d'une clinique médicale, qui s'annonce extérieurement, et lorsqu'il applique des remèdes à des malades dont le diagnostic a été établi par d'autres médecins : il s'agit alors d'une entreprise commerciale dans le sens des dispositions de la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 12 avril 1906. La Cour de cassation a déjà décidé que les maisons de santé et les cliniques médicales procurant aux malades, contre rémunération, le logement et la nourriture, avec les soins médicaux étaient des entreprises commerciales (arrêt du 12 novembre 1923) ; nous avons déjà eu l'occasion de signaler cette jurisprudence. La Cour d'appel de Paris, dans un arrêt du 15 juin 1925, vient d'en faire une nouvelle application.

La Demoiselle L..., infirmière au service du docteur P..., a été le 7 février 1922 victime d'un accident : en nettoyant des instruments de chirurgie, elle a été piquée à l'index de la main droite par un bistouri non désinfecté qui se trouvait dans un bassinet. Malgré les soins qui lui furent immédiatement prodigués, elle dut, au bout de quelques jours, subir l'ablation des deux premières phalanges.

La compagnie d'assurance du docteur P..., soutenait que l'accident ne rentrait pas dans la catégorie de ceux prévus par la loi sur les accidents du travail ; car, disait-elle, le docteur P..., en soignant des malades, exerçait une profession libérale ; il n'était pas commerçant dès lors il n'était pas assujetti à la loi du 9 avril 1898, modifiée par la loi du 12 avril 1906 :

La Cour n'admit pas cette thèse ; elle s'exprime ainsi :

« Mais considérant que si le médecin qui reçoit des malades, les examine et après avoir diagnostiqué leur maladie, leur applique ou leur fait appliquer, sous sa surveillance, les remèdes qu'il juge nécessaires, ne peut être assimilé à un

commerçant, il en est autrement lorsque, comme dans l'espèce, il dirige une entreprise appliquant des remèdes à des malades dont le diagnostic a été établi par d'autres médecins : que dans ce cas les remèdes vendus et appliqués ne sont plus l'accessoire de la profession, mais constituent, au même titre que la délivrance des médicaments par les pharmaciens, une entreprise commerciale ; que l'aspect même de la clinique du docteur P..., intitulée « Etablissement médical » comportant à l'entrée des plaques indiquant qu'on peut venir s'y soumettre à des applications médicales et chirurgicales, démontre suffisamment qu'il ne s'agit pas d'un simple cabinet médical ;

Considérant que si P..., n'est inscrit au registre du commerce sous le n° 296 996 comme fabricant et vendant des produits désinfectants que depuis le 3 octobre 1924, il ne s'ensuit pas qu'il ne se soit livré que depuis cette époque à des opérations ayant un caractère commercial ».

L'arrêt indique que le législateur a voulu atteindre toutes les industries, exploitations ou entreprises présentant pour ceux qui y sont employés des dangers, manifestes et en quelque sorte inévitables, constituant des risques professionnels, c'est-à-dire des risques afférents à ces professions, indépendamment de la faute des employés ou des patrons. Il est bien certain que les manipulations auxquelles se livrent des infirmières, comme celle du docteur P..., les exposent à un ensemble de risques professionnels que la loi a entendu garantir.

Dans le cas soumis à la Cour, il y avait un élément de fait très important qu'elle a d'ailleurs retenu, c'est que la compagnie, en assurant le docteur, lui avait fait préciser le nombre des personnes dont elle garantirait les accidents du travail : elle avait versé le demi-salaire et payé les frais d'hôpital. Elle était mal venue, dans ces conditions, à soutenir qu'elle n'était pas tenue de la garantie résultant de la police. Elle a en conséquence été condamnée à payer à l'accidentée la rente annuelle et viagère à laquelle lui donnait droit son incapacité professionnelle.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU PROJET DE CRÉATION D'UN DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

Nous recevons communication de l'appel suivant sur lequel nous attirons l'attention de tous nos confrères :

« *Cri d'alarme.*

Confrères, prenez garde : il se prépare une attaque contre le doctorat en médecine.

Alors que les efforts des praticiens ont, depuis déjà de nombreuses années, obtenu la suppression des projets de création de doctorats spéciaux et l'unification de notre titre, ce qui lui donne sa véritable signification et sa véritable valeur, il se trouve à nouveau menacé.

Alors que dans le monde entier on assiste à l'évolution de l'art dentaire vers la stomatologie ; que le nombre des médecins qui l'exercent augmente de jour en jour ; qu'ainsi cette spécialité tend à reprendre sa véritable place dans le patrimoine médical ; que l'Italie, la Hongrie, la Roumanie, l'Autriche, le Portugal, la Tchéco-Slovaquie imposent pour son exercice le doctorat en médecine ; que l'Ecole française de stomatologie est à la veille de manquer de place pour les confrères qui veulent se spécialiser dans cette branche de la médecine, nous sommes menacés, en France, d'une régression.

Des chirurgiens-dentistes, poussés par quelques meneurs, n'ayant en vue que leur intérêt personnel et la consolidation de leur propre situation, font l'impossible pour obtenir la création d'un nouveau doctorat spécial, le doctorat en chirurgie dentaire.

Ce titre, masquant leur insuffisance, ne pourrait que créer une confusion regrettable avec le nôtre.

Les médecins de France ne peuvent laisser se perpétrer cette atteinte à leur droit, cette séparation de leur patrimoine d'une spécialité qui leur appartient, cette usurpation qui favoriserait encore l'exercice illégal.

Il nous faut nous unir tous pour une action commune : action par nos syndicats, nos associations, nos sociétés ; action sur les diverses personnalités que nous pouvons atteindre ; action sur le public dont l'intérêt, bien entendu, est en jeu.

La médecine aux médecins.

Dr GIRES,
Président du Syndicat des stomatologistes.

Dr SAUVEZ,
Président de la Société des stomatologistes des hôpitaux.

Dr BOZO,
Directeur de l'Ecole française de stomatologie.

Dr HERPIN,
Président de la Société de stomatologie de Paris. »

— Le Syndicat des stomatologistes nous communique, d'autre part, l'ordre du jour suivant :

Considérant que le titre de docteur est, en France, dans toutes les branches de l'enseignement le titre universitaire le plus élevé ;

Que le corps médical a toujours unanimement lutté pour obtenir d'abord et maintenir ensuite l'unité du doctorat en médecine ;

Que le titre de docteur en chirurgie dentaire ne pourrait que créer une confusion préjudiciable au public et au corps médical et favoriser encore l'exercice illégal ;

Proteste contre la création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire et de tout diplôme du même ordre.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — AGENDA P.-L.-M. POUR 1926. — L'Agenda P.-L.-M. pour 1926 paraîtra dans les premiers jours de novembre prochain. Sous couverture bleue, noire et or, il comporte des chroniques rétrospectives et d'actualité, sports, voyages, mœurs, coutumes, curiosités pittoresques : des contes, nouvelles, 500 illustrations dans le texte, 16 illustrations hors texte en couleurs. 12 cartes postales héliogravées.

Ce recueil sera mis en vente au prix de 7 francs l'exemplaire à l'Agence P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau P.-L.-M., dans les agences de voyages et les grands magasins, à Paris, etc.

Les personnes qui désireraient le recevoir à domicile sont priées de s'adresser au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris, en joignant à leur demande un mandat-poste de 9 francs pour la France et de 12 francs pour l'Etranger.

QUESTION D'INTERNAT

PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE

La pancréatite hémorragique, décrite d'abord par Fitz (Boston 1889), est surtout bien connue en France depuis les travaux de Lecène et Lenormant (1906).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux lésions caractéristiques : hémorragie, cytostéatonécrose.

1° **L'hémorragie**. — *a*. **Au niveau du pancréas**. — En général peu importante, elle constitue, tantôt un simple piqueté hémorragique, tantôt des îlots du volume d'une noisette ; parfois très abondante, elle détermine la formation d'un hématome partiel ou même total : la glande tout entière est infiltrée de sang. Les veines sont thrombosées, les cellules glandulaires disparaissent ou dégénèrent; on ne trouve à peu près que des globules rouges, sans aucune infiltration leucocytaire ; l'absence presque complète de réaction inflammatoire est la règle. Il existe toujours, à côté des foyers hémorragiques, des territoires glandulaires parfaitement sains.

b. **Autour du pancréas**. — Quand l'épanchement est suffisant, il peut fuser, soit dans l'arrière-cavité des épiploons, soit dans le tissu cellulaire rétropancréatique et rétropéritonéal. Il s'insinue alors le plus souvent derrière le rein gauche, puis en arrière du côlon descendant, plus rarement à droite, derrière le cæcum.

2° **La cytostéatonécrose**. — Des taches blanchâtres, rappelant l'aspect de taches de bougie, de la dimension d'une tête d'épingle ou d'une lentille, sont disséminées sur le pancréas, le péritoine, l'épiploon, le mésentère; parfois même dans le tissu cellulaire sous-cutané et jusque dans le tissu sous-pleural du médiastin.

Microscopiquement, ces taches traduisent la nécrose des cellules graisseuses : le noyau a disparu; le contenu cellulaire est transformé en acides gras (cristaux en forme d'oursins) et en savons insolubles.

L'aspect anatomopathologique des lésions est très variable suivant les cas; tantôt l'hémorragie domine : hématome diffus ou épanchement enkysté dans l'arrière-cavité des épiploons, tandis que la cytostéatonécrose reste discrète; tantôt l'hémorragie est minime, ne se révélant à la coupe du pancréas que par un piqueté rougeâtre.

ÉTIOLOGIE

De nombreuses causes ont été invoquées.

1. **Les maladies infectieuses**, en particulier fièvre typhoïde et colibacillose intestinale. On a pu reproduire la pancréatite hémorragique par injection dans le canal de Wirsung de cultures variées.

2. **Les intoxications** : éthylisme qui agirait sur le pancréas comme sur le foie ; exceptionnellement, hydrargyrisme, morphinisme.

3. **Les traumatismes** : la pancréatite hémorragique s'observerait souvent quelques jours après un traumatisme.

4. **La lithiase biliaire**. — On lui attribue actuellement un rôle fort important. Lecène a montré que dans 40 p. 100 des cas de pancréatite hémorragique il y a des lésions des voies biliaires.

PATHOGÉNIE

Deux théories principales :

1° **Théorie vasculaire** (Gilbert et Villaret, Chabrol). — La lésion primitive est la thrombophlébite des veines pancréatiques et spléniques; elle-même préparée par une longue phase d'hypertension portale secondaire à des lésions hépatiques (lithiase, alcoolisme), elle détermine une véritable apoplexie pancréatique avec infarctus glandulaires plus ou moins importants.

Pour Lépine, les troubles circulatoires sont sous la dépendance d'artérite chronique ou d'embolie artérielle (reproduction expérimentale d'embolies).

2° **Théorie canaliculaire** (Carnot), plus généralement admise aujourd'hui.

La pancréatite hémorragique est le résultat d'une autodigestion primitive de la glande : les ferments pancréatiques sont activés par un facteur exogène : le reflux dans les canaux pancréatiques du suc intestinal et de la bile, pendant la période de digestion. L'entérokinase permet la transformation du trypsinogène en trypsine; celle-ci digère les parois des canaux et lèse les vaisseaux : hémorragie et nécrose du pancréas. La bile renforce l'action de la lipase; celle-ci dédouble les graisses avec formation de savon : stéatonécrose.

L'infection peut avoir un rôle favorisant; elle n'est nullement nécessaire (bactériokinase et leucokinase); le traumatisme ne joue qu'un rôle douteux (cytokinase).

Le reflux dans les canaux pancréatiques résulte : pour la bile, de l'arrêt d'un calcul dans l'ampoule de Vater ou d'un spasme du sphincter d'Oddi ; pour le suc intestinal, de la stase duodénale résultant d'un spasme ou d'une occlusion haute.

La mort ne semble le fait ni de l'hémorragie, ni d'un trouble de la sécrétion interne du pancréas; mais, soit du choc nerveux (remarquable richesse d'innervation de la région pancréatique), soit du choc toxique (auto-intoxication par les produits de digestion des cellules pancréatiques). Pour Silvestri il s'agirait de choc anaphylactique, les malades ayant été sensibilisés par des crises antérieures.

SYMPTOMES

TYPE : FORME SURAIGUË. — Drame pancréatique de Dieulafoy. Il s'agirait le plus souvent d'un malade jeune, d'apparence robuste, d'un embonpoint exagéré. Le syndrome éclate brusquement, parfois en plein déjeuner, le plus souvent au cours de la période digestive, quelques heures après un repas abondant. Le tableau est d'emblée dramatique.

Signes fonctionnels. — 1° **Douleur**. — Subite, d'une extrême intensité, forçant le malade à se plier sur lui-même, lui arrachant des cris; parfois, au contraire, prenant un caractère syncopal. Elle siège dans l'épigastre et l'hypocondre droit, plus haut et plus en dedans que le point appendiculaire; plus bas et plus en dedans que le point vésiculaire. Elle peut irradier vers l'hypocondre gauche ou dans le dos, notamment dans la région interscapulaire; jamais vers l'épaule. Elle est augmentée par les mouvements, par le poids des couvertures; elle n'est calmée par rien; *la morphine elle-même ne procure aucun soulagement*.

2° **Nausées et vomissements** apparaissent aussitôt. Les vomissements, alimentaires puis bilieux, jamais fécaloïdes, sont d'emblée très abondants et *tendent à diminuer ensuite à l'inverse du vomissement péritonéal*. Rarement hématémèses.

3° **Arrêt à peu près complet des matières et des gaz**. — Parfois, cependant, diarrhée profuse.

Signes généraux. — D'emblée d'une gravité extrême. Le malade, couché en chien de fusil, présente le tableau d'un shock intense : facies péritonéal; traits tirés; nez pincé; teint blafard, plombé; lèvres cyanosées, langue sèche.

Température à peu près normale ; quelquefois hypothermie; habituellement se tient aux environs de 38 degrés. Pouls le plus souvent accéléré, dissocié d'avec la température; respiration rapide.

(A suivre.)

La Mélancolie : clinique et thérapeutique, par R. BENON, ancien interne de la Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale de la Faculté de médecine de Paris, médecin du Quartier des maladies mentales de l'Hospice général de Nantes. Un vol. in-16 de 154 pages. — Prix : 10 fr. — Paris, G. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — SAMEDI 7 NOVEMBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 7 NOVEMBRE 1925. — N° 89.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : Fleurus 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . 35 fr. — *BELGIQUE ET ITALIE. . .* 45 fr.

Tarif extérieur n° 1, 55 fr., valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 fr., valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 4 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'érysipèle de la face. — Angine de Ludwig. »
MM. Rosier (Alexis), 22; Soulié (Pierre) et Plessier (Paul), 20; Sée (Georges), 17; Lichtenberger (Roger), 23; Béal (Gustave), 12; Salavert (Henri), 20; Sigwald (J.), 25; Bompart (Henri), 27; Renard (Pierre), 25.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — ANGERS. — *Concours de l'internat en médecine.* — Ont été nommés internes titulaires : MM. Naulleau, Rousselot et Suchmann.
Internes provisoires : Mlle Brassart, MM. Spillmann, Girard et Prieur.
Concours de l'externat. — Ont été nommés : Mlle Legros, MM. Levêque, Peyret, Hy, Bruneau, Tanguy, Colleau et Brault.
Concours de l'internat en pharmacie. — Ont été nommés : M. Humeau et Mlle Marié, interne titulaire; M. Serres, interne provisoire.

— BORDEAUX. — Le concours de médecin résidant à l'hospice général s'est ouvert sous la présidence de M. Moussous. Les autres membres du jury étaient MM. les docteurs Lagrange, Dubreuilh, Andérodias, Lacouture, Pery, Parcelier.
Le sujet de la composition écrite était : « Anatomie pathologique et traitement des ruptures de l'urètre chez l'homme. »

— NANTES. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :
Titulaires : MM. Ménager, Gorrichon, Foucaud, Reliquet, Mlle Gaité, MM. Villard, Denarié.
Provisoires : MM. Drouet, Desjars, Houllier, Minaud.
Le concours de l'externat s'est terminé par la nomination de MM. Fleurance, Breton, Laroque, Baron, Diais, Benoist, Crémet, Mauray, Landois, Mathevet, Vincent.

L'UNIVERSITÉ DE LOUVAIN vient de décider d'accorder le titre de professeur agrégé de la Faculté de médecine aux médecins réputés qui, avec l'agrément de la Faculté de médecine de Louvain, accepteraient un stage dans leur clinique des étudiants de l'Université. Pour la première fois, ils ont offert ce titre à M. le docteur Joseph Sebrechts, chef du service chirurgical de l'hôpital de Bruges, et à M. le docteur Dauwe, directeur de la Maternité Sainte-Marie, à Anvers. (*Bruxelles médical.*)

XIe CONGRÈS DE MÉDECINE LÉGALE DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE. — Le XIe Congrès de médecine légale des pays de langue française aura lieu à Paris en mai 1926.
Le bureau est ainsi constitué : président, M. Antheaume, secrétaire général de la Société de médecine légale de France; vice-présidents, M. le professeur Sorel (de Toulouse) et M. Duvoir, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris; secrétaire général, M. le professeur Etienne Martin (de Lyon); secrétaire général adjoint, M. Piédelièvre, préparateur de médecine légale à la Faculté de médecine de Paris.
Questions mises à l'ordre du jour :
1° MÉDECINE LÉGALE. — *Le dosage de l'alcool dans le sang et le diagnostic de l'ivresse.* — Rapporteur : M. Vielledent (de Lille).
2° CRIMINOLOGIE. — *Le témoignage des psychopathes.* — Rapporteur : M. Rogues de Fursac (de Paris).

3° PATHOLOGIE TRAUMATIQUE. — *Les arthrites traumatiques (en dehors de la tuberculose).* — Rapporteur : M. Dervieux (de Paris).

LES JOURNÉES MÉDICALES BELGES DE 1926 auront lieu à Bruxelles, du 26 au 30 juin; la journée du 30 sera consacrée au voyage traditionnel; la séance inaugurale se tiendra le samedi 26 après-midi.

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — L'assemblée générale de l'A. D. R. M. aura lieu le mardi 17 novembre, à 17 heures, à la Faculté de médecine (salle du Conseil). Elle sera présidée par M. Paul Lapie, recteur de l'Académie de Paris.

SYNDICAT DES MÉDECINS HYGIÉNISTES FRANÇAIS. — Le 19 octobre 1925, l'Association des médecins hygiénistes français a, dans son assemblée générale statutaire, décidé sa transformation en Syndicat des médecins hygiénistes français. Il a été procédé immédiatement à l'adoption des statuts préparés par la commission que l'Association avait élue lors de l'assemblée générale extraordinaire du 30 mars 1925, et qui furent approuvés à l'assemblée générale extraordinaire du 26 juillet 1925. Elle a nommé son conseil d'administration : docteur Zipfel, président; docteurs Holtzmann et Violette, vice-présidents; docteur R. Martial, secrétaire général; docteur L. Pissot, trésorier; docteurs Loir, Ducamp, Prunet et Bussière, membres.

Le Syndicat des directeurs de bureaux d'hygiène, créé au début de la présente année par les docteurs Ducamp, L. Pissot et R. Martial, a fusionné immédiatement avec le Syndicat des médecins hygiénistes français, désormais unique.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le dîner de rentrée des médecins parisiens de Paris a eu lieu le 21 octobre dernier dans les salons Marguery, sous la présidence du docteur Dartigues.

Assistaient à ce dîner, MM. le professeur Balthazard, les docteurs Bloch (André), Blondel, Bollack, Bongrand, Bouquet, Cadenat, Dartigues, Devraigne, Doin, Fège, Fouineau, Galliot, Gérard (L.), Gréder, Guébel, Le Savoureux, Lobligeois, Loubier, Luys, Molina, Monscourt, Papillon, Prost, Schaeffer, Toupet, Viguerie, Vimont, Vitry et Wallon.

S'étaient fait excuser : les docteurs Blondin père et fils, Boppe, Didsbury, Duclaux, Lavenant, Lereboullet, Le Roy des Barres, Lotte, Maréchal, Miriel, Mock, Piot, Quiserne, Richet fils, Rolet, Rollot, Sauvez et Verchère.

On y fêta joyeusement les promotions au grade d'officier de la Légion d'honneur des docteurs Devraigne et Lortat-Jacob, et les nominations au grade de chevalier des docteurs Baillière et Pelisse, ainsi que la récente nomination du docteur Gatellier comme chirurgien des hôpitaux. Enfin, fut élu un nouveau membre, le docteur Crocquefer.

Au dessert, en de brillantes improvisations, prirent la parole MM. Doin, Prost, Devraigne, Bongrand, et enfin le président Dartigues.

Le prochain dîner de cette Société aura lieu en décembre.

Pour tous renseignements, s'adresser au secrétaire général, le docteur P. Prost, 119, boulevard Malesherbes.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — La prochaine réunion de la Société, qui est une séance de l'Ecole d'instruction annexe du Service de santé, aura lieu le lundi 16 novembre 1925, au Cercle militaire, à 21 heures.

La conférence sera faite sur le sujet suivant : « Le traitement chirurgical de la gangrène gazeuse », par M. le professeur agrégé Jeanneney, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

SOCIÉTÉ VÉGÉTARIENNE DE FRANCE (Mairie du VIe arrondissement). — 12 novembre, 20 h. 1/2 : « La constipation », par le docteur Georges Danjou (de Nice).

26 novembre, 20 h. 1/2 : « Insuffisances respiratoires. Traitement des insuffisances expiratoires. Les insuffisances inspiratoires chez les enfants », par le docteur Tartarin Malachowski.

10 décembre, 20 h. 1/2 : « L'échéance », par le docteur Victor Pauchet.

17 décembre, 20 h. 1/2 : « Les problèmes passionnants du végétarisme », par le docteur Charles-Edouard Lévy.

DISPENSAIRES. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des dispensaires de l'Orne aura lieu à Alençon, le 1er décembre prochain.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

A. CAUCHOIX

Si la chirurgie a fait en Albert Cauchoix une grande perte, sa famille et ses amis ont été également très éprouvés; Cauchoix, à côté des qualités qui font l'excellent chirurgien, possédait toutes celles qui font le bonheur de ceux qui vous entourent.

Sa carrière avait été particulièrement rapide et brillante : interne des hôpitaux en 1902, il avait été aide d'anatomie dès 1904, prosecteur en 1907 et chirurgien des hôpitaux en 1914.

Je n'énumérerai pas tous ses travaux, toutes ses communications, je ne citerai que les principaux : Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie et leurs complications (*thèse* 1908), les Paralysies dans les luxations de l'épaule, le Traitement sanglant du pied plat valgus invétéré, le Traitement opératoire des prolapsus génitaux complets des femmes âgées, les Indications thérapeutiques dans les fibromes de l'utérus, les Opérations thyroïdiennes dans le traitement du goitre exophtalmique, enfin plusieurs articles sur l'Exophtalmos pulsatile.

Il y a plus de vingt ans que Cauchoix était mon ami; nous nous étions rencontrés au régiment; depuis, je ne devais plus le quitter durant tout le cours de mes études médicales et je ne pourrai jamais assez exprimer quelle reconnaissance je lui dois pour toutes les marques de fidèle amitié qu'il m'a témoignées.

D'ailleurs tous ceux qui l'ont connu sont devenus ses amis et son amitié était sincère, sûre; dès le premier contact que l'on avait avec lui, on était séduit par son regard plein de finesse, par la simplicité de son allure et par la culture de son esprit.

Cauchoix était avant tout un noble caractère, du jugement le plus droit, de la rectitude professionnelle la plus impeccable; s'il était passionné pour toutes les questions chirurgicales, il était aussi épris de littérature et d'art et avait l'esprit ouvert sur tout ce qui paraissait digne d'intérêt.

Malheureusement la maladie est venue, la plus cruelle et la plus injuste et cette vie qui s'annonçait devoir être si heureuse est devenue pour lui et pour les siens une longue suite de douleurs, de souffrances physiques et morales stoïquement supportées; il eut à subir les épreuves d'un véritable martyre en gardant jusqu'au bout toute sa lucidité intellectuelle et sa confiance absolue en la chirurgie.

La mort a été pour lui une délivrance, mais pour la compagne chérie de toute sa vie, qui avait compris l'ambition de l'homme de science, il savait toujours trouver le mot qui réconforte, pour tous ceux qui étaient ses amis, pour ceux qui l'ont soigné avec un si admirable dévouement, elle fut l'épreuve la plus cruelle de toutes.

Cauchoix sera regretté de ses collègues, de ses amis, de ses élèves, comme un homme de bien, de science, de devoir et de parfaite honorabilité professionnelle.

J. ROUGET

REVUE GÉNÉRALE

LES MANIFESTATIONS VISCÉRALES DE L'ÉPILEPSIE

Contribution à l'étude du sympathique dans la crise d'épilepsie.

Par M. L. LANGERON,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon.
(TRAVAIL DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE M. LE PROFESSEUR BARD)

Lorsque l'on évoque la crise d'épilepsie, ce sont évidemment les *manifestations motrices*, qui apparaissent au premier plan et qui dominent de beaucoup le tableau clinique; se montrent ensuite les *manifestations psychiques*, équivalents ou modifications durables du terrain mental chez l'épileptique. Enfin en dernier lieu et souvent oubliées parce que plus rares, plus inconstantes et plus estompées, existent des *manifestations viscérales*, se passant dans le domaine du système nerveux de la vie de nutrition et contribuant à faire de la crise comitiale une perturbation de toute l'économie et de tout l'individu.

Ce sont ces manifestations dont l'étude sera tentée ici; en dehors de l'intérêt séméiologique qu'il peut y avoir à essayer de donner une description d'ensemble de phénomènes épars, disparates, et sans lien apparent au premier abord, il nous a paru que dans l'étude de ces phénomènes on pouvait trouver des faits intéressants, touchant la pathogénie de la crise d'épilepsie et plus spécialement le rôle possible ou démontré, du système sympathique.

I. Délimitation du sujet. — Par « manifestations viscérales » nous entendons la description des symptômes, expression clinique des perturbations se produisant dans les divers territoires de la vie de nutrition, appareil vasculaire, tube digestif, voies respiratoires, appareil urinaire, glandes, nutrition générale, etc... : ces manifestations sont donc nettement distinctes des symptômes moteurs de la vie de relation, et psychiques de la sphère mentale du même individu.

Ces manifestations viscérales ainsi comprises sont communes à toutes les variétés d'épilepsies, généralisées ou partielles, dites essentielles, ou symptomatiques de causes évidentes, comme l'épilepsie traumatique. Sans chercher à résoudre le problème difficile et hors de propos, de la délimitation exacte de l'épilepsie, nous éliminerons du cadre de notre étude les manifestations convulsives, analogues à la crise comitiale, mais dépendant de maladies ou de causes autonomes, comme l'urémie, l'éclampsie, l'acidose, etc., dans lesquelles la crise convulsive n'est qu'un épiphénomène plus ou moins contingent. A un autre point de vue il existe, au moins classiquement, certaines variétés d'épilepsie dites « réflexes », dont le point de départ se trouve dans une lésion viscérale ou périphérique quelconque; la description de telles lésions viscérales ne rentre pas non plus dans le cadre de cette étude, limitée volontairement « aux manifestations cliniques se produisant sous la dépendance de la crise épileptique dans les divers territoires viscéraux, qu'il s'agisse d'épilepsie partielle ou généralisée, symptomatique ou essentielle ».

Le plan suivi sera le suivant, étude clinique de ces manifestations viscérales, discussion de leur pathogénie, exposé des rapports qu'elles contractent avec la crise comitiale elle-même, et enfin indications thérapeutiques et conclusions générales découlant des faits qui auront été exposés.

II. Etude clinique des manifestations viscérales de l'épilepsie. — On peut pour la commodité de la description les distinguer en plusieurs groupes, suivant qu'elles précèdent (auras), remplacent (équivalents) ou accompagnent les manifestations convulsives habituelles. D'une façon générale, la *variabilité et l'irrégularité* sont leurs caractères fondamentaux; cependant chez un sujet donné on peut au contraire en observer la constance et la répétition.

1° **Les auras viscérales.** — La place tenue par elles dans ce « souffle » mystérieux qui précède en l'annonçant, la crise convulsive, est extrêmement variable mais d'une façon générale peu importante; elles peuvent ou non être associées à des auras psychiques, motrices, ou sensorielles. Leur nature est très variée : ce sont :

1. Des phénomènes vaso-moteurs, plaques et rashs érythémateux apparaissant en des points en général identiques pour un même individu. [Il est permis de rappeler à ce sujet que dans un des premiers romans-cinémas l'intérêt était précisément groupé autour d'un « cercle rouge » dont la brusque apparition annonçait aux intéressés terrifiés la venue de crise d'épilepsie furieuse chez les membres d'une même famille. La fiction reposait bien sur un fait d'observation, un peu arrangé pour les besoins de la cause].
2. L'horripilement a été noté dans d'autres cas (A. Thomas).
3. Des phénomènes sécrétoires, crises de larmoiement par exemple (Feré).
4. Des sensations cénesthésiques plus ou moins vagues, sensations de constriction ou d'augmentation de volume de la jambe ou du bras (Rebattu, Milhaud, Sedaillan).
5. Du hoquet, des éructations en salve, une sensation de pesanteur gastrique.
6. Des sensations de constriction précordiale avec phénomènes analogues à l'angine de poitrine et irradiations cervicales, scapulaires, et cubitales gauches (Roger, Netter, dans des épilepsies traumatiques).
7. Des crises d'excitation génitale (Voisin), la rétraction du testicule à l'anneau (Feré).
8. Briand a rapporté un cas curieux d'exhalaisons nauséabondes chez un blessé du crâne; l'odeur disparaissait immédiatement après l'accès et était attribuée par l'auteur à des phénomènes de résorption intestinale et d'élimination pulmonaire.

2° **Les équivalents viscéraux.** — Ils remplacent la crise comitiale ou alternent avec elle. Brocq a rapporté un cas de « prurit anal avec parakératose psoriasiforme lichenifiée » ayant remplacé des crises d'épilepsie et un autre de « lichen simplex chronique » de la face interne des cuisses, alternant avec les crises convulsives chez un autre épileptique (1). Roger voit des nausées et des vomissements paroxystiques remplacer les convulsions, chez des blessés du crâne. D'autres auteurs signa-

(1) Il s'agit du reste là, de phénomènes rentrant plutôt dans le cadre des « métastases « que dans celui des équivalents.

lent, des crises gastriques analogues à celles du tabes, des mictions et des défécations impérieuses différentes des évacuations involontaires qui suivent communément la crise, des crises angineuses plus ou moins typiques, des épisodes de bradycardie transitoire, toutes manifestations alternant avec la grande crise comitiale et fournissant par ce fait même la preuve de leur origine épileptique. Il est enfin commun de voir l'asthme, la migraine remplacer la crise convulsive ou alterner avec elle chez le même individu.

Malgré que dans l'ordre d'apparition et de répétition de ces divers phénomènes, la plus grande irrégularité soit la règle, Feré signale cependant qu'il a fréquemment observé chez le même individu ou chez les membres d'une même famille, la coïncidence ou l'alternance des mêmes symptômes, voyant dans ce fait l'expression d'une aptitude nerveuse similaire.

3° Manifestations contemporaines de la crise comitiale ou lui succédant. — Elles peuvent intéresser les différents territoires viscéraux; leur importance, leur fréquence, leur moment d'apparition, leurs modes de groupement sont des plus variables.

1. Appareil circulatoire. — Les phénomènes vaso-moteurs sont au premier plan. Il est banal de signaler la *pâleur* de la face du début, coïncidant avec la phase des convulsions toniques, et la *cyanose* contemporaines des mouvements cloniques. Ces constatations ont depuis longtemps attiré l'attention, mais certaines précisions intéressantes ont été récemment signalées. Guillaume insiste sur la vaso-constriction périphérique généralisée du début de la crise qui s'oppose à la vaso-dilatation de la fin, ainsi que sur le parallélisme certain entre ces phénomènes périphériques et l'état vasculaire de la corticalité cérébrale. Bouttier et P. Mathieu dans un cas d'épilepsie jacksonienne caractérisée par des crises parétiques localisées au membre supérieur gauche, voient la pâleur de la main et de la face précéder la crise et la cyanose lui succéder, en même temps que d'une façon permanente existaient dans le membre atteint des troubles vaso-moteurs, une diminution des oscillations au Pachon, une atténuation du réflexe pilo-moteur et des réactions à la pilocarpine. Hirsch signale, chez une épileptique dont les crises étaient généralisées, des altérations capillaroscopiques (dilatation anormale) localisées à gauche, avec sensations de fourmillement et myosis du même côté, toutes ces manifestations étant interprétées par lui comme relevant d'une irritation (c'est plutôt paralysie qu'il faudrait dire) unilatérale du sympathique.

La tension artérielle subit pendant la crise de profondes modifications, mais qui sont difficiles à constater pour des raisons simples à comprendre. Guillaume a vu Mx et Mn monter rapidement au début pour redescendre après les convulsions; Hartenberg au contraire, chez un épileptique ayant pris une crise avec le manchon du Pachon au bras, a constaté la chute immédiate et considérable de la pression avec disparition à peu près complètes des oscillations.

Les modifications sanguines, leucopénie, troubles de la coagulabilité, etc., groupées sous le nom de « crise hémoclasique », ont été constatées au cours de la crise, marchant de pair avec les troubles vaso-moteurs.

L'azotémie, au cours, a fait l'objet de nombreuses discussions. D'une étude critique approfondie, Bouttier et Rodriguez concluent à la nature contradictoire des recherches antérieures, et à l'absence d'une rétention azotée caractéristique; l'azotémie légère et passagère que l'on constate parfois après la crise ne relève que des conditions de surmenage physique qui l'accompagnent et n'a aucun intérêt pathogénique.

La teneur du sang en calcium, a été trouvée constamment diminuée, et la réaction sanguine déviée dans le sens de l'alcalose. Bigwood, dans un travail récent, considère cette alcalose comme une caractéristique, un test de l'épilepsie vraie, à l'exclusion de toutes autres manifestations convulsives similaires dans lesquelles cette alcalose fait défaut.

La bradycardie est fréquemment notée après la crise, à un taux de 38 à 40. D'après les tracés il s'agit d'un rythme sinusal. Chartier insiste particulièrement sur cette bradycardie, qu'il faut soigneusement distinguer de la bradycardie paroxystique du Stokes-Adams déterminant secondairement des convulsions quand l'ischémie cérébrale a atteint un degré suffisant, car il s'agit là d'un phénomène consécutif à la crise et non antérieur à elle. Il fait également remarquer que ce ralentissement du cœur, rare dans la grande épilepsie, est plutôt le fait du petit mal et il attribue le fait à la longue durée dans ce dernier de la phase tonique initiale à laquelle il rattache la bradycardie par excitation continue de la Xe paire, excitation qui peut s'observer aussi à l'état isolé remplaçant la crise convulsive ou alternant avec elle. Rose signale également un cas analogue de bradycardie paroxystique au cours d'une épilepsie symptomatique chez un paralytique général.

Des sensations angineuses enfin ont été décrites par Trousseau et Bernheim; il est difficile de se faire une idée exacte de leur véritable signification. Sans parenté probable avec l'angine d'effort, elles semblent plutôt devoir être assimilées aux angines névrosiques (Gallavardin, rapport au XVIIIe Congrès Français de Médecine, Nancy 1925), dont les frontières sont bien vagues avec toutes ces sensations cénesthésiques thoraciques juxta-cardiaques plus ou moins bien caractérisées.

2. Appareil respiratoire. — Si l'on excepte quelques *crises sternutatoires*, équivalent mineur pour certains de la crise convulsive (l'analogie est évidente avec l'asthme), ainsi que des *troubles du rythme* respiratoire observés par Feré (ralentissement respiratoire et allongement expiratoire), les manifestations respiratoires de l'épilepsie sont surtout œdémateuses.

Œdème pharyngo-laryngé, d'abord, qui constituerait pour certains, en même temps que l'hypersialorrhée, la cause de production de l'écume, de règle ou presque, dans toute crise comitiale, *œdème de la glotte*, pouvant simuler le croup et de la région sous-glottique, ensuite (laryngite striduleuse ou faux croup).

Œdème aigu du poumon. — Cette dernière manifestation, extrêmement rare, est particulièrement intéressante à étudier, à cause des considérations pathogéniques auxquelles elle peut donner lieu.

Les observations s'en comptent; mentionnée par les classiques à propos de l'œdème aigu du poumon mais passée sous silence dans les descriptions de l'épilepsie, cette complication a été décrite par

Legrain et Marnier et par Langeron en France, par A. William, T. Shanakan et B. A. L. Ohlmacher en Amérique.

On doit d'abord le distinguer, et de l'asphyxie mécanique par corps étranger des voies aériennes avec congestion œdémateuse secondaire, et d'un accès d'œdème aigu pulmonaire survenant chez un épileptique porteur par ailleurs d'une lésion cardiaque, aortique ou rénale, responsable alors de la crise œdémateuse.

On constate la rareté de cette complication (18 observations publiées), dans laquelle le sexe (10 femmes, 8 hommes) ni l'âge (onze à quarante-deux ans) ne semblent jouer le rôle. Rarement l'œdème aigu survient dès la première crise comitiale; il récidive en général, une fois qu'il a fait son apparition, à l'occasion des crises ultérieures ; il s'agit le plus souvent d'épilepsie sévère, avec attaques subintrantes et même état de mal ; dans un cas pourtant l'épilepsie était localisée à la face.

Les symptômes sont ceux de l'œdème aigu typique. Quelquefois l'hémoptysie est constituée par du sang presque pur, coup de sang pulmonaire équivalent majeur de l'œdème (Gallavardin). Sa durée est variable, quelques heures à un jour ou plus. L'évolution est sévère ; sur 18 cas rapportés, la mort est survenue 10 fois et dans 9 cas il semble que ce fut après le premier accès d'œdème pulmonaire. Le pronostic est donc très sérieux et aggrave considérablement celui de la crise d'épilepsie. D'ailleurs dans une statistique portant sur 774 morts subites dans l'épilepsie, Janson dit avoir trouvé 142 fois des lésions œdémateuses du poumon ; Ohlmacher, sur 203 cas de mort rapide, 28 fois de l'œdème pulmonaire. Malgré que les auteurs ne précisent pas le point de savoir si, cliniquement cet œdème avait été décelable ou s'il s'agissait simplement de lésions terminales, il semble néanmoins que l'œdème aigu du poumon soit peut-être plus fréquent qu'on ne pense au cours de la crise d'épilepsie, et qu'en tout cas il puisse être tenu pour responsable d'un grand nombre de morts rapides ou subites dans l'épilepsie ; on conçoit l'intérêt médico-légal de ces faits, sur lesquels d'ailleurs les auteurs sont revenus à plusieurs reprises.

A l'autopsie des malades, en dehors des lésions œdémateuses pulmonaires et d'une hypertrophie thymique et lymphatique considérée comme particulièrement fréquente et importante par Ohlmacher, on n'a noté, dans les cas publiés, aucune lésion cardiaque, aortique ou rénale susceptible d'expliquer l'œdème pulmoraire.

3. Appareil digestif. — L'incontinence du sphincter anal est très fréquente au cours de la crise; des vomissements paroxystiques, des épisodes gastriques douloureux analogues à ceux du tabes ont été observés; enfin Feré insiste sur une diarrhée paroxystique qui suit parfois la crise, diarrhée caractérisée par des selles nombreuses et liquides, sans coliques ni épreintes et qui est la traduction d'un véritable œdème aigu intestinal analogue à celui du poumon.

4. Appareil urinaire. — L'incontinence du sphincter vésical est de règle pendant la crise; après elle, on observe souvent une polyurie intense et passagère, de l'albuminurie également transitoire (Feré, Lannois et Mayet, J. Lépine), retrouvée même dans l'épilepsie expérimentale par Fiori, et qui dans certains cas (Teissier) a pu en imposer pour une néphrite chronique ou de l'éclampsie ; la valeur séméiologique de cette albuminurie consécutive est considérable, comme l'ont bien montré récemment Aymes et Favavelli.

La glycosurie, l'hématurie, ont été observées dans les mêmes conditions, Feré insiste sur le caractère exagéré des éliminations spontanées ou expérimentales qui suivent la crise.

5. Appareils secrétoires. — La sialorrhée massive accompagne communément la crise et rend compte de l'écume buccale ; les sueurs profuses ne sont pas rares surtout dans l'état de mal. L'épreuve à la pilocarpine, pratiquée par Feré après la crise, donne des résultats moindres qu'à l'état normal et ce fait est retenu par l'auteur à l'appui de sa théorie pathogénique de l'épuisement que nous exposerons dans un instant.

6. Nutrition générale. — La température s'élève souvent, presque toujours dans l'état de mal; l'amaigrissement et la perte de poids s'observent souvent après les crises.

En somme, comme on peut s'en rendre compte par ce rapide exposé, il est possible de rencontrer chez les épileptiques, fréquemment sinon constamment, des symptômes viscéraux, qui annoncent, remplacent ou suivent les manifestations convulsives.

Leur importance est d'ailleurs très inégale ; quelques-unes sont à peu près constantes et ont leur place dans l'expression séméiologique habituelle de la crise, phénomènes vaso-moteurs et sécrétoires, trouble des sphincters, phénomènes tensionnels, altérations sanguines ; d'autres au contraire sont beaucoup plus rares, manifestations anginiformes, vomissements et diarrhées paroxystiques, œdème aigu du poumon. Quelques-unes, comme l'albuminurie, revêtent une importance séméiologique certaine pour le diagnostic rétrospectif de la nature organique d'une crise convulsive.

Mais dans tous les cas et d'une façon générale, à côté de l'épilepsie motrice et psychique, il existe bien une *épilepsie viscérale*.

III. **Pathogénie de ces manifestations viscérales.** — Comme dans tout problème pathogénique deux points sont à examiner, la pathogénie et le mécanisme pathogénique des accidents.

1. Au point de vue pathogénique, ces symptômes divers sont bien certainement sous la dépendance de l'épilepsie ; si on distingue soigneusement de ces faits, ceux analogues qui pourraient se produire chez des épileptiques sous l'action d'autres causes pathogènes, on ne peut pas ne pas les attribuer à l'épilepsie elle-même. La précession, l'alternance, la succession régulières que ces manifestations présentent avec la crise convulsive, l'absence d'autre cause à invoquer, leur atténuation et leur suppression par le traitement anti-épileptique constituent la preuve qu'elles sont bien sous la dépendance de l'épilepsie.

2. Ceci étant admis, quel est le mécanisme pathogénique? Les manifestations étudiées ci-dessus sont essentiellement variables et polymorphes, irrégulières et inconstantes dans leur apparition comme dans leur répétition. Si on cherche entre elles un lien commun qui puisse les expliquer en les unissant dans un même mécanisme physio-pathologique, il

faut dépasser le fonctionnement isolé de l'organe intéressé, et s'adresser au régulateur général de la vie viscérale, au système sympathique de la vie de nutrition. Ce n'est que dans la notion d'une perturbation générale de cet appareil chez les épileptiques, que l'on peut trouver une explication commune reliant par exemple l'incontinence des sphincters et l'œdème aigu du poumon.

Il faut tout d'abord préciser le sens que l'on attache ici au mot « sympathique ». Sans entrer dans des discussions théoriques hors de propos sur la légitimité d'une distinction doctrinale entre le sympathique thoracique, sympathique vrai ou orthosympathique, et le parasympathique pelvien et cranien, nous ferons remarquer que cette dualité antagoniste n'est pas admise sans restrictions par tous les auteurs, et qu'en particulier notre maître le professeur Bard lui préfère la conception de phases alternativement contraires dans un même système, l'opposition étant alors réalisée dans les centres et non plus dans les appareils périphériques. Nous parlerons donc de « l'holosympathique » suivant l'expression de Laignel-Lavastine, embrassant l'ensemble du système nerveux de la nutrition, en étudiant d'abord son état habituel chez l'épileptique, en voyant ensuite comment par la perturbation brusque de son fonctionnement, qu'il s'agisse du dérèglement relatif de systèmes opposés ou de phases opposées dans un même système, il résulte la production des symptômes viscéraux que nous avons décrits plus haut.

A. **L'état du sympathique dans l'épilepsie est la plupart du temps anormal.** — Cette proposition peut se démontrer à l'aide d'un certain nombre de faits d'ordre anatomique, physiologique, clinique et thérapeutique.

Les faits anatomiques. — On a trouvé fréquemment au niveau cervical, des adhérences, des compressions ou des cicatrices qui l'enrobaient. Chipault note 4 fois, un ganglion supérieur friable et adhérent à la Xe paire, 1 fois un myxome, 1 fois une tumeur osseuse. Raswel Patt et Sparling ont décelé dans le sympathique des lésions histologiques dégénératives, des pigmentations anormales.

Ces faits sont d'ailleurs susceptibles d'interprétations diverses. Sont-ils une cause, une conséquence ou une coïncidence ? A eux seuls ils seraient évidemment insuffisants.

Les faits physiologiques. — Ce sont les expériences classiques de Claude Bernard et de Brown-Séquard, qui montrent que parce que l'irritation du sympathique peut réaliser la crise convulsive, il ne s'ensuit pas forcément que toute crise épileptique est d'origine sympathique, mais il n'en reste pas moins que le sympathique est capable de jouer un rôle important dans la genèse de l'épilepsie.

Les faits cliniques. — Différentes recherches, cliniques et pharmacologiques, dont nous n'indiquerons que les principales, montrent que le sympathique et presque toujours anormal chez l'épileptique. Le réflexe oculo-cardiaque est très souvent troublé, dans le sens de l'exagération (Tinel et Santenoise), qui persiste même après la crise et peut revêtir ainsi une certaine valeur séméiologique (Roubinovitch). Les stigmates si fréquemment constatés chez l'épileptique, asymétries faciales, craniennes, auriculaires, sont réductibles à des troubles de développement que l'expérimentation montre sous la dépendance du sympathique (S. Arloing, Th. de Beyne). Munier dans sa thèse montre par l'étude du réflexe oculo-cardiaque et des réactions pharmacologiques (adrénaline, pilocarpine) que le sympatique de l'épileptique répond à ces divers excitants d'une façon constamment anormale. L'étude enfin de certains facteurs déclanchant la crise convulsive y montre le rôle évident du sympathique ; ce sont, les émotions dont on connaît l'action adrénalino-secrétrice, les influences endocriniennes, encore bien confuses, mais où l'on distingue cependant la prépondérance des glandes génitales et thyroïde, la fréquence des crises nocturnes a une phase du nycthémère où certaines actions sympathique (vague surtout) sont prédominantes (même chose pour l'accès d'asthme), enfin les alternances bien connues avec d'autres manifestations paroxystiques où le rôle du sympathique est ou probable, ou démontré, tels l'asthme, la migraine, etc.

Les faits thérapeutiques. — On peut trouver dans l'arsenal innombrable utilisé contre l'épilepsie, certains médicaments ou procédés dont il est permis d'expliquer l'action par une influence sur le sympathique.

Parmi les médicaments, le gardénal et la belladone sont des paralysants puissants et presque électifs de la Xe paire, la protéinothérapie (Bouché et Hustin) détermine des actions de choc à localisation sympathique.

Des interventions ont été conseillées et pratiquées sur le sympathique avec il est vrai, des résultats médiocres ou franchement mauvais, résections (Lannois, Jaboulay) et même surrenalectomies, (Brunning, Sultan), ces dernièrs d'ailleurs sans aucun résultat, comme l'ont constaté expérimentalement sur le chien Wertheimer et Dubois.

Enfin une série de petits moyens anti-épileptiques s'adressent au sympathique : lien huméral et sympathectomies péri-artérielles (Leriche), compression du plexus solaire (Arloing, Mlle Guillemin, Langeron), percussion du rachis, révulsions cervicales, etc. En somme, de ces divers arguments dont aucun pris isolément ne saurait entraîner la conviction, se dégage pourtant, au moins l'impression que le sympathique de l'épileptique est le plus souvent anormal dans son fonctionnement comme dans les réponses qu'il donne aux divers moyens cliniques et pharmacologiques dont on dispose pour l'interroger ; c'est également quelquefois à lui que l'on s'adresse dans un but thérapeutique, avec plus ou moins de raisons comme de résultats.

Ce caractère fréquemment anormal étant admis, on peut se rendre compte que les manifestations viscérales de l'épilepsie sont sous la dépendance de perturbations brusques d'un système déjà altéré, avant, pendant, ou après la crise comitiale.

(A suivre.)

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le Champignon : poison ou aliment. Eléments de mycologie. Classification simple ; les champignons qu'il faut connaître. Poisons fongosiques. Intoxications ; symptômes et traitement, par le docteur F. Buret, membre de la Société mycologique de France. In-8 de 240 pages avec 100 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Vigot.

XXXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925) (1).

TROISIÈME QUESTION

APPAREILLAGE DES FRACTURES DU FÉMUR

Rapport de M. ROUVILLOIS (de l'armée).

A part certaines fractures sous-trochantériennes et sus-condyliennes qui sont justiciables de l'ostéosynthèse, la majorité des fractures du fémur peut et doit être traitée par l'appareillage. Il ne sera question ici que des fractures diaphysaires, celles qu'on appelle habituellement « fractures de cuisse » et qui comprennent les fractures de la partie moyenne, les sous-trochantériennes et les sus-condyliennes.

Après avoir tracé un aperçu historique de la question, le rapporteur étudie d'abord :

Les méthodes générales applicables à l'appareillage des fractures de cuisse. — Ce sont la contention simple, la méthode ambulatoire, l'extension continue simple ou associée à la suspension.

I. CONTENTION SIMPLE. — Après réduction on immobilise avec des attelles, des gouttières ou des appareils solidifiables dont le plus employé est l'appareil plâtré.

Le type de l'appareil à attelles est le « Scultet » aujourd'hui démodé, mais capable dans des mains expérimentées de donner d'excellents résultats.

Les gouttières sont en principe détestables et ne conviennent ni au transport ni au traitement des fracturés.

Les appareils solidifiables sont à rejeter. Il est rare qu'ils s'opposent au retour des déformations que la réduction immédiate avait momentanément corrigées. La cuisse en effet ne possède pas de points d'appui osseux fixes, sur lesquels un tuteur plâtré puisse réellement s'appliquer. Cependant, cette méthode est de mise dans les cas où l'extension continue est particulièrement difficile, chez les vieillards, les enfants.

II. MÉTHODE AMBULATOIRE. — Elle vise à supprimer les risques de toutes sortes et notamment la congestion hypostatique qui guette les malades longtemps alités. Le type des appareils ambulatoires est l'appareil de Reclus ou le grand spica plâtré de Dollinger dont Dupuy de Frenelle et Judet ont étendu les indications.

L'appareil de Delbet est le modèle du genre. Son emploi a transformé le pronostic et le traitement des fractures de cuisse. La difficulté pourtant était grande de fixer un tel appareil, faute de points d'appui.

Delbet a reconnu que la saillie condylienne pouvait seule aider à l'application de cet appareil. Il garnit cette saillie d'un collier plâtré. Malheureusement ce collier est souvent mal toléré en raison de la fragilité des parties molles recouvrant les condyles. Les points d'appui secondaires sont la branche ischio-pubienne et le grand trochanter. Un système de ressort permet dans une certaine mesure l'extension continue. L'application de cet appareil est délicate. Elle comprend les temps suivants :

a. Confection et fixation d'un collier prenant point d'appui sur les bords postéro-supérieurs des condyles fémoraux;

b. Mise en place de l'appareil métallique, la tige antérieure nettement en dedans des vaisseaux;

c. Fixation des ailerons des tiges métalliques au collier condylien;

d. Mise en tension de l'appareil pour faire une réduction lente et progressive. Celle-ci doit durer de trois à six jours.

e. Blocage de l'appareil et lever du blessé.

Cet appareil n'est pas toujours applicable chez la femme, chez le vieillard, chez les sujets gros, pour qui l'extension continue, reprend tous ses droits.

III. EXTENSION CONTINUE. — L'appareillage des fractures de cuisse doit avoir pour principe directeur l'application de l'extension continue qui seule est capable de vaincre la résistance musculaire et d'assurer une réduction suffisante.

PROCÉDÉS DE TRACTION. — La traction s'exerce sur le fragment supérieur et sur le fragment inférieur.

Le meilleur point d'appui au niveau du *fragment supérieur* est la tubérosité ischiatique. Parmi les appareils qui l'utilisent, les uns ont recours à l'ischion du côté correspondant à la fracture, tels sont les appareils de *Thomas* et ses dérivés; les autres ont recours à l'ischion du côté sain, c'est le cas de l'attelle de *Patel* et de celle de *Picot*.

Il existe d'autres points d'appui secondaires : la branche ischio pubienne (attelle de *Thomas*), le versant externe de la crête iliaque (*appareil d'Alquier*).

Enfin, le bassin tout entier peut être utilisé s'il est immobilisé au préalable (attelle pelvi-crurale de *Patel* et de *Picot*, cadre d'*Antoine* et *Masmonteil*.

Mais aucun des points d'appui qu'offre le fragment supérieur n'est pleinement satisfaisant. Heureusement dans la pratique, ils ne sont pas indispensables. Cette traction, en effet, peut être réalisée par le simple poids du corps.

La traction sur le *fragment inférieur* peut s'exercer :

1° *Sur l'ensemble des parties molles superficielles.* — Elle se fait par l'intermédiaire de bandes adhésives. D'application rapide et facile, la méthode est malheureusement infidèle dans ses résultats et ne convient qu'aux cas où il n'est pas nécessaire d'appliquer une force très grande.

2° *Sur les saillies osseuses par l'intermédiaire des parties molles.* — Pied, genou, cuisse.

La bottine plâtrée d'*Hennequin*, la pantoufle d'*Ombrédanne*, la semelle et le patin de *Sinclair* utilisent comme point d'appui le dos du pied et la face postérieure du talon, les bords ou la plante du pied.

La cravate d'*Hennequin* se fixe sur la région du genou.

Tous ces appareils ont le tort d'agir par le double intermédiaire des articulations du cou-de-pied et du genou qui peuvent par la suite présenter de graves dislocations.

Seul le point condylien serait d'une utilisation rationnelle, mais la réalisation d'un appareil s'y adaptant est sans doute difficile, car les résultats ont toujours été médiocres (collier d'*Alquier*).

3° *Par prise directe et chirurgicale sur le squelette.* — L'idée en est relativement récente. *Codivilla* (de Bologne), transfixia le calcaneum en 1902 à l'aide d'un clou. *Finochetto* passa une lame métallique plus souple et moins traumatisante au-dessus du calcaneum et en avant du tendon d'Achille. Puis vinrent l'embrochage malléolaire préconisé par *Schiassi*, l'embrochage de l'extrémité supérieure du tibia par *Max Page* et *Bake*. Enfin en 1907, *Steimann* utilisa une broche d'acier transfixiant les condyles à laquelle il attacha un lac et des poids.

Walther, *Lenormant*, *Willems*, *Dupechez* et *Richard* modifièrent le procédé de *Steimann* qui dans son principe reste identique.

Les résultats sont manifestement bons. *Fresson* et *Toupet* sur 47 cas n'ont eu aucun incident à signaler.

La méthode a encore l'avantage de permettre l'application d'appareils à suspension. C'est là le procédé de choix.

La traction continue doit être lente et progressive; le contrôle radiographique est toujours désirable; les points d'appui doivent être surveillés avec le plus grand soin pour que leur tolérance soit toujours assurée.

APPAREILS PERMETTANT DE RÉALISER L'EXTENSION CONTINUE. — Ces appareils fort nombreux sont de trois modalités différentes :

1° *Extension simple sur le plan du lit.* — Les uns réalisent l'extension continue en rectitude. Le type de ces appareils est celui de *Tillaux*. Les autres réalisent l'extension en plaçant le membre inférieur en demi-flexion, tel l'appareil d'*Hennequin*.

L'appareil de *Tillaux* est d'application facile et permet l'abduction du membre. Il prédispose à la congestion hypostatique et favorise l'enraidissement articulaire.

L'appareil de *Hennequin* est préférable, car il permet au

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 82, p. 1331; n° 83, p. 1345, n° 84, p. 1366, et n° 85. p. 1381.

malade de s'asseoir. Son inconvénient principal réside dans son mode de traction qui peut nuire à l'intégrité de l'articulation du genou et du paquet vasculo-nerveux.

2° *Extension continue par appareils fixes reposant sur le plan du lit.* — Ces appareils se résument en un double plan incliné réalisant extension et contre-extension. On en distingue trois variétés :

a. Appareils fixes à contre-extension automatique (cadre de *Sencert*, attelle de *Hey Groves*).

b. Appareils fixes à contre-extension par éléments souples (Pouliguen).

c. Appareils fixes à contre-extension par éléments rigides. Ces derniers s'appuient sur la tubérosité ischiatique seule, ou, en plus, sur la branche ischio-pubienne, le grand trochanter, la fosse iliaque, ou sur l'ensemble du bassin. Ils exercent en principe l'extension en rectitude avec traction sur le pied, mais ils permettent également la traction, genou fléchi sur l'extrémité inférieure du fémur. Ils réalisent une véritable suspension du membre dans l'appareil lui-même.

3° *Extension continue combinée à la suspension au lit.* — Le membre fracturé et l'appareil ne reposent plus sur le plan du lit ; l'appareil est équilibré par les poids de façon à permettre au membre de rester dans la position où on l'a placé, tandis que la réduction est obtenue par l'extension continue qui reste à la base de la méthode.

Les avantages sont nombreux :

La position surélevée du membre favorise l'élimination des œdèmes ; la traction peut être orientée dans les directions les plus différentes, ce qui est utile dans les fractures à grands déplacements. Les pansements au lit sont rendus plus faciles ainsi que le contrôle radiographique. Il est toujours aisé de modifier la traction, la flexion ou l'extension, l'adduction ou l'abduction. Le seul inconvénient réside dans la complexité de l'appareil qui réclame une surveillance quotidienne.

ADAPTATION DE L'APPAREILLAGE AUX INDICATIONS CLINIQUES. — *L'état général* entre en ligne de compte quand il faut choisir l'appareil à employer. Est-il déficient? La lésion passe au second plan, l'appareil le plus simple est le meilleur.

L'âge joue un rôle également, et si l'adulte est justiciable des méthodes compliquées, il n'en est pas de même de l'enfant ni du vieillard.

Chez l'enfant nouveau-né on s'inspirera de la méthode de *Bossi* qui immobilise le membre dans la position fœtale. S'il existe un déplacement notable, on appliquera un appareil silicaté ou plâtré, des attelles de carton ou de tarlatane apprêtée. Il faudra surveiller tout spécialement les lésions cutanées.

Chez l'enfant plus grand et indocile, le grand plâtre en abduction qui immobilise le bassin est à recommander.

Chez le vieillard on pensera aux dangers de la congestion et l'on fixera son choix snr un appareil à suspension ou un appareil ambulatoire.

AU POINT DE VUE DES FORMES ANATOMO-CLINIQUES. — Les fractures de cuisse doivent être divisées en trois groupes, chacun réclamant une thérapeutique spéciale :

1° *Fractures de la partie moyenne du fémur.* — C'est pour ces fractures que l'ostéo-synthèse présente le minimum d'indication. Leur réduction est relativement facile surtout quand le trait de fracture est spiroïde ; quand il est transversal il persiste toujours un peu de chevauchement. On choisira entre l'appareil de *Delbet* et celui de *Hodgen.*

2° *Fractures sous-trochantériennes.* — On peut employer le grand plâtre de *Whitmann* ou l'appareil de *Delbet*. L'extension continue avec le cadre de *Masmonteil*, les attelles de *Patel* et de *Picot* ont les préférences du rapporteur.

3° *Fractures sus-condyliennes.* — Surtout fréquentes dans les blessures de guerre, ce sont des fractures graves avec complications immédiates du côté des parties molles et du paquet vasculo-nerveux, nécessitant une surveillance attentive. Pour ces raisons, il faut renoncer aux appareils plâtrés.

L'extension continue avec les dispositifs de *Tillaux* ou d'*Hennequin*, ceux de *Bardenheuer* ou de *Zuppinger* est insuffisante.

L'attelle de *Thomas* peut donner des résultats satisfaisants, mais l'appareil à plan incliné et articulé de *Judet* est excellent.

Adaptation de l'appareillage aux conditions spéciales du malade. — Il faut distinguer :

1° L'appareillage de transport;

2° L'appareillage de traitement simplifié dans les milieux dépourvus de ressources;

3° L'appareillage de traitement définitif dans les grands centres.

L'importance du premier appareil appliqué est capitale. Une mauvaise immobilisation initiale peut avoir pour conséquence l'embrochage des muscles, des vaisseaux et des nerfs, et assombrir d'emblée le pronostic. Les gouttières doivent être délaissées. Il faut choisir entre les appareils à contention faits de store en rouleaux et préconisés par *Jeanbrau*, et les appareils à extension continue dont trois variétées sont vraiment recommandables : appareil de *Pouliquen*, attelle de *Thomas-Lardennois*, cadre de *Bonnet*. Le rapporteur donne une description détaillée de tous ces appareils et leur mode d'application.

Il arrive fréquemment que le milieu auquel appartient le blessé est dépourvu de moyens perfectionnés ; c'est le cas dans la chirurgie de guerre et dans la pratique courante de la clientèle rurale. Deux appareils répondent parfaitement à ces conditions : l'attelle de *Thomas* et surtout l'appareil de *Pouliquen*. Celui-ci a pour lui le grand avantage de pouvoir être improvisé partout. Il faut cependant ne lui accorder que la valeur d'un procédé de fortune.

Dans les milieux mieux outillés, loin de la ligne de feu, ou dans les centres chirurgicaux, il faut user des appareils qui combinent l'extension continue à la suspension. Un contrôle radiographique permanent est absolument nécessaire.

(*A suivre.*) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 26 OCTOBRE 1925)

Sur l'existence de deux courants nerveux d'excitation dans le cœur. — M. J. ATHANASIU.

Sur l'origine de l'énergie permettant au « Bacterium coli » de se développer aux dépens du glucose. — M. E. AUBEL.

Contribution à l'étude de la composition du cerveau humain. — MM. L. LEMATTE et L. BEAUCHAMP. Les quantités des différents éléments minéraux des cerveaux d'adultes varient dans des limites assez restreintes : le phosphore est la dominante minérale du cerveau. L'âge modifie peu la composition du cerveau. Chez le vieillard, la quantité d'eau est diminuée. Pour 1.000 d'organe le cerveau du vieillard est plus riche en phosphore et en sodium.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 3 NOVEMBRE 1925)

Une nouvelle espèce d'amibe parasite de l'homme. — M. BRUMPT. Depuis longtemps les épidémiologistes cherchent à expliquer, par des hypothèses plus ou moins hardies, pour quelles raisons les amibes dysentériques, si bien tolérées dans certaines régions ou à peine 1 porteur, sur 150.000 ou 150.002, risque de présenter un syndrome dysentérique aigu, sont si mal tolérées dans d'autres pays où 1 porteur, sur 4 ou 10, a des chances de présenter un accès aigu de dysenterie amibienne.

Le professeur Brumpt, à la suite d'expériences poursuivies depuis plusieurs années à son laboratoire de la Faculté de médecine, explique les faits d'une manière très simple : à côté de la véritable amibe dysentérique, très rare dans nos régions, il en existe une autre à laquelle il donne le nom d'*Entamoeba dispar*, répandue chez environ 5 p. 100 des habitants de l'Angleterre, de la France et de diverses régions du globe. Cette

amibe, difficile à distinguer de l'amibe dysentérique par ses caractères morphologiques est facile à identifier par ses caractères biologiques, pathologiques, et sa répartition géographique. Elle ne semble pas pathogène pour l'homme.

Cette découverte rend nécessaire la revision complète des cas d'amibose attribués, certainement à tort, à l'*Entamoeba dysenteriæ*; elle montre, d'autre part, que la présence de kystes à quatre noyaux dans les selles d'un individu ne justifie pas toujours le pénible traitement antidysentérique à l'émétine.

Détermination du sens chromatique chez les employés de chemins de fer. — M. Schaff.

Lait déchloruré et résorption des œdèmes. — M. Carrayon.

Mécanisme de la transmission des maladies par les gouttelettes microbiennes. — M. Trillat.

Comité secret. — A l'unanimité, l'Académie de médecine réélit M. Achard secrétaire général pour une période de cinq ans.

— L'Académie discute ensuite le rapport de M. Sieur sur la réforme du règlement; puis elle entend les rapports : de M. Mauclaire sur les candidatures dans la 2e section (chirurgie et accouchements); de M. Labbé, sur les prix Bourceret et Desportes; de M. Guillain, sur le prix Herpin (de Genève), et de M. Delbet, sur le prix Marc Sée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 21 octobre 1925)

Luxation de la hanche et fracture cotyloïdienne. — M. Lecène fait un rapport sur une observation de M. Papin (de Bordeaux). Il s'agit d'un homme de quarante-cinq ans qui fut renversé par un tramway et qui présenta tous les signes d'une luxation de la hanche, absolument irréductible. M. Papin intervint alors par la voie antérieure et s'appliqua à débarrasser la cavité cotyloïde de quelques débris osseux, à l'aide d'une rugine. M. Lecène regrette qu'au lieu de rugine M. Papin ne se soit pas servi du levier à long manche de Lambotte. Peut-être aurait-il réussi alors à extraire le fragment osseux extra-cotyloïdien qui s'opposait à la réduction et à replacer la tête fémorale dans la cavité cotyloïde, ce à quoi il n'a pu parvenir. Une radiographie, qui aurait dû être faite avant la première tentative de réduction, montra l'existence d'une fracture du col : quinze jours après cette seconde tentative infructueuse, M. Papin se décida à pratiquer la résection de la tête fémorale. Le malade sept mois après marchait à peu près.

M. le rapporteur approuve M. Papin d'avoir eu recours à la résection, mais il regrette qu'il ne se soit pas muni de l'instrumentation nécessaire et qu'il n'ait pas eu recours à la radiographie avant la première tentative de réduction.

M. Alglave a observé un cas analogue de luxation à la hanche avec fracture de la tête humérale qu'il a également traitée par la résection avec un résultat passable.

Rétraction de Volkmann. — M. Mouchet fait un rapport sur une communication de M. Jorge (de Buenos-Ayres). L'auteur étudie la pathogénie et le traitement. Au point de vue pathogénique, il insiste sur le rôle important du sympathique et des anastomoses artérielles. Quant au traitement, il insiste sur l'emploi des moyens physiques, de l'aponévrotomie des fléchisseurs, la résection diaphysaire des deux os et même de la résection du carpe. M. Mouchet fait des réserves au sujet de ce dernier moyen.

La pylorectomie. — M. Basset fait un rapport sur un travail de M. Courty (de Lille) qui communique l'observation d'un homme de cinquante et un ans, ayant un passé gastrique et qui fut pris brusquement de violentes douleurs avec contraction abdominale, ventre en bois, température de 36,3 et pouls à 70. Pensant à l'existence d'un ulcère perforé juxta-pylorique, M. Courty, sept heures après l'entrée de ce malade à l'hôpital, intervint et pratiqua une pylorectomie avec gastro-entérostomie postérieure. Guérison.

A ce sujet, M. Basset rappelle avoir communiqué, il y a quatre ans, un fait semblable, pylorectomie avec gastro-entérostomie dans un cas d'ulcère perforé de l'estomac avec guérison. D'après une statistique relevée par M. Basset la pylorectomie, dans ces cas, donnerait 84 p. 100 de guérisons. C'est là évidemment un très beau résultat qui doit encourager les chirurgiens à recourir plus souvent à cette intervention,

Périduodénite sténosante congénitale des jeunes enfants. — M. Duval, aux faits apportés, dans la dernière séance, par M. Basset vient ajouter de nouveaux documents. Il communique une l'observation de M. Lesage relative à un enfant âgé de cinq ou six mois, qui vomissait depuis sa naissance, qui s'amaigrit, se cachectisa et succomba. A l'autopsie, on trouva une périduodénite congénitale sténosante avec bride étranglant la troisième portion du duodénum.

Cette observation doit être jointe à cinq autres qui ont été ou non opérés par MM. Duval et Basset.

M. Duval présente les radiographies de ces malades et montre la bride sur le duodénum, bride qu'il suffit de couper pour sauver ces enfants.

Adhérences simulant un cancer du pylore. — M. Grégoire rapporte l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui souffrait de l'estomac et présentait tous les signes d'un cancer du pylore... M. Grégoire intervint et se trouva en présence, non d'un cancer, mais d'un magma d'adhérences qu'il suffit de libérer pour amener une guérison rapide.

M. Picot rapproche de ce fait celui d'une femme de trente-cinq ans, présentant un syndrome douloureux hépatique, avec vomissements et même hématémèses. A l'intervention M. Picot trouva une bride partant de la partie inférieure de la vésicule biliaire, partant devant le duodénum pour aboutir au bord inférieur du foie, bride certainement congénitale. Section de la bride, cholecystectomie. M. Picot a aussi opéré une jeune fille d'appendicite qui présentait une bride descendant du foie, croisant le côlon transverse et aboutissant au cæcum.

M. Grégoire fait observer que ces brides congénitales sont très rares chez les filles. Sur 29 observations, il n'a relevé que trois filles.

M. Ombrédanne fait observer que ces faits sont d'un diagnostic difficile. Il rapporte une observation qu'il a recueillie avec M. Appert et dans laquelle il s'agissait d'une bride verticale.

M. Veau engage M. Duval à refaire sa communication à la Société de pédiatrie. Ce sont surtout les médecins qu'il faut instruire de ces faits, afin qu'ils adressent plus tôt leurs malades aux chirurgiens. M. Veau préfère recourir à la pylorectomie plus tôt qu'à la gastro-entérostomie qu'il considère comme une mauvaise opération chez les nourrissons.

M. Duval répond à ses collègues.

La laminectomie chez les enfants atteints d'incontinence d'urine et portant une fissure de la première sacrée. — M. Bréchot appelle l'attention sur ces faits et a eu recours cinq fois à la laminectomie chez ces enfants et a obtenu une guérison et cinq améliorations de l'incontinence d'urine concomitante avec la lésion vertébrale.

M. Ombrédanne fait connaître les résultats de ses observations relatives aux résultats de la laminectomie dans les cas de spina bifida. Il n'a jamais pratiqué cette opération dans le but de corriger l'incontinence d'urine.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 17 octobre 1925)

La cholestérinémie de la grossesse chez les femmes tuberculeuses. — MM. Salomon et de Potter ont constaté que l'hypercholestérinémie, qui se montre au cours de la grossesse normale, apparaît également chez les femmes tuberculeuses enceintes. Ils croient que le dosage de la cholestérine du sang peut fournir, dans une certaine mesure, des données pronostiques au cours de la grossesse chez les femmes tuberculeuses, mais ces indications sont trop inconstantes pour

qu'on puisse leur accorder une grande valeur. Par contre, après l'accouchement, l'étude de la cholestérinémie donne des renseignements plus intéressants : l'existence d'une hypocholestérinémie marquée, coïncidant presque toujours avec un processus évolutif très actif, devient un élément important d'aggravation du pronostic.

Enregistrement des bruits du cœur et des pulsations par un nouveau procédé optique. — M. Barry. Par ce système, le temps perdu, si appréciable avec la méthode des tambours à levier, est réduit au minimum, et la sensibilité, accrue au maximum.

« Talage » du canal déférent. — M. Retterer. Sur les testicules de taureaux dont on a, antérieurement aplati le canal déférent par l'opération du talage, il y a, non atrophie, comme le disent les classiques, mais déviation évolutive, avec transformation de l'épithélium en tissu conjonctif, sans grosses oblitérations vasculaires.

Sur les rapports de la cholestérinémie et de la tension artérielle chez les tuberculeux. — MM. Salomon et de Potter étudiant comparativement la cholestérinémie et la tension artérielle chez cinquante tuberculeux ont trouvé que la tension était en général faible, et sans rapport avec la teneur du sang en cholestérine. Au cours de la grossesse ou après l'accouchement, chez les femmes atteintes de tuberculose non évolutive, on peut même observer une cholestérinémie élevée, sans que la tension artérielle augmente.

Régulation du pH. — M. Bohn insiste sur deux facteurs qui n'avaient pas encore attiré l'attention : forme du vase et épaisseur de la couche d'eau.

Augmentation de l'action anesthésique de la cocaïne sous l'influence de l'alcalinisation. — MM. Régnier et David (présentés par M. Tiffeneau). Des essais comparatifs effectués avec des solutions de cocaïne libre dont la tension superficielle a été abaissée par addition d'alcool octylique montrent que l'augmentation du pouvoir anesthésique par alcalinisation n'est pas due aux modifications de la tension superficielle.

Présentation d'ouvrage. — M. Faure-Fremiet fait hommage à la Société de biologie d'un ouvrage intitulé : *La cinétique du développement* (1).

Les premiers chapitres de ce livre sont consacrés à l'étude du degré de complexité du système cellulaire, des modifications de ce système au cours de son accroissement et de sa division, et des transformations d'énergie dont il est le siège pendant une série de divisions successives (augmentation de l'œuf, par exemple).

La forme cyclique de l'accroissement des organismes est examinée ensuite et comparée avec les résultats que donne la culture des infusoires et la culture des tissu in vitro; ceci permet de préciser l'importance de la notion de vitesses et particulièrement de vitesses discordantes dans le mécanisme du développement d'un système organisé complexe.

Appartenant à une collection d'ouvrages de mise au point, ce volume est avant tout une revue bibliographique, dont les index groupent plus de 1.200 références.

Action du poumon sur la coagulabilité du sang. — MM. Roger et Binet. Le sang du cœur droit coagulant plus vite que le sang du cœur gauche, mais les différences étant légères, les auteurs ont eu l'idée, pour les rendre plus nettes, de diminuer la coagulabilité sanguine en injectant à des chiens, par voie intraveineuse, des doses peu élevées de peptone. Ils sont amenés à conclure que la diminution de la coagulabilité ainsi provoquée est plus marquée après qu'avant la traversée pulmonaire. Le poumon exerce donc une action anticoagulante.

(1) Publié dans la collection de monographie « Les problèmes biologiques ». — Paris, Presses universitaires de France.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

A PROPOS DU PROJET DE CRÉATION D'UN DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

La menace qui se dessinait contre le doctorat en médecine se précise.

La Commission créée au ministère de l'Instruction publique en vue de l'amélioration des études dentaires paraît devoir proposer et défendre l'institution d'un doctorat spécial.

Il semble même qu'elle veuille aller plus loin en prônant l'institution de doctorats dans toutes les spécialités.

Le cri d'alarme poussé par les stomatologistes doit faire réfléchir tous les docteurs en médecine. Il faut que tous les syndicats qui vont être consultés à ce sujet par l'Union des syndicats étudient très sérieusement la question et fassent nettement connaître leur opinion.

Les médecins ne peuvent admettre qu'une Commission, constituée pour améliorer le programme d'un enseignement spécial, sorte de ses attributions pour bouleverser l'enseignement supérieur tout entier.

Confrères, ne laissez pas diminuer le doctorat en médecine.

L. G.

SYNDICAT DES CHIRURGIENS FRANÇAIS

La première assemblée générale du Syndicat des chirurgiens français a eu lieu à Paris, les 8 et 9 octobre courant.

Cet important groupement professionnel, réunissant à l'heure actuelle 380 chirurgiens, a étudié au cours de cette assemblée générale les questions suivantes, inscrites à l'ordre du jour :

1° « De l'admission des malades payants, en particulier des futurs bénéficiaires des assurances sociales dans les hôpitaux de l'Association générale de l'Assistance publique à Paris. » (Rapporteur : docteur Descomps.)

2° « De l'admission des malades payants dans les hôpitaux de province, et en particulier des futurs bénéficiaires des assurances sociales. » (Rapporteur : docteur Lapeyre.)

3° « De l'exercice de la chirurgie en ce qui concerne les bénéficiaires des assurances sociales en Alsace. » (Rapporteur : professeur Stolz.)

4° « Le fisc et les maisons de santé. » (Rapporteur : docteur Viannay.)

Au cours de la première séance le Conseil d'administration a été élu pour trois ans, conformément aux statuts.

Il est composé de MM. les docteurs Lenormant (de Paris), Delagenière (du Mans), Jeanbrau (de Montpellier), Rénon (de Niort), Deniker, Iselin et Baumgartner (de Paris), Cotte (de Lyon), Guyot (de Bordeaux), Huguier (de Paris), Imbert (de Marseille), Lambret (de Lille), Lecène (du Havre), Leclerc (de Dijon), Lemarchal (de Laon), Leriche (de Strasbourg), J. Petit (de Rouen), Prat (de Nice), Saiget (de Lorient), Viannay (de Saint-Etienne).

Le bureau a été constitué de la façon suivante : président, docteur Lenormant; vice-présidents : docteurs Delagenière et Jeanbrau; secrétaire général, docteur Rénon; secrétaire général adjoint, docteur Deniker; trésorier, docteur Iselin.

MM. Bérard (de Lyon), Kleinknecht (de Mulhouse), Lapeyre (de Montpellier), Lejars et Léo (de Paris) et Silhol (de Marseille) ont été élus membres du Conseil de famille.

Les résolutions suivantes relatives aux deux grandes questions à l'ordre du jour ont été votées :

Assurances sociales. — Le Syndicat des chirurgiens français réuni en assemblée générale le 8 octobre 1925,

Donne mandat à son Conseil d'administration de poursuivre l'étude de l'hospitalisation des malades payants dans les hôpitaux, en prenant pour base les principes suivants :

1° Respect absolu du secret professionnel;

2° Droit du malade de choisir son chirurgien;

3° Légitimité de la demande d'honoraires pour tout malade payant;

4° Fixation des prix d'entretien du malade dans les hôpitaux sur des bases réelles;

5° Nécessité des garanties techniques pour le recrutement des chirurgiens hospitaliers;

6° Entente entre les syndicats médicaux et les caisses pour la fixation des tarifs.

Impôts sur les maisons de santé. — Le Syndicat des chirurgiens français réuni en assemblée générale :

« 1° Proteste contre la prétention du fisc de vouloir imposer au chiffre d'affaires et aux bénéfices commerciaux et industriels les honoraires perçus par les chirurgiens dans leur maison de santé pour acte médical.

Il estime que le caractère libéral de la profession médicale exclut toute assimilation avec les professions commerciales et que les actes, même hospitaliers, des chirurgiens qui opèrent dans une clinique leur appartenant, ont principalement pour but les soins à donner à leurs malades et ne peuvent être soumis à la double imposition.

2° Emet le vœu que soit modifié l'article 9 de la loi de finances du 13 juillet 1925, érigeant en principe l'arbitraire le plus absolu et livrant le contribuable à la discrétion du contrôleur, sans la garantie d'aucun jury d'équité.

Se réservant, si satisfaction n'est pas donnée, de refuser dorénavant les lourdes charges acceptées jusqu'ici au bénéfice de la collectivité sociale.

3° Confie à la Commission du fisc le soin d'organiser sur ces bases la défense de ses intérêts. »

— Le compte rendu de cette assemblée générale sera publié dans le prochain numéro du *Bulletin du Syndicat des chirurgiens français*.

COURS ET CONFÉRENCES

Cours de la Faculté de médecine de Paris. — Cours de stomatologie. — M. le docteur Léon Frey, chargé de cours, a commencé le cours de stomatologie le mardi 3 novembre 1925, à 14 h. 1/2 (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Ce cours comportera quinze leçons d'une heure et demie. Les séances de travaux pratiques auront lieu à des dates qui seront ultérieurement fixées.

Objet du cours : Pathologie dentaire.

— Conférences de pathologie médicale. — M. le docteur Noël Fiessinger, agrégé, a commencé ses leçons de pathologie médicale le jeudi 5 novembre 1925, à 18 heures (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

Ce cours est plus spécialement réservé aux étudiants de 3e et 4e années d'études.

Programme du cours : Maladies du cœur, des artères, des organes hématopoiétiques et du sang.

— Cours de clinique chirurgicale. — M. le professeur Henri Hartmann commencera son cours de clinique chirurgicale le samedi 7 novembre 1925, à 10 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Mardi, 10 heures : Examen clinique et présentation de malades à l'amphithéâtre.

Samedi, 10 heures : Leçon à l'amphithéâtre.

Jeudi, 10 heures : Travaux de laboratoire, sous la direction de M. Renaud, médecin des hôpitaux.

Lundi et vendredi, 9 heures : Opérations.

Du lundi 9 novembre au samedi 19 décembre, tous les matins, à 8 h. 1/2 : Cours de sémiologie élémentaire et de petite chirurgie, par MM. Okinczyc, agrégé; Bergeret, chirurgien des hôpitaux; Boppe et Welti, prosecteurs; Brouet, aide d'anatomie; Huet, chef de clinique; Metzger et Dubois-Roquebert, chefs de clinique adjoints.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.



CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 7 novembre. — Questions données : « Signes et complications du rétrécissement mitral pur. — Causes, signes et diagnostic du phlegmon périnéphrétique. »

MM. Ganem, 24; Lafitte, 19; Mlle Lequin, 25; MM. Barthes, 20; Vanier, 19; Hureze, 22; Troncin, 26; Rivoire, 20; Ferrand, 13; Stéhelin, 24.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — M. le docteur Denis a été nommé médecin résidant de l'hospice général de Pellegrin.

— Rouen. — La date d'ouverture du concours pour la nomination d'un chirurgien adjoint est reportée au jeudi 14 janvier 1926.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Rouen. — Un concours pour une place de chef de clinique médicale à l'Ecole de médecine de Rouen aura lieu le 10 janvier 1926, à l'Hôtel-Dieu.

Les candidats à cet emploi doivent s'inscrire au secrétariat de l'Ecole avant le 25 décembre.

LÉGION D'HONNEUR. — Ministère de la Guerre. — (Réserve.) Sont promus :

Au grade d'officier. — MM. Haller, Brodier (H.), Ardilleux, Peyroux, Robineau, Demain, Schneider (Jean).

Au grade de chevalier. — MM. Cathala (R.-J.), Cahuzac, Jumelais, Schaefer (André), Dotezac, Dasque, Maurette, Hanus, Querneau, Monod (René), Belgrand, Collon, Bonneau, Cazalis, Moyzes, Diemer, Bloch (Maurice), Escluse, Moris, Brunschwig, Lalande, Coignerai, Besserve, Jourdan, Favrot, Renard, Breavoine, Spiral, Ribis, Raynaud, Michel (Louis-A.-P.), David (Charles), Fontaine, Gendron, Martingay.

— Tableau supplémentaire de concours pour la Légion d'honneur :

(Réserve.) Sont inscrits :

Pour le grade de chevalier. — MM. les docteurs Richard, 15e C. A.; Joly, G. M. P.; Charlet, 15e C. A.

PRÉFECTURE DE LA SEINE. — Un concours pour huit places d'interne titulaire en pharmacie des asiles d'aliénés de la Seine et de l'hospice départemental Paul Brousse, à Villejuif, et la désignation d'internes provisoires, s'ouvrira à Paris le lundi 11 janvier 1926. Le nombre de places mises au concours pourra, si besoin est, être augmenté avant la clôture des opérations.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (service de l'Assistance départementale, 3e bureau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, porte 447), tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 h. à 12 h., et de 14 h. à 17 h., du 14 au 26 décembre 1915.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins l'Administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

Les candidats reçus entreront en fonctions le 1er février 1925.

COMITÉ NATIONAL DE DÉFENSE CONTRE LA TUBERCULOSE. — La date du concours sur titres en vue du recrutement d'un médecin spécialisé pour l'une des quatre circonscriptions des dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse du Finistère, annoncée pour la première

semaine de novembre, a été reportée à la dernière semaine du même mois.

Les déclarations de candidatures pourront, en conséquence, être reçues jusqu'au 20 novembre, dernier délai.

VACANCE DE POSTE DE DIRECTEUR DU BUREAU D'HYGIÈNE. — Le poste du Mont-Dore est déclaré vacant. Un délai de vingt jours est accordé pour s'inscrire au ministère de l'Hygiène, direction de l'Assistance et Hygiène publique, 6e bureau. (*J. O.*, 8 nov. 1925.)

FONDATION BERGONIÉ. — Pour rendre un pieux hommage au grand savant, victime de son dévouement à la science, dont la mort héroïque a excité l'admiration universelle, les amis et les élèves du professeur Bergonié ont résolu d'honorer sa mémoire par une manifestation nationale.

A cet effet, en vue de perpétuer le souvenir de son œuvre scientifique et philanthropique, ils ont décidé la création d'une Fondation Bergonié à laquelle M. le Président de la République a bien voulu accorder son haut patronage.

La Fondation Bergonié a pour but principal l'institution à Bordeaux d'un laboratoire de recherches scientifiques concernant l'électricité et les radiations, et, si les ressources le permettent, le fonctionnement d'une caisse destinée à encourager les travailleurs spécialisés ainsi que d'un fonds de secours pour venir éventuellement en aide aux radiologues victimes des rayons X et du radium.

Le comité d'honneur comprend les noms des anciens présidents de la République, des Présidents du Sénat et de la Chambre, du président du Conseil, du maréchal Foch, du maréchal Pétain, des membres de l'Institut et de l'Académie de médecine.

Le comité d'action placé sous la présidence d'honneur de M. Paul Strauss, sénateur de la Seine, ancien ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et sous la présidence effective de M. le professeur d'Arsonval, membre de l'Institut, fait un pressant appel aux admirateurs de Bergonié et aux amis de la Science pour réaliser l'œuvre projetée et la rendre digne du grand savant dont elle perpétuera le souvenir.

Les souscriptions sont reçues chez le trésorier, M. le docteur de Rothschild, 6, rue Saint-Philippe-du-Roule.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CONFÉRENCES DE PATHOLOGIE MÉDICALE. — M. le docteur P. Abrami, agrégé, a commencé ses leçons de pathologie interne le lundi 9 novembre 1925, à 18 heures (petit amphithéâtre, et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Objet du cours : Maladies infectieuses, microbiennes et parasitaires.

— COURS DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE CHEZ L'ADULTE. — M. Mauclaire, agrégé, chargé de cours, commencera ce cours le vendredi 13 novembre, à 17 heures, amphithéâtre Vulpian, et il le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure.

Programme du cours : Vingt-cinq leçons théoriques faites à la Faculté sur les difformités orthopédiques, les appareillages, les prothèses, les rééducations fonctionnelles et professionnelles pour les accidentés du travail, les mutilés de la guerre et les infirmes adultes.

Leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié les deuxième et quatrième mardis du mois, à 9 h. 3/4. Le sujet de ces leçons sera annoncé d'avance. Présentation de malades, de radiographies et opérations orthopédiques tous les samedis. Cours de revision en juin.

MALADIES DES YEUX. — M. le docteur A. Cantonnet, ophtalmologiste des hôpitaux, assisté des docteurs Joltrois et Fombeure, fera le samedi 14 novembre 1925, les mardis, jeudis et samedis suivants, à 13 1/2, à l'hôpital Cochin, une série de neuf conférences d'ophtalmologie pratique pour les non-spécialistes.

Présentation de malades. Projections.

Conférences gratuites. S'inscrire à l'avance à Cochin, directement ou par lettre.

Semblables séries en février et en juin 1926.

Tous les jours, à 9 heures : Présentation d'affections oculaires courantes.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LES MASSEURS PEUVENT-ILS ÊTRE RÉMUNÉRÉS AU TITRE DE L'ARTICLE 64.

M. Escoulent, député, a signalé à M. le ministre des pensions que plusieurs maîtres de bains ou masseurs ont donné leurs soins à des mutilés ou réformés de guerre sur des bons d'ordonnance de carnet médicaux délivrés par des docteurs, qu'ils n'ont pas été payés par ces derniers et se sont alors adressés à la commission supérieure de surveillance ; que celle-ci, malgré l'avis favorable de la commission départementale, a refusé de payer, se basant sur le fait que les lois et décrets régissant la matière ne l'autorisent pas ; qu'il s'ensuit que les bénéficiaires des soins gratuits sont appelés à payer eux-mêmes, et demande : 1° si la loi régissant la matière interdit le bénéfice des soins gratuits pour les services des masseurs ou maîtres de bains en dehors des établissements hospitaliers ; 2° si, pour éviter très souvent l'hospitalisation, onéreuse aux deux parties, les soins des masseurs ou maîtres de bains peuvent être donnés en dehors d'un établissement hospitalier et s'il n'y aurait pas lieu, pour éviter tout abus ou malentendu, de décider qu'à l'avenir les maîtres de bains ou masseurs seront payés au même titre et dans les mêmes conditions que les pharmaciens. (*Question du 3 novembre 1925.*)

Le ministre a fait la réponse suivante :

« 1° Par l'article 64 de la loi du 31 mars 1919 et par le décret du 25 octobre 1922, c'est aux médecins que les mutilés sont expressément confiés pour les soins dont ils peuvent avoir besoin, à telle enseigne que les textes autorisent les médecins seuls à présenter des notes d'honoraires. Il s'ensuit donc que, seules les séances de massages pratiquées par des spécialistes kinésithérapeutes peuvent être rémunérées au titre de l'article 64 ; 2° la question de savoir si les bains médicamenteux peuvent être prescrits au titre de l'article 64 et comment ces bains pourront être éventuellement fournis est actuellement soumise à l'examen de la commission supérieure de surveillance et de contrôle. » (*J. O.*, 6 novembre 1925).

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 9 AU 14 NOVEMBRE 1925)

THESES

Lundi 9 novembre. — Jury : MM. Roger, président ; Couvelaire, Binet et Le Lorier. — M. DELPEYROU (J.). Contribution à l'étude clinique de l'évolution utérine puerpérale. — M. THUILLANT. Etude exploratrice sur les anesthésiquss.

Jeudi 12 novembre. — Jury : MM. Achard, président ; Gilbert, Carnot et Claude. — M. MALFUSON (P.). Le milieu buccal et son équilibre biologique. — M. GALLAIS (G.). Le paludisme en France. — M. FUCHS (S.). Les abus du sport. — M. LECLERC. Etude sur les multiples indications du para-amino-benzoate de butyle normal (scuroforme). — M. CENAC (M.). De certains langages créés par des aliénés.

SCORBUT FÉBRILE DE L'ADULTE AVEC SUBICTÈRE

PAR

MM. H. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX et POINSO
(de Marseille).

Si le scorbut infantile (maladie de Barlow) se rencontre de temps en temps, le scorbut de l'adulte est au contraire une rareté clinique. Pendant la guerre, en dehors de nombreux cas survenus dans les pays soumis au blocus ou dans certaines nations qui ont plus particulièrement souffert, Russie, etc. (Thèse Tsakiroglou, Lyon 1922), il a été observé en France de petites épidémies, par exemple dans les camps de prisonniers, en particulier celles étudiées par Harvier (1) et par A. Benoît (2). Signalons encore l'épidémie observée, en Serbie, à l'armée d'Orient chez des Sénégalais, par Tournay (3).

Les conditions d'après-guerre, avec l'augmentation du coût de la vie, ont créé des classes de nouveaux pauvres, petits bourgeois ou petits retraités, aux ressources plus que modestes, qui ont dû réduire leur alimentation et ont été obligés à être peu difficiles sur sa qualité. Il n'est donc pas étonnant que quelques auteurs aient observé des cas isolés de scorbut : Labbé, Haguenau et Nepveux (4) chez un ancien officier, Fiessinger (5) chez un petit commerçant, Œttinger (6) chez un avocat et deux autres malades.

Mouriquand, Michel et Cons (7), Caïn, Hillemant et Perrial (8) en ont relaté des cas d'étiologie plus spéciale chez des dyspeptiques qui s'étaient soumis à des régimes trop carencés.

Nous venons d'observer un fait typique chez un miséreux épileptique dont l'observation (9) présente un certain intérêt à cause de la coexistence de subictère et de la contribution que le cas apporte aux rapports du foie et du scorbut, actuellement à l'ordre du jour.

Doud... (Marius), âgé de trente-cinq ans, est un miséreux sans profession bien déterminée qui vient à la consultation de la Clinique neurologique pour faiblesse générale et crises anciennes d'épilepsie.

Son histoire est d'autant plus intéressante qu'il est venu nous trouver, le 8 juin 1925, pour une toute autre affection que l'état qui nous a frappé.

Les *crises comitiales* dont il se plaint ne nous retiendront pas longtemps, étant assez classiques : début à l'âge de seize ans, répétition irrégulière (trois à quatre par an) avec parfois des intervalles de trois et quatre ans, chutes avec cicatrices de traumatisme. La dernière crise remonterait à un mois environ.

Nous avons eu l'occasion, durant les quatre mois où nous avons suivi ce malade, de noter à l'hôpital trois crises épileptiques.

Doud... se plaint, en outre, depuis environ une semaine d'une grande asthénie qui l'a obligé à interrompre son... travail et à se réfugier dans un asile de nuit d'où il nous est amené.

Il marche avec peine, est assez hébété, les réponses se font par monosyllabes avec une certaine difficulté, et quand on lui prend la température on constate qu'il a 39 degrés.

L'état général est mauvais. Le teint est terreux, les conjonctives sont subictériques.

Dès qu'on découvre le malade on est frappé par la présence sur tout le corps, en particulier sur les membres, de nombreux taches ou placards hémorragiques, et par du subictère.

Le membre supérieur droit, sur la face antérieure et interne de l'avant-bras, est envahi dans sa totalité par un *œdème dur et violacé* sur lequel on ne détermine pas de godet d'empreinte. On distingue quelques taches purpuriques sur la face dorsale des mains, légèrement surélevées, de la largeur d'une grosse lentille.

Les membres inférieurs sont piquetés, couverts de *taches hémorragiques.* Le *membre inférieur droit* est semé de taches purpuriques, très rapprochées les unes des autres, qui remontent jusqu'à la racine de la cuisse; la teinte de ces taches, suivant qu'elles sont récentes ou anciennes, varie du rouge violet au jaune brun, leur diamètre est variable également : pointillé ici (purpura pilaire), ecchymoses là. Les téguments ne sont ni infiltrés, ni œdématiés. Le *membre inférieur gauche* est le siège d'un assez volumineux œdème ecchymotique; sa forme générale est conique; une large ecchymose couvre la face antérieure et externe de la cuisse; la peau est dure, sans godet, à son niveau. De multiples taches purpuriques s'étendent sur toute la surface du membre qui est infiltré, durci par l'œdème, leur teinte est analogue à celle que nous avons déjà décrite; leurs dimensions varient de celle d'une pièce de 0 fr. 50 à un grain de mil.

L'abdomen et le tronc présentent quelques rares pétéchies: on n'en observe pas à la face qui est plutôt d'une pâleur terreuse.

Les téguments du tronc et ceux des membres présentent une *teinte nettement subictérique.*

Mais le fait le plus curieux est la constatation, quand nous faisons ouvrir la bouche au malade, de *deux tumeurs rouges*, mollasses, fongueuses, saignotantes, qui se trouvent chacune *à la face interne du rebord alvéolaire du maxillaire supérieur.* Elles sont à peu près symétriques. Elles recouvrent presque toute la voûte palatine, si l'on en excepte un sillon médian de la largeur du petit doigt où la muqueuse est normale. La muqueuse gingivo-labiale et gingivo-jugale est également atteinte; elle est rouge, ulcérée, saignante; les gencives sont couvertes par des masses fongueuses, hémorragiques plus particulièrement accusées au niveau des dents cariées; ces signes sont moins marqués à gauche. Les gencives du rebord alvéolaire inférieur sont moins atteintes; on y distingue cependant des taches hémorragiques ulcérées.

Le malade aurait eu quelques épistaxis.

Notons la formule sanguine : globules rouges, 3.220.000; globules blancs, 9.250 qui se répartissent de la façon suivante, lympho, 25; grands monos, 9,5; poly neutrophiles, 58,5; éosinophile, 1; labrocyte, 1; cellule indifférenciée, 1; myélocyte basophile, 1.

La coagulation du sang sur lame, prélevé dans la veine, est de trois minutes trente secondes et au lobule de quatre minutes quinze secondes; le temps de saignement au lobule est de trois minutes trente secondes.

L'examen de la plupart des appareils est négatif; le foie est plutôt petit, la rate nettement augmentée de volume. Il n'existe aucun point douloureux abdominal; il n'y a pas d'hémorragies digestives.

Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine, ni pigments, ni sels biliaires. Urée, 19,75 par litre; chlorures, 8,40.

Les poumons sont normaux. Le cœur est légèrement arythmique et ses bruits sont un peu sourds. Il n'y a aucun trouble moteur ni sensitif. Les réflexes sont vifs. Les pupilles égales et contractiles.

Le liquide céphalo-rachidien est normal. Tension au Claude plutôt basse, 10 en position couchée; albumine, 0,20; leuco-

(1) HARVIER. *Paris méd*., 1917, p. 394.
(2) A. BENOIT. Une épidémie de scorbut, *Paris méd.*, 1919, p. 469.
(3) TOURNAY. *Th. de Paris*, 1920.
(4) LABBÉ, HAGUENAU et NEPVEUX. Un cas de scorbut grave contracté à Paris, *Soc. méd. des hôpit.*, 23 juillet 1920, in *Bull.*, p. 1094.
(5) FIESSINGER. Scorbut de l'adulte, *Journ. des prat.*, 15 oct. 1921.
(6) ŒTTINGER. In *Thèse* Castille, Paris 1920.
(7) MOURIQUAND, MICHEL et CONS. Scorbut avec œdèmes chez un adulte longtemps soumis au régime carencé des dyspeptiques, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, in *Lyon méd*, 25 mai 1922.
(8) CAÏN, HILLEMANT et PERRIAL. Scorbut et insuffisance hépatique, *Revue de méd*, 1924, n° 1, p. 36-46.
(9) Ce malade a été présenté au *Comité méd. des Bouches-du-Rhône* le 26 juin 1925.

cytes, 0,4 à la cellule de Nageotte. Bordet-Wassermann du sang négatif.

Une *biopsie* pratiquée sur les masses gingivales fongueuses donne les résultats suivants (docteur Rouslacroix) :

1° Revêtement épithélial pavimenteux stratifié, type des muqueuses, dont le corps de Malpighi en hyperacanthose envoie dans le derme sous-jacent de nombreuses proliférations, sans désorientation cellulaire.

2° Au-dessous, derme sous-muqueux fibro-conjonctif lâche, très riche en vaisseaux et capillaires. Un grand nombre de ceux-ci sont entourés d'un manchon lymphoplasmocytaire avec très nombreuses cellules migratrices chargées de pigment ocre d'origine hématique. Absence de myéloplastes (1).

Le malade a continué à présenter de la fièvre pendant une dizaine de jours, fièvre qui s'est progressivement atténuée. L'état de prostration léger a rapidement diminué. Les hémorragies sous-cutanées et l'œdème qu'elles avaient provoqué aux membres supérieur droit et inférieur gauche ont disparu. Ajoutons que le 20 juillet (plus d'un mois et demi après le début) alors que le malade paraissait complètement guéri, nous avons découvert fortuitement une nouvelle poussée de taches purpuriques sur les membres inférieurs.

Le subictère conjonctival s'est atténué après plusieurs semaines, quoique persistant encore alors que le subictère cutané avait disparu en une quinzaine.

Nous avons assisté à la résorption progressive des masses bourgeonnantes scorbutiques. Les bourrelets ont rapidement perdu leur rougeur sanguinolente, se sont flétris ; leurs exulcérations se sont cicatrisées. En moins de quinze jours la muqueuse gingivo-buccale avait repris son aspect à peu près normal.

Dès son entrée le malade avait été mis au régime suivant : lait, bouillon de légumes, fruits, légumes frais, jus de citron (un à deux citrons par jour). On lui administre du chlorure de calcium : 3 à 4 grammes par jour.

En présence d'un tel tableau, on ne peut discuter qu'un petit nombre de diagnostics, n'envisager qu'un petit nombre d'affections et en particulier d'infections hémorragiques.

Une *fièvre typhoïde anormale* avec pétéchies et ecchymoses multiples, sans grandes hémorragies des muqueuses, était peu probable ; les hémocultures négatives en bouillon, bile, les séro-diagnostics T. A. B. négatifs aux 1/30 et 1/100 peuvent l'éliminer.

Un *purpura méningococcique* est peu vraisemblable, en l'absence de tous signes méningés à un moment quelconque de l'évolution.

De même le *purpura infectieux primitif* dont l'entité nosologique paraît d'ailleurs de moins en moins certaine.

On aurait pu penser, par contre, à une *spirochétose ictéro-hémorragique*, en raison de l'association du subictère avec les hémorragies. Mais ici cet ictère est justement léger et n'a pas la couleur safran des spirochétosiques. L'azotémie est de 0,30, alors qu'elle est souvent élevée chez de pareils malades. Nous avons demandé à M. Pettit (de l'Institut Pasteur) de vouloir bien pratiquer la séro-réaction sur le sang prélevé vers le vingtième jour de la maladie, et cette séro-réaction a été négative. Ajoutons qu'il n'y avait pas de réaction méningée. Le liquide céphalo-rachidien du malade ne contenait pas de spirochètes (coloration au Fontana-Tribondeau) et son inoculation au cobaye a été négative (docteur Rouslacroix).

En présence d'un miséreux abondamment parasité, nous devions envisager à Marseille l'hypothèse d'un *typhus exanthématique*, d'autant que le malade présentait un léger degré de tuphos. Sans doute, il n'existait aucune épidémie régionale, mais on a pu constater de loin en loin, depuis l'épidémie de prisons de 1919, quelques cas isolés plus ou moins suspects (1). Mais nous n'avons ici que des hémorragies avec de l'œdème ecchymotique sans exanthème, sans injection conjonctivale, sans réaction du liquide céphalo-rachidien. La réaction de Weil-Félix avec le protéus X^{19} (Metz et Constantinople) a été négative au 1/100, 1/300, 1/500 (Rouslacroix). L'inoculation de 2 centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien dans le péritoine du cobaye n'a pas déterminé de poussée fébrile, 37°8 le surlendemain, ultérieurement 37°5 à 37°6.

En réalité, un seul diagnostic s'imposait, celui de SCORBUT ; non seulement la gingivite y est des plus intenses, mais le purpura et les œdèmes ecchymotiques sont des plus caractéristiques.

Il n'y manquait d'ailleurs pas l'*étiologie habituelle*. Notre malade est un épileptique, alcoolique, aux fonctions intellectuelles des plus ralenties, qui, du fait de ses crises, ne trouve guère d'occupations fixes depuis la guerre. Ce miséreux, depuis plusieurs mois, ne fait (et encore pas toujours) qu'un unique repas composé de pain et de temps en temps de charcuterie, de conserves ; ce n'est que de très loin en très loin qu'il fréquente quelque auberge. Il ne mange pour ainsi dire pas de légumes frais ou de viande. Cependant, depuis un mois, il travaillait vaguement chez un marchand de vin qui lui donnait une maigre pitance ; il semble avoir fait là cependant des repas plus réguliers, mais les quelques sous qu'il gagnait il les employait à boire des petits verres. Par ailleurs, à part sa passion pour l'alcool et ses crises comitiales, on ne trouvait chez lui aucun autre antécédent pathologique, en particulier aucune maladie vénérienne.

Deux particularités donnent une allure un peu spéciale à notre cas : la *fièvre* et le *subictère*.

Les anciens auteurs donnent le scorbut comme apyrétique, sauf à la période terminale, où l'on note des poussées thermiques en rapport avec les suppurations qui compliquent le scorbut. C'est l'opinion encore défendue récemment par E. P. Benoit [de Montréal] (2) lorsqu'il écrit : « Il y a deux faits dans la symptomatologie du scorbut qu'il faut mettre en lumière, c'est l'absence de leucocytose et de réaction fébrile. »

Par contre, pour Mouriquand (3), dont on connaît l'autorité en ce qui concerne les maladies par carence, la présence de fièvre ne doit pas écarter le diagnostic de scorbut ; car celle-ci peut exister en dehors de toute complication infectieuse et céder à l'emploi du jus de fruits.

Parmi les faits récents, si le cas de Labbé, Haguenau et Nepveux est apyrétique, celui de Caïn, Hillemant et Périal est subfébrile (37°7 à 38°5).

Nous trouvons dans la relation de l'épidémie d'Harvier l'existence d'une température oscillant autour de 38 degrés à l'entrée du malade à l'hôpital et revenant en quelques jours à la normale. Pour Alb. Benoît même, la fièvre est un symptôme qu'il

(1) Nous remercions tout particulièrement le docteur Rouslacroix pour les multiples examens de laboratoire faits chez notre malade.

(1) OLMER *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, oct. 1925.

(2) E.-P. BENOIT. Art SCORBUT du *Nouveau Traité de médecine*, 1921, t. VII, p. 21, Masson.

(3) MOURIQUAND. Art. MALADIE PAR CARENCE du *Traité* de Sergent, Paris 1922, p. 408, Maloine.

a constaté toujours à la période aiguë, atteignant 38 à 39 degrés.

Il faut donc reviser l'opinion classique et, dans un grand nombre de cas, le scorbut doit être considéré comme pyrétique.

LES RAPPORTS DU FOIE AVEC LE SCORBUT n'ont guère fait l'objet que de travaux récents. Les anciens auteurs (article Mathé, in *Dictionnaire Dechambre*, Thèse Petit, Paris 1890, Thèse Facdonel, Paris 1895) relatent à l'autopsie la dégénérescence ou l'infiltration graisseuse du foie, mais sans leur attacher une importance particulière.

Plus récemment, notons l'opinion de Hess pour qui les altérations du foie ne sont ni régulières, ni caractéristiques; il existe parfois de l'infiltration graisseuse centrolobulaire associée à la congestion. Askoff et Koch (1) trouvent des lésions comparables, soit à l'atrophie primitive du foie, soit à un début de cirrhose; Boerich, des lésions de cirrhose précoce dans plusieurs cas; Erdheim (2), à l'autopsie de trente et un scorbuts infantiles, note 9 fois de la congestion, de la dégénérescence cellulaire ou de la sclérose au début.

Hart et Lessing trouvent du calcium déposé dans le foie et les surrénales de trois singes scorbutiques.

En clinique, dans un cas récent particulièrement bien étudié au point de vue biochimique, Labbé, Haguenau et Nepveux insistent sur l'insuffisance protéolytique mise en évidence chez leur malade : d'une part, énorme ammoniurie allant jusqu'à 5gr1, très forte aminoacidurie jusqu'à 4 grammes, abaissement du rapport azoturique jusqu'à 52 p. 100, élévation considérable des rapports de l'Az. ammoniacal et de l'Az. aminé à l'Az. total et du coefficient de l'imperfection uréogénique montant jusqu'à 25 p. 100; — d'autre part augmentation de l'Az. résiduel du sang (0,14/1000) contrastant avec un très faible Az. total (0,196) et un très faible Az. uréique (0,035/1000). Quoique l'aminoacidurie soit le plus souvent en rapport avec un trouble des fonctions hépatiques, l'absence des réactions d'acidose, d'urobilinurie et de signes cliniques d'altération hépatique inclinent les auteurs à attribuer l'insuffisance protéolytique à « un trouble métabolique généralisé à tout l'organisme ».

Le malade de Caïn, Hillemant et Perrial présente, lui aussi, une hypoazoturie urinaire, une grosse ammoniurie 5gr10 et aminoacidurie 4 grammes, un rapport azoturique abaissé à 0,68, un coefficient d'imperfection uréogénique élevé 10 à 14 p. 100, alors que l'urée sanguine est de 0,13, l'Az. total de 0,196, l'Az. résiduel de 0,141 et la constante d'Ambard variable entre 0,050 et 0,124.

Quoique leur malade n'ait ni acidose ni hypercholestérinémie et que l'épreuve de la glycosurie provoquée fût négative, les auteurs concluent nettement à l'insuffisance d'action du foie sur les matières protéiques en raison des dosages successifs de l'Az. résiduel du sérum qui s'est élevé jusqu'à 0,49 et de l'épreuve de l'hémoclasie digestive qui fut trois fois positive.

Dans le *scorbut expérimental*, Palladine et Koudriavtzeva [de Kharkov (3)] remarquent chez le cobaye une perturbation des échanges azotés : la teneur des muscles en créatine augmente et la majeure partie de l'azote urinaire se présente sous forme de créatine et de créatinine.

Axal Hojer trouve des lésions de dégénérescence hépatique chez les cobayes scorbutiques.

L'étude des lésions du foie dans le scorbut expérimental a été particulièrement poussée par Mouriquand, Michel et Bernheim (1).

Dans le *scorbut aigu*, outre des hémorragies, le foie présente deux sortes de lésions, des altérations cellulaires accusées consistant en une dégénérescence vacuolaire non identifiable avec la dégénérescence graisseuse et en une infiltration de nombreux éléments lymphoconjonctifs le long des capillaires (disposés en amas au niveau des espaces périportaux), en somme un début de cirrhose avec de grosses lésions de la cellule hépatique.

Dans le *scorbut chronique*, mêmes lésions mais moins accusées.

Chez le cobaye jeune, guéri du scorbut aigu mais devenu *athrepsique*, il y a de petites hémorragies disséminées et une dégénérescence vacuolaire très accusée.

Ces auteurs insistent sur l'importance et la gravité des lésions hépatiques du scorbut expérimental qui paraissent être les principaux facteurs des hémorragies, sur leur persistance (même après guérison de l'évolution aiguë) qui explique peut-être l'état athrepsique de l'animal.

Si la plupart des auteurs signalent des troubles des échanges azotés, tant dans le scorbut clinique que dans le scorbut expérimental, il ne semble pas qu'ils aient observé d'ictère ni de subictère. Tel était cependant le cas de notre malade qui avait du *subictère* conjonctival et cutané. Ce subictère était-il lié à une atteinte antérieure du foie par l'alcool? Ce facteur a certainement joué un rôle prédisposant, mais il semble que le subictère cutané, ayant disparu avec le scorbut, ait été en relation étroite avec lui. Nous n'avons pu malheureusement entreprendre une étude biochimique détaillée des fonctions hépatiques de notre malade : signalons seulement l'absence de pigments et de sels biliaires dans les urines, l'élimination assez prolongée du bleu de méthylène (vingt heures) sans rythme intermittent, l'épreuve de la glycosurie alimentaire négative.

Tout nous donne à penser que le foie de notre malade, sensibilisé par l'alcool, a joué un rôle important dans les hémorragies du scorbut et dans l'apparition du scorbut lui-même. Il est à remarquer que notre miséreux, guéri de son scorbut par le régime, a fait, un mois et demi après, une poussée de taches purpuriques sur les membres inférieurs. Cette constatation concorderait avec les remarques faites par Mouriquand et ses élèves sur les lésions persistantes du foie chez les cobayes guéris de leur scorbut aigu.

Quoi qu'il en soit, il semble bien qu'il faille réserver une part considérable aux lésions hépatiques et aux troubles fonctionnels qui en résultent dans l'explication des signes cliniques du scorbut et en particulier du processus hémorragique.

---

(1) ASKOFF et KOCH. *Scorbut*, Iéna 1919.
(2) ERDHEIM. *Wien. klin. Woch.*, 1918, p. 1293.
(3) Prof. PALLADIN et KOUDRIAVTZEVA (de Kharkov). Recherches sur la biochimie du scorbut expérimental, *Vratch. Delo.*, 15 mai 1923, t. VI, nos 3-5 (ref. *Presse méd.*).

(1) MOURIQUAND, MICHEL et BERNHEIM. Les lésions du foie dans le scorbut, *Soc. de méd. et des sc. méd. de Lyon*, 17 juin 1924, in *Lyon méd.*, p. 626-628.

ACTUALITÉS

LA QUINIDINE

ACTION. INDICATIONS. RÉSULTATS

La quinidine est l'un des alcaloïdes du quinquina et, après la quinine, l'un des principaux avec la cinchonine et la cinchonidine. Découverte en 1833 par Delondre et Ossian et dénommée hydrate de quinine elle reçut plus tard des chimistes allemands la dénomination de conchinine. Le nom de quinidine lui fut donné par Pasteur qui en 1853 en fait l'étude complète. Isomère de la quinine elle semble particulièrement abondante dans certains échantillons de quinquina.

Historique. — Dès 1820, Pelletier et Caventou étudiant la quinine en avaient reconnu l'action sur le cœur. Mais divers auteurs qui, après la découverte de Delondre et Ossian, avaient étudié l'hydrate de quinine, étaient parvenus, faute d'employer de la même façon un produit invariable, à des conclusions contradictoires. Tandis que Magendie, Giacomini et Guersant constataient la ralentissement et l'affaiblissement des battements cardiaques, Duval et Beraudi en notaient l'accélération. Ce n'est qu'après que Pasteur eut isolé la quinidine qu'on pu en établir avec certitude l'action physiologique.

Dès 1876 Stiénon et Laborde distinguaient des résultats différents selon que l'on administrait des doses faibles ou des doses fortes de quinine et Santesson en 1892 constatait l'influence de la quinine sur le *rythme cardiaque*.

Frey, propose, en 1918 (1), de substituer à la quinine la quinidine plus active; Clerc, Pezzi et Schrumpf étudient les premiers son emploi dans les arythmies (1921). La thèse de P.-N. Deschamps (2) en précise les indications et le mode d'emploi.

Action physiologique. — ACTION SUR LE CŒUR NORMAL. — On reconnaît au cœur quatre fonctions distinctes : l'automaticité (fonction chronotrope des cardiologues), l'excitabilité (fonction bathmotrope), la conductibilité (fonction dromotrope), la contractibilité (fonction inotrope).

La quinidine est un agent *dépresseur général* du cœur qui sur chacune de ces fonctions exerce une influence modératrice et frénatrice.

La quinidine est un frénateur de l'automaticité cardiaque (action chronotrope dépressive). Elle *ralentit le cœur en totalité* atteignant aussi bien les oreillettes que les ventricules; cette propriété, qui est la plus anciennement connue, dépend vraisemblablement d'une action inhibitrice sur le sinus de Keith et Flack.

La quinidine est un frénateur de la conductibilité (action dromotrope dépressive); la transmission aux fibres ventriculaires de l'excitation partie du sinus est retardée et la conductibilité auriculo-ventriculaire est atteinte au même titre que la conductibilité intra-auriculaire; cette diminution peut dans certains cas aboutir à des phénomènes de dissociation auriculo-ventriculaire réalisant un syndrome de Stokes-Adams expérimental.

La quinidine diminue l'excitabilité du myocarde (action bathmotrope négative); elle augmente de ce fait la durée de la période réfractaire des oreillettes. L'excitabilité est de toutes les fonctions cardiaques la plus profondément influencée.

La quinidine diminue la contractilité du myocarde (action inotrope négative); c'est sur cette fonction que la quinidine agit le moins énergiquement.

L'ensemble de ces effets sur le cœur engendre une *chute de pression artérielle*, aux fortes doses surtout. Les doses thérapeutiques n'amènent aucune hypotension; celle-ci doit être regardée comme un signe d'intoxication et commande l'arrêt de la médication.

De même qu'avec la quinine, on obtient expérimentalement par des doses mortelles de quinidine l'arrêt du cœur en diastole.

ACTION SUR LE CŒUR ARYTHMIQUE. — La quinidine agit sur toutes les fonctions du cœur arythmique, mais son action sur l'excitabilité prime son action sur la conductibilité.

Selon Lewis l'oreillette est chez les arythmiques exagérément excitable, sa période réfractaire est de ce fait, diminuée et l'oreillette est continuellement dans un état de contraction partielle, anarchique et accélérée qui caractérise la fibrillation auriculaire, (tachysystolie auriculaire).

Diminuant l'excitabilité de l'oreillette la quinidine ramène la période réfractaire plus près de la normale et *supprime la fibrillation*.

Elle *ralentit également* de façon globale le *rythme des ventricules*, donc *ralentit le pouls*.

Cette action frénatrice a, de même, pour effet la *suppression des extrasystoles*.

Dans certains cas, cependant, moins fréquents semble-t-il, la quinidine agit surtout sur la conductibilité ; il en résulte alors la production ou la conservation de la fibrillation anormale. Ce serait le mécanisme prédominant dans les cas d'insuccès du traitement quinidique.

ACTION SUR LES MODIFICATEURS NERVEUX EXTRINSÈQUES DU CŒUR. — L'action principale de la quinidine porte sur le myocarde ; elle se fait néanmoins sentir aussi sur le pneumogastrique et sur le sympathique.

La quinidine agit sur le vague extracardiaque en diminuant son excitabilité faradique; il en est de même en ce qui concerne le vague intra-cardiaque.

Sur le sympathique extracardiaque son action est nulle; elle agit au contraire, mais faiblement sur le sympathique intracardiaque dont elle diminue l'excitabilité.

Sur ces systèmes nerveux extracardiaques comme sur le myocarde lui-même la quinidine agit donc en dépresseur. Cette action est analogue à celle de la quinidine mais se produit pour Frey, de façon beaucoup plus constante et à des doses beaucoup moindres. Pouchet fait cependant remarquer que si la toxicité de la quinidine est moindre que celle de la quinine, le premier de ces alcaloïdes donne beaucoup plus aisément que le second de la diarrhée et des vomissements.

ELIMINATION DE LA QUINIDINE. — La quinidine s'élimine *par les reins*.

Chez le sujet sain cette élimination est proportionnelle à la quantité d'urine sécrétée et est probablement plus considérable pendant le travail musculaire que pendant le repos au lit.

(1) *Berl. Klin. Wochensch.*, 1918, n° 18 et 36.
(2) *Th. de Paris*, 1922.

Une même dose s'élimine d'autant plus vite qu'elle est plus fractionnée.

La digitale n'influe pas sur l'élimination de la quinidine. Chez les arythmiques l'élimination de l'alcaloïde semble moins complète, peut-être en raison d'une action absorbante de la fibre myocardique. (P.-N. Deschamps.)

Antagonistes de la quinidine. — Les mieux connus jusqu'ici sont la nicotine, la pelletiérine, le chlorure de strontium, le chloroforme. Il convient d'y ajouter, au moins à certains égards l'ouabaïne ; la quinidine ne modifie pas l'action de l'ouabaïne sur la contractilité du muscle cardiaque mais neutralise ses effets sur l'excitabilité du myocarde et sur le pneumogastrique.

Indications. — La quinidine trouve son indication principale dans l'*arythmie complète* ou arythmie perpétuelle.

Dans les cas d'arythmie complète où n'existe aucune des contre-indications sur lesquelles nous reviendrons plus loin un certain nombre de facteurs influe sur le succès qu'on peut attendre de cette médication.

Les uns relèvent du *malade* : La quinidine est plus efficace chez les sujets jeunes que chez les vieillards, plus efficace lorsqu'il n'y a qu'une arythmie solitaire que lorsque l'arythmie se complique de lésions valvulaires.

D'autres facteurs tiennent à l'*arythmie elle-même*, son *ancienneté* au premier chef ; l'arythmie est d'autant plus accessible au traitement qu'elle est récente ; les arythmies invétérées sont habituellement rebelles à la quinidine. De même lorsque l'électrocardiogramme montre une arythmie par fibrillation auriculaire typique, l'efficacité de la quinidine est douteuse ; elle est beaucoup plus probable dans les cas de tachysystolie intermittente et paroxystique.

Indications accessoires. — La quinidine a été essayée dans des arythmies autres que l'arythmie complète : dans l'extrasystolie d'origine ventriculaire avec peu de succès; dans certains cas d'angine de poitrine d'origine coronarienne il y aurait eu au contraire des résultats favorables. On l'a administrée aussi mais avec peu de succès dans la tachycardie paroxystique (type Bouveret), dans la tachycardie d'origine sinusale.

Dans l'hypertension la quinidine semble n'avoir donné aucun résultat et avoir été mal tolérée.

Contre-indications. — Le sexe ni l'âge ne donnent lieu à des contre-indications proprement dites.

Contre-indication relative. — Les symptômes d'*insuffisance cardiaque* mais à la condition *absolue* (Vaquez, Deschamps) de faire précéder le traitement quinidique d'une cure de digitale ou d'ouabaïne. Négliger cette précaution serait ajouter l'effet dépresseur du médicament à la dépression myocardique déjà existante et provoquer une asystolie aiguë à marche rapidement progressive.

Contre-indications absolues. — *Les troubles de conductibilité* : et en particulier les bradycardies par dissociation auriculo-ventriculaire.

Les symptômes d'intolérance : en particulier la chute de la tension artérielle ou une tachycardie dépassant 140 (Frey).

Posologie. Mode d'administration. — La quinidine s'emploie toujours sous la forme de *sulfate neutre de quinidine* ; il est indispensable de n'employer qu'un produit pur, exempt en particulier de toute trace des autres alcaloïdes du quinquina pour éviter des mécomptes.

Le seul mode d'administration actuellement employé est la *voie buccale*.

La dose maxima qu'il ne faut pas dépasser sans raison majeure est de *1 gramme 20 centigrammes* par jour (soit six des comprimés à 0,20 qui sont l'un des modes fréquents de présentation du médicament).

La quinidine doit être prise *loin du repas*.

Mais un certain nombre de précautions sont indispensables pour éviter des surprises en cours de traitement :

1° En raison de l'action dépressive de la quinidine, il est *toujours* indiqué de faire précéder son administration d'une *cure de digitaline ou d'ouabaïne*, même lorsqu'il n'existe aucun signe d'insuffisance cardiaque. Cette cure durera trois à cinq jours pendant lesquels le malade sera maintenu au lit et au régime lacto-végétarien.

2° La cure cardio-tonique achevée, on administrera la quinidine *en tâtant la susceptibilité du malade*. On donnera les deux premiers jours 40 centigrammes en deux fois.

S'il apparaît des vertiges, des nausées ou de la diarrhée, on interrompra l'usage du médicament quitte à faire après quelques jours de repos un second et dernier essai (Vaquez).

Si la tolérance est bonne on pourra dès le deuxième jour approcher ou même atteindre 1 gramme par jour *en fractionnant les doses*.

On se tiendra pendant cinq à sept jours à une dose variant entre 1 gramme et 1g20.

L'effet de régularisation obtenu, Clerc conseille un traitement quinidique d'entretien : chercher par une diminution quotidienne de 0,20 à atteindre la dose minima qui conserve l'effet obtenu.

On peut aussi pratiquer un traitement discontinu qui expose moins à l'accoutumance : quatre jours par semaine on donne une dose correspondant au double de la dose maximum.

Quel que soit le résultat, la surveillance médicale devra être continuelle pendant la cure, et étayée si possible par l'examen électrocardiographique.

3° Il est souvent avantageux d'associer à la quinidine des *médicaments adjuvants* :

Diurétiques : théobromine (1g50 par jour en trois prises) poudre de scille (0g30 par jour).

L'action de la strychnine est sujette à caution ; administrée en même temps que la quinidine, elle paraît plutôt nuisible tandis qu'elle peut rendre service dans les intervalles de la médication.

Résultats. — Lorsque le cœur réagit bien au traitement l'effet peut se produire dès le deuxième ou troisième jour; il se fait plus souvent attendre jusqu'au quatrième ou sixième; parfois l'effet a été beaucoup plus tardif : dixième, douzième et même vingt-sixième jour (Clark, Kennedy). Il y a, en général, amélioration des signes fonctionnels : sensation de bien-être, respiration plus facile, disparition de la sensation de barre. Tantôt la guérison est complète d'emblée, tantôt elle se fait par étapes avec intercurrence de périodes de tachysystolie auriculaire qui sont d'un bon augure.

L'action est nulle sur les œdèmes et sur l'insuffisance myocardique ; dans certains cas la régularisa-

tion du pouls s'accompagne d'une diurèse abondante qui n'est pas un effet habituel du médicament.

Mais ces effets peuvent ne durer que quelques semaines si l'on ne prend la précaution de prescrire une médication d'entretien, longtemps efficace même chez des sujets âgés,

Les statistiques varient avec les auteurs : 21 succès et 23 insuccès sur 50 cas pour Frey avec dans les 6 derniers cas transformation en tachysystolie auriculaire. Pour Vaquez, il semble qu'on puisse compter sur 40 à 50 p. 100 de succès dans les cas de tachysystolie auriculaire; dans ceux de fibrillation typique les succès sont beaucoup plus rares et d'une valeur douteuse. Il en est de même dans les autres arythmies sauf dans quelques cas d'arythmie extrasystolique et de tachycardie paroxystique. Lian et Barrieu).

Dans quelques cas enfin on observe de l'intolérance.

Accidents. — Intolérance médicamenteuse. — Elle se traduit par des nausées, des vomissements, de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, des vertiges rappelant l'ivresse quinique, apparaissant dès le premier ou deuxième jour et disparaissant par la cessation du traitement. A noter que la diarrhée même profuse a pu cependant disparaître par l'augmentation des doses du médicament.

Accidents d'intoxication. — On observe parfois de l'*asystolie aiguë* avec œdèmes, oligurie parfois douloureux; il s'agit en général de doses trop fortes données à des malades mal préparés; on doit dans ces cas cesser l'administration de quinidine et donner de la digitale ou même de l'ouabaïne intraveineuse s'il faut agir vite.

Il peut aussi se produire des *accidents bulbaires*, rares mais très graves : tendance au collapsus, avec refroidissement des extrémités, ralentissement de la respiration, disparition du pouls; ces accidents sont suivis d'une période d'excitation avec convulsions et hallucinations; la guérison est en général l'affaire de quelques heures (respiration artificielle, adrénaline). On a dans certains cas observé une apoplexie brusque, avec agitation et signe de Babinski; d'autres fois de la confusion mentale avec excitation et amnésie.

On a cité aussi quelques cas d'*infarctus viscéraux* (rate, rein, membres inférieurs) par mobilisation de caillots contenus dans l'oreillette gauche, de la *dissociation auriculo-ventriculaire*. On a enfin cité quelques cas de *mort subite*, par embolie cérébrale, dissociation auriculo-ventriculaire ou dilatation aiguë du cœur.

Tous ces accidents peuvent être cependant aisément évités par un diagnostic bien posé, une posologie prudente et surtout par la cure digitalique préalable; ce qui fait de la quinidine un médicament précieux dans bien des cas d'arythmie.

R. LEVENT.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les mécanismes subconscients. par Georges Dwelshauvers, professeur à l'Institut catholique de Paris, ancien directeur du Laboratoire de psychologie de Barcelone. Un vol. in-16 de la « Bibliothèque de psychologie contemporaine ». — Prix : 9 fr. — Paris, F. Alcan.

Introduction à l'étude thérapeutique de la tuberculose humaine, par le docteur Justin Roux (de Cannes). Troisième mémoire. — Prix : 4 fr. — Paris, Vigot frères.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(séance du 30 octobre 1925)

Lymphomes tuberculeux. — MM. Babonneix et Pollet présentent un sujet de cinquante-deux ans atteint, depuis plusieurs mois, d'adénopathies multiples occupant surtout les aines, les aisselles, le médiastin, et s'accompagnant, surtout pour les premières, de phénomènes de compression très marqués. Aucun signe hématologique de leucémie. La biopsie d'un ganglion n'y révèle pas traces d'adénite. Il ne s'agit pas non plus de lymphosarcome. Reste donc par exclusion, et sous réserves, l'hypothèse de lymphomes tuberculeux. Le malade n'a-t-il pas eu jadis une « bronchite »? N'est-il pas porteur, actuellement, d'un épanchement pleural séro-fibrineux? L'examen histologique du ganglion prélevé n'y montre-t-il pas une particulière abondance des lymphocytes?

Importance du syndrome humoral rachidien dans le diagnostic différentiel de l'encéphalite léthargique et de la neuro-syphilis. — MM. L. Baronneix et L. Pollet présentent un sujet atteint de syndrome parkinsonien qui semble bien avoir succédé à une encéphalite léthargique. Mais, en même temps, on constate chez lui l'existence d'une réaction de Wassermann fortement positive pour le sang. S'agit-il de neuro-syphilis à forme parkinsonienne? Vraisemblablement non, car chez lui le liquide céphalo-rachidien est normal. On peut donc affirmer qu'il existe, chez ce patient, deux affections : une syphilis ancienne, sans retentissement sur le névraxe; un syndrome parkinsonien d'origine encéphalitique.

A propos de la lambliase vésiculaire. — MM. M. Chiray et J. Lebon s'élèvent contre la notion récemment introduite en gastro-entérologie de l'infestation cholécystique par lamblia intestinalis diagnostiquée au moyen du tubage duodénal. La présence du parasite, même en quantité abondante dans le liquide de tubage à la suite de l'excitation vésiculaire provoquée, ne leur paraît nullement démonstrative. Ils rapportent l'observation d'un médecin chez lequel l'épreuve de Meltzer-Lyon, quoique complètement négative, amenait une bile duodénale chargée de lamblia. La carence de la réponse vésiculaire permettait déjà de penser que la vésicule devait être mise hors de cause dans ce cas. En fait, l'intervention chirurgicale montra que le cholécyste était occupé par deux calculs de la grosseur d'une noisette et avait perdu toute valeur fonctionnelle. Ni dans le liquide qu'il contenait, ni dans le suc obtenu par grattage de l'épithélium vésiculaire, on ne put déceler le parasite. Il semble donc que, dans ce cas comme sans doute dans beaucoup d'autres, si l'injection intraduodénale de sulfate de magnésie amène une bile riche en lamblia, c'est parce que ce sel, exerçant une action irritante et décapante sur la muqueuse intestinale, détache un certain nombre des parasites qui s'y trouvent fixés. Le duodénum est, en effet, leur habitat préféré.

Le trouble de la glycorégulation au cours de maladies infectieuses. — MM. M. Labbé et Boulin ont trouvé la glycorégulation légèrement au-dessus de la normale dans les infections même légères (angine). La réaction de l'hyperglycémie est toujours augmentée, mais il n'existe aucun rapport entre le trouble de la glycorégulation et la gravité de l'infection. Le trouble peut persister après la guérison de l'infection, ce qui permet peut-être d'expliquer le cas de diabète postinfectieux.

M. Achard partage l'opinion de M. Labbé sur le trouble de la glycorégulation au cours des infections.

Présentation d'un appareil à projections épiscopiques. — M. Maurice Renaud.

Paralysie radiale et rhumatisme articulaire aigu. — MM. H. Dufour et A. Blondel présentent un malade atteint brusquement de paralysie radiale gauche le 22 août 1925 L'absence d'antécédents fait conclure à une paralysie radiale dite a frigore. Celle-ci est typique, presque totale, permettant seulement des mouvements d'extension de l'avant-bras sur le

bras. La réaction de dégénérescence existe sur tous les muscles innervés par le radial; légère sur le triceps et le court supinateur, accentuée et nette sur tous les autres. L'évolution en est essentiellement lente : un mois et demi après son début, cette paralysie n'a subi que peu d'amélioration. Le 14 octobre, apparition d'une arthrite scapulo-humérale droite avec 38°2, sueur, coloration rosée des téguments. Un traitement au salicylate de soude (5 grammes puis 8 grammes) est institué avec des enveloppements au salicylate de méthyle. La fluxion articulaire disparaît, mais le poignet droit se prend à son tour. Dès le traitement salicylé : amélioration immédiate de la paralysie, les mouvements s'effectuent plus facilement; la résistance musculaire s'accentue davantage et les progrès augmentent de jour en jour. Les auteurs pensent à une localisation primitive du virus rhumatismal sur le nerf radial avec localisation secondaire au niveau des articulations (le malade n'a jamais eu de crise antérieure de rhumatisme articulaire aigu). Ils insistent sur la rareté du fait.

Cette observation démonstrative montre les rapports entre les lésions nerveuses et le rhumatisme articulaire aigu. Elle soulève, en cas de paralysie dite a frigore, la possibilité d'une thérapeutique par le salicylate de soude.

Deux cas de tumeur du lobe frontal à forme somnolente. — MM. Léchelle, Alajouanine et Thévenard présentent deux cerveaux, l'un avec un tubercule volumineux du lobe frontal droit, l'autre avec un gliome bilatéral des lobes frontaux, et rapportent les observations cliniques de ces deux cas où la somnolence fut le symptôme initial et prépondérant du tableau clinique; elle s'était terminée rapidement par le coma dans le premier cas; elle s'était, dans le deuxième cas, transformée en torpeur croissante avec hémiplégie progressive sans aucun autre signe permettant d'incriminer le lobe frontal. Les auteurs soulignent la difficulté du diagnostic avec l'encéphalite léthargique dans la première observatiom, et dans les deux l'importance des accès de narcolepsie. Ce symptôme, que l'on tend à considérer comme un symptôme de localisation de la région infundibulaire, peut donc n'être que le principal signe des tumeurs du lobe frontal et surtout le signe initial, en dehors de toute compression secondaire.

Evolution anatomique et clinique des endocardites. — M. Maurice Renaud, après avoir fait l'étude complète clinique et anatomique de vingt-trois cas d'endocardite aiguë et subaiguë qu'il a observés dans ces quatre dernières années, se propose de donner une conception synthétique des processus endocarditiques. Il croit opportun de substituer à la classification clinique, qui a conduit à multiplier les formes, une classification plus simple basée sur les caractères anatomiques des lésions qui permet de bien comprendre la valeur et signification du processus.

Dans cette première communication, il étudie les endocardites ulcéreuses et thrombosantes simples. Ici la lésion est toute en surface. La situation, la répartition, le volume des caillots, la taille des ulcérations ne sont que des caractères secondaires de peu d'importance. Dès qu'il y a perte de substance de l'endocarde et coagulation à sa surface la signification de la lésion devient la même.

L'inflammation de l'endocarde répond histologiquement aux deux types bien connus, suppuratif et plastique, mais les deux processus ne sont pas aussi distincts l'un de l'autre que le disent les descriptions classiques. Ils sont souvent associés tous deux, se compliquent d'érosions et de coagulation, et la thrombose n'est pas l'apanage exclusif des endocardites et des septicémies.

Ces lésions d'endocardiie aiguë ou subaiguë, ulcéreuse et thrombosante, se rencontrent :

1° Dans les maladies aiguës, fièvre puerpérale, varicelle, rougeole.

2° Dans des cas rentrant dans la forme d'endocardite lente, Jaccoud-Osler, d'origine inconnue. L'endocardite se rencontre chez ces malades avec une grande fréquence.

3° Chez des cancéreux (quatorze cas sur seize autopsies). Elle s'y présente avec une allure d'autant plus insidieuse que seules les manifestations cliniques des embolies y peuvent en traduire nettement son existence.

Dans la plupart des cas sa présence n'ajoute pas grand'chose au tableau clinique des états infectieux que présentent la plupart des cancéreux.

Les symptômes de la maladie, qui appartiennent à deux groupes de faits (états infectieux, embolies), sont variables d'intensité. Aussi la marche de la maladie est-elle rapide, lente ou très lente, suivant la gravité de l'infection et l'étendue des désordres qu'elle détermine.

Dans tous les cas étudiés ici, cette marche a été progressive et la mort est survenue. Mais celle-ci n'est pas toujours causée directement par l'endocardite elle-même (par exemple dans le cancer).

L'évolution de l'endocardite ulcéro-thrombosante paraît pouvoir être très longue, sinon indéfinie. La guérison en est même possible. C'est ce que montrera l'étude des endocardites à lésions complexes qui sera faite dans une prochaine communication.

PRATIQUE MÉDICALE

HUILE DE FOIE DE MORUE ET LIPOIDES

L'huile de foie de morue est un remède déjà ancien et universellement employé; elle a donné les résultats les plus satisfaisants dans un grand nombre d'affections chroniques, plus particulièrement chez les enfants qui se développent mal, par suite, soit de vices de la nutrition, soit d'infection acquise. Mais cet emploi, jusque dans ces derniers temps, demeurait empirique. Pour le justifier on a invoqué successivement les sels biliaires, l'iode, les corps gras azotés et phosphorés, puis les amines que renferme l'huile; enfin, quand Funck eut inventé les vitamines, on découvrit que l'huile de foie de morue est relativement riche en une espèce de vitamine liposoluble, la vitamine A ou vitamine de croissance qui a pour propriété d'activer et d'équilibrer le développement des jeunes. Le problème paraissait résolu; il ne l'était pas cependant autant qu'on le supposait, car, en 1914, à la *Société de biologie* de Paris, le docteur H. Iscovesco venait apporter de nouvelles précisions.

On suppose que les troubles de croissance chez les enfants sont dus à un défaut, à une carence de vitamine A et que, si l'huile de foie de morue pare à ces troubles, c'est parce qu'elle fournit à l'organisme la vitamine A qui lui manque. Mais M. H. Iscovesco a démontré, par des expériences rigoureuses, que l'huile de foie de morue, complètement privée de ses lipoïdes, cesse d'être efficace et n'exerce aucun autre effet que celui qui appartient aux corps gras ordinaires. En revanche, le lipoïde spécifique extrait de cette huile possède toutes les qualités thérapeutiques de celle-ci et exerce le même pouvoir activant sur le métabolisme général et la croissance. La conclusion est donc la suivante : l'huile de foie de morue ne vaut thérapeutiquement que par le lipoïde spécifique qu'elle contient, lequel lipoïde renferme toute la vitamine A, si même, ce qu'on ignore encore, lipoïde et vitamine liposoluble ne constituent pas une seule et même substance. Mais M. H. Iscovesco a été plus loin, car il a extrait du foie des mammifères un lipoïde qui se comporte exactement comme celui de l'huile de foie de morue, relativement aux phénomènes de croissance, ce qui prouve qu'il contient la vitamine A. Par suite, la fonction anabolique des lipoïdes du foie de morue est une fonction commune aux lipoïdes de tous les foies, et c'est là incontestablement une acquisition qui a une grande importance physiologique, car elle explique la place que le foie occupe dans l'ontogénèse et le rôle énorme qu'il tient dans les échanges nutritifs.

La découverte de M. H. Iscovesco a une conséquence pratique des plus intéressantes. L'huile de foie de morue est un aliment excellent et un médicament précieux, c'est entendu, mais un aliment désagréable et d'une digestion souvent difficile et notamment chez les enfants plus ou moins hypotrophiques, dont l'estomac et l'intestin sont paresseux et la leucocytose digestive peu prononcée. On sait quels efforts ont été dépensés pour masquer le goût et l'odeur de l'huile de foie de morue et la rendre digeste, au détriment, du reste, de ses qualités propres; on sait également que cette huile est inutilisable pendant la période des chaleurs et cependant, à cette période comme en hiver, il y a des malades qui ont absolu-

ment besoin de ce stimulant. Avec le lipoïde spécifique du foie, tous ces inconvénients sont évités et toutes ces difficultés aplanies, car ce lipoïde peut, en toute saison, s'administrer par la voie buccale puisqu'il résiste parfaitement à l'action des sucs digestifs et est absorbé en nature. Il ne faut pas méconnaître non plus que le lipoïde spécifique, rigoureusement dosé, est d'un maniement plus facile et plus sûr que l'huile commerciale. Pour toutes ces raisons, son emploi constitue un progrès dont médecins, enfants et parents apprécient grandement les avantages.

LIVRES NOUVEAUX

Immunisation locale. Pansements spécifiques (1), par A. BESREDKA, professeur à l'Institut Pasteur.

L'auteur fait connaître à ceux qu'intéresse le problème de l'immunité, une voie différente de celle qui a été suivie jusqu'à présent.

L'idée de l'immunisation locale telle que nous la concevons, c'est-à-dire sans participation d'anticorps est toute nouvelle. Elle s'appuie déjà sur un nombre considérable de faits. Des phénomènes qui ne trouvaient pas d'explication, dans les théories régnantes, s'éclairent à la lumière de cette nouvelle conception. Des applications, ressortissant à la vaccination et à la vaccinothérapie en découlent et sont consacrées par la pratique journalière.

Le professeur Besredka ne réunit pas ici tous les faits relevant de l'immunité locale, mais il choisit pour faire ressortir l'idée directrice, quelques infections-types qui intéressent la peau et l'intestin.

Les quatre chapitres qui leur sont consacrés : *charbon, staphylococcies et streptococcies, états typhoïdes* contiennent des expériences de laboratoire agrémentées de relations épidémiologiques et d'observations cliniques.

Le cinquième et dernier chapitre est consacré à des considérations théoriques, à ces « illusions de l'expérimentateur » suivant l'expression de Pasteur « qui servent de guide et qui s'évanouissent le long du chemin que l'on parcourt ».

On y trouvera exposée la théorie de l'immunité locale.

Certains groupes de cellules sont susceptibles de s'infecter et de s'immuniser pour leur propre compte sans que l'organisme tout entier y soit intéressé; la peau, la paroi intestinale sont aptes à remplir un rôle des plus actifs aussi bien dans l'infection que dans la défense. On arrive ainsi à la conception que tout virus a sa cellule, toute cellule, son immunité.

L'immunité la plus solide étant celle que confère l'infection naturelle, il était tout indiqué, lors de la vaccination artificielle, d'emprunter les voies que suivent les virus, lors de leur pénétration dans l'économie : *la voie cutanée et la voie buccale* préconisées dans ce livre. L. G.

(1) Un vol. de 252 p. — Prix : 20 fr. — Paris, Masson et Cie.

La Névrose révolutionnaire (1), par les docteurs CABANÈS et L. NASS.

Voici une nouvelle édition refondue et notablement augmentée de la *Névrose révolutionnaire* dont on n'a pas oublié le grand succès quand parut la première édition préfacée par Jules Claretie.

Avec la patience d'un bénédictin notre ami Cabanès est arrivé à constituer une formidable documentation qui lui a permis de publier aujourd'hui un ouvrage entièrement renouvelé.

Tous ceux que passionnent les recherches historiques et médicales voudront lire ce livre dont il est superflu de faire l'éloge. F. L. S,

(1) Deux vol in-8 orné de nombreuses illustrations. — Prix : 20 fr. les deux volumes. — Paris, Albin Michel.

QUESTION D'INTERNAT

PANCRÉATITE HÉMORRAGIQUE [1]

Signes physiques. — Inconstants et peu précis, ils sont beaucoup moins utiles au diagnostic que les signes fonctionnels et généraux.

Inspection. — Ventre tendu, immobile, ne suivant pas les mouvements respiratoires. Dans quelques cas il n'y a aucune contracture de la paroi. Météorisme prédominant dans la région sus-ombilicale. Cyanose de la paroi abdominale, prédominant dans la même région.

Palpation. — Douleur diffuse; paroxysme à la pression dans l'angle costovertébral gauche (signe pathognomonique pour Mayo-Robson). Pas de contracture.

Tumeur douloureuse, mobile, sous l'angle costal gauche (épiploon rétracté).

Parfois légère hypertrophie du foie et de la rate; la matité hépatique est conservée; il n'y a ni tympanisme, ni signes d'épanchement dans les flancs.

Evolution. — Extrêmement rapide. Si l'on n'intervient pas, l'état du malade s'aggrave très rapidement; le pouls devient incomptable; les idées s'obscurcissent; le délire apparaît; le malade entre dans le coma et succombe au bout de viugt-quatre heures, parfois moins encore.

FORMES CLINIQUES

1° **Forme foudroyante,** pouvant déterminer la mort en un quart d'heure (intérêt médico-légal).

2° **Forme aiguë.** — Début moins brutal, souvent précédé par quelques prodromes : douleurs épigastriques vagues. Evolution moins rapide : le malade succombe au bout de quelques jours, après avoir présenté un amaigrissement intense, une véritable fonte musculaire : cachexie pancréatique au cours de laquelle la palpation de l'abdomen révèle parfois une tuméfaction épigastrique. L'examen du sang décèle de la polynucléose; on note parfois de la glycosurie; plus souvent de la stéarrhée et du melæna. La mort est la terminaison habituelle, au bout de deux à six jours.

3° **Forme subaiguë, à poussées successives.** — Crise initiale moins violente; puis rechutes successives pouvant aboutir soit à la mort, soit à la guérison spontanée. Cette forme à *rechutes* serait fréquente.

4° **Forme lente : hématocèle pancréatique** (kyste hémorragique du pancréas). — Après la période aiguë de l'affection, les phénomènes s'atténuent : douleurs vagues dans la région épigastrique, parfois à type cœlialgique; troubles digestifs avec diarrhée; amaigrissement souvent considérable. Dans la région épigastrique existe une tumeur plus ou moins volumineuse, parfois crépitante, pouvant s'accroître par poussées : un hématome s'est enkysté dans l'arrière cavité dont le péritoine est épaissi. Divers troubles de compression peuvent s'observer : ascite, œdème, ictère, crises douloureuses.

5° **Pancréatites atténuées.** — L'attention est attirée par quelques troubles digestifs variables, et par des douleurs à type d'endolorissement sourd, continu, médian mais pouvant irradier à droite et à gauche, ou dans le dos, en particulier dans l'angle costo-iliaque, s'accentuant trois à cinq heures après les repas, et s'accompagnant de sensation de plénitude gastrique. Des crises douloureuses apparaissent, comparables à des coliques hépatiques. L'examen, en général très facile (pas de contracture de la paroi), montre des battements épigastriques visibles et perceptibles à la palpation sur une largeur de 3 à 5 centimètres sans aucune expansion : ils traduisent l'interposition entre la main et l'aorte d'un tissu épaissi qui transmet les battements. Delbet, a pu vérifier les lésions anatomiques correspondant à ce syndrome.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 88, p. 1434.

6° **Pancréatite de la queue du pancréas.** — Syndrome abdominal douloureux, prédominant à gauche, avec irradiations lombaires, durant un temps variable (quelques jours à quelques semaines). Brusquement apparaissent des douleurs intenses, avec température à 38°5 et pouls rapide; abdomen ballonné; pas de contracture; sub-occlusion ou occlusion; état général grave, cyanose et angoisse; empâtement ou tuméfaction douloureuse dans le flanc gauche.

7° Il existe des **pancréatites suppurées et gangréneuses** dont l'évolution est de rapidité variable. Aux symptômes habituels de la pancréatite s'ajoutent des phénomènes septiques.

PRONOSTIC

La pancréatite hémorragique est une affection d'une extrême gravité. Abandonnée à elle-même, elle aboutit à peu près dans tous les cas à la mort, soit en quelques heures ou quelques jours, soit après une phase de cachexie progressive. Seule l'intervention chirurgicale d'urgence modifie ce redoutable pronostic.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est le plus souvent fort difficile. Un début d'une extrême brutalité, une douleur abdominale atroce, un état général d'emblée des plus inquiétants sont des signes qui prennent toute leur valeur si on les oppose à la pauvreté des signes physiques (ni contracture, ni péristaltisme) et si on les observe chez un sujet jeune, obèse, gros mangeur, éthylique, ayant des antécédents hépatiques (lithiase) ou gastriques (ulcère).

L'erreur capitale est la confusion avec les grands syndromes douloureux médicaux : *coliques hépatiques* ou *néphrétiques, crises gastriques* ou *intestinales du tabès* : elle conduirait à temporiser, quand seule l'intervention donne quelques chances de sauver le malade.

Deux erreurs sont fréquentes, mais redressées par l'intervention à laquelle elles ont conduit :

Occlusion intestinale. — Arrêt des matières et des gaz absolu; vomissements fécaloïdes tardifs, d'abondance croissante; douleurs diffuses; contractions péristaltiques intestinales.

Péritonite par perforation. — Quelle qu'en soit la cause, elle a un signe capital : la contracture. La péritonite appendiculaire a pour elle le siège de la douleur dans la fosse iliaque droite, la contracture et l'hyperesthésie; la perforation d'ulcère gastrique : les antécédents, l'absence ou le peu d'abondance des vomissements. A peu près impossibles à distinguer sont par contre les péritonites d'origine duodénale ou vésiculaire.

Dans la péritonite comme dans l'occlusion les douleurs et les vomissements augmentent d'intensité du début vers la fin des accidents. Dans la pancréatite ces phénomènes sont d'emblée à leur maximum et régressent même avec l'évolution de la maladie.

Le kyste hémorragique doit être distingué de toutes les collections de la région. Il peut parfois prêter à la discussion avec un *abcès sous-phrénique* ou une *pleurésie enkystée.*

TRAITEMENT

Uniquement chirurgical : intervention d'urgence.

Deux indications : 1° protection de la cavité péritonéale contre la diffusion du suc pancréatique; 2° drainage permettant l'écoulement au dehors du suc pancréatique. Anesthésie locale. Laparotomie médiane sus-ombilicale. Vérification du diagnostic (épanchement séro-hématique; stéatonécrose). Protection très soigneuse de la grande cavité péritonéale. Effondrement de l'épiploon gastrocolique. Incision et tamponnement de l'hématome. Drainage soit à travers le ligament gastrocolique, soit à travers le ligament gastrohépatique. Compléter l'intervention par un examen minutieux des voies biliaires (fréquence de la lithiase); les drainer au besoin.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

Manuel du médecin expert. Accidents du travail et maladies. Consultations chirurgicales, médicales et barêmes, Un vol. in-16 carré de 770 pages. — Prix : 30 fr. — Paris, Vigot frères.

N° 91. — SAMEDI 14 NOVEMBRE 1925. 98ᵉ ANNÉE. SAMEDI 14 NOVEMBRE 1925. — N° 91.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6ᵉ

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **9** fr. **50**. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1ᵉʳ OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* **45** *fr.*
Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

Erratum au sommaire du n° 90 : Au lieu de : « Revue générale », lire : « Travaux originaux ».

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 9 novembre. — Questions données : « Complications respiratoires de la rougeole. — Symptômes et complications des luxations récentes de l'épaule en avant et en dehors. »

MM. Funck (Louis), 26; Augière (Pierre), 24; Azalbert (J.-A.), 16; Weill (J.-R.), 23; Mˡˡᵉ Weill (Suzanne), 22; MM. Poumeau-Delille, 20; Deransart (Marc), 14; André (Henri), 22; Sicard (Robert), 24; Triau (Raoul), 25.

Séance du 11 novembre. — Questions données : « Complications intestinales de la fièvre typhoïde. — Signes et diagnostic du mal de Pott sous-occipital. »

Mˡˡᵉ Fey et M. Fleury, 25; Mˡˡᵉ Baudry, 22; MM. Querneau, 21; Gallois, 24; Guérin (A.), 22; Mˡˡᵉ Rosenbaum, 21; M. Fouquet, 23; Mˡˡᵉ Laurent, 25; M. Alibert, 18.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — LYON. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes :

Externes titulaires : MM. Froment, Marion, Mˡˡᵉ Hurtin, M. Girard, Mˡˡᵉˢ Bériel, Rougier, MM. Poulin, Cornu, Arnaud, Belly, Rivière, Guichard, Arnulf, Rousson, Levirotte, Collomb, Weigert, Mˡˡᵉ Audemard, MM. Burlats, Clapier, Dugois, Besson, Bergondi, Barbé, Baroni, Boël, Duchamp (Pierre), Vaudin, Molin, Blan, Modrin, Chapuis, Vial, Coste, Ruyssen, Rougier (Jean), Carret, Basgan, Passa, Novat, Ronin, Domergue, Lacote, Anstett, Charret, Gadot, Minaire, Euvrard, Fleury, Brunet, Partensky, Cousergues, Guilleman, Huguier.

Externes provisoires : MM. Freidel, Lausseure, Raymond, Badinand, Boussoulade, Chevalier, Montagnard, Noix, Protar, Bergeret, Brun, Graber, Perron, Chappoux, Duchamp (Jean).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — *Création de la clinique neuro-psychiatrique infantile.* — Sous la direction des professeurs Henri Claude et P. Nobécourt la Faculté de médecine crée dans les locaux du patronage de l'enfance, 379, rue de Vaugirard, une annexe de la clinique des maladies mentales et de la clinique infantile. Ce service sera confié au docteur Heuyer, médecin des hôpitaux, qui remplira les fonctions de chargé de cours et sera assisté d'un chef de clinique qui comptera parmi les chefs de clinique de la Clinique des maladies mentales. Les enfants et les adolescents atteints de troubles psychiques ou chez qui pourraient être soupçonnées des tares mentales en raison de leurs tendances aux réactions antisociales et à la délinquance, seront examinés, traités, hospitalisés ou assistés suivant les indications médicales. L'enseignement de la psychiatrie infantile pourra, grâce à un riche matériel, être donné aux élèves stagiaires de la Faculté, ainsi qu'aux personnes qui s'intéressent aux questions médico-pédagogiques concernant les enfants anormaux. L'œuvre de relèvement du patronage de l'enfance, qui a déjà rendu de si grands services et s'est montrée d'une haute portée morale, sera complétée ainsi par une collaboration médicale d'un grand intérêt au point de vue prophylactique.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours pour un emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie s'ouvrira le 17 mai 1926 devant la Faculté de Bordeaux-

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Cauvet, directeur du Service de santé du 5e C. A., passe dans la 2e section (réserve) de l'état-major général.

— M. le médecin inspecteur Fournial est promu au grade de médecin inspecteur général.

— MM. les médecins principaux de 1re classe Visbecq et Lafforgue sont promus au grade de médecin inspecteur.

— Le titre de médecin des hôpitaux militaires est attribué aux médecins militaires ci-après désignés qui ont subi avec succès les épreuves du concours de 1925 :

MM. Guibert, du 15e train des équipages militaires, à Marseille; Delpy, adjoint au directeur du Service de santé du 1er corps d'armée, à Lille; Liégeois, à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; Melnotte, des troupes d'occupation du Maroc; Codvelle, de l'hôpital militaire et du laboratoire de bactériologie de Sarrebrück.

— Le titre de chirurgien des hôpitaux militaires est attribué au médecin militaire Soulié, du 5e d'infanterie, qui a subi avec succès les épreuves du concours de 1925.

— DENTISTES MILITAIRES. — Le *Journal officiel* du 10 novembre 1925 publie une circulaire autorisant les dentistes de 2e classe de réserve des troupes métropolitaines à accomplir en position d'activité des stages aux colonies.

MINISTÈRE DE LA MARINE. — AVIS RELATIF A L'ATTRIBUTION DE PRIX AUX OFFICIERS DU CORPS DE SANTÉ. — Aux termes des articles 9 et 9 *bis* de l'article du 13 septembre 1910 sur le Service de santé (*B. O. M.*, vol. X), les prix ci-après désignés peuvent être décernés aux officiers du corps de santé dans les conditions suivantes :

Prix Blache. — Ce prix, d'une valeur de 1.200 francs, décerné tous les trois ans, sera attribué, en 1926, au médecin en activité ou en retraite de la marine militaire française, ou à tout autre médecin français embarqué sur les navires de commerce depuis trois ans au moins, ayant fait la découverte la plus utile ou le meilleur mémoire ou travail sur la thérapeutique exclusivement médicale.

Les candidats devront faire parvenir leurs titres au ministère de la marine (direction centrale du Service de santé) le 1er mai 1926 au plus tard. Les candidatures qui ne se produiront pas dans le délai ci-dessus mentionné seront écartées.

Prix Foullioy. — Ce prix, dont le montant s'élève à 500 fr. environ, à décerner tous les deux ans, sera attribué, en 1927, au médecin en activité de la marine militaire française ayant fourni le travail le plus apprécié, soit en chirurgie, soit en médecine, et n'ayant pas dépassé l'âge de trente-cinq ans.

Les candidats devront remettre leurs mémoires ou rapports à l'autorité supérieure dont le visa fera foi avant le 1er juillet 1927. Les candidatures qui ne seront pas déclarées dans le délai susvisé seront écartées.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Deux places d'auditeurs au conseil supérieur d'hygiène publique de France sont déclarées vacantes.

Les vacances actuelles s'étant produites par suite de la nomination comme membres du conseil supérieur d'hygiène publique de France de MM. Dreyfus, docteur en médecine, et Loëwy, ingénieur, c'est donc pour une place dans la 1er catégorie (médecine) et une place dans la 6e catégorie (ingénieurs et architectes) que les candidats à présenter au ministre seront choisis par le conseil supérieur.

Les candidats sont invités à produire leur demande, accompagnée de leurs titres, dans un délai d'un mois, expirant le 10 décembre 1925, au ministre du travail, de l'hygiène, de l'assistance et de la prévoyance sociales (direction de l'assistance et de l'hygiène publique, 5e bureau, 7, rue Cambacérès). *J. O.*, 11 novembre 1925.

MÉDAILLE DE LA FIDÉLITÉ FRANÇAISE AVEC 3 ÉTOILES. — M. le docteur et Mme Blind (de Strasbourg).

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE. — Le Conseil de l'Association générale des médecins de France, réuni le 6 novembre, a décidé d'intervenir très énergiquement contre le projet de création du doctorat en chirurgie dentaire.

Il a résolu, au nom des 10.000 médecins qu'il représente d'adhérer à l'ordre du jour de protestation de l'Union des syndicats médicaux de France.

ASSOCIATION STOMATOLOGIQUE INTERNATIONALE. — Cette Association, qui a pour but la propagation des idées stomatologiques, évolution médicale et scientifique de cette spécialité, vient de se reconstituer sur de nouvelles bases. Elle constitue une puissante fédération des groupements stomatologiques du monde entier. Dans chaque pays son œuvre est facilitée par l'organisation d'un secrétariat national.

Son président est le docteur Chompret (de Paris), le secrétaire général le docteur Allaeys (d'Anvers) et le secrétaire général adjoint A. Asgis (de New-York). Le secrétariat, pour la France, est le docteur A. Herpin, avec comme secrétaires adjoints le docteur Merville et M. Billoret; trésorier, docteur Dauguet. Ce secrétariat comporte les branches suivantes :

Recherches scientifiques (docteur Richard).
Enseignement et législation (docteur Raison).
Assistance, hygiène, éducation du public (docteur Gornouec).
Histoire de la stomatologie (docteur Lacronique).
Bibliographie et nomenclature (docteur Puig).
Secrétariat, 79, boulevard Haussmann.

MISSION. — Les docteurs Villaret et Lardennois doivent se rendre à Barcelone où ils sont invités par la Faculté de médecine et par le docteur Gallart à donner des conférences et à pratiquer des opérations. A leur arrivée, ils salueront le recteur, le doyen, le consul de France et les autorités. Au cours de leur séjour auront lieu quelques réunions amicales et un banquet au Majestic.

LA GARÇONNITE. — C'est une nouvelle dermatose que décrit dans le *Bruxelles médical* notre excellent confrère Bernard.

Elle consiste en « de petites taches d'eczéma faisant leur apparition sur la nuque à l'endroit précis où, abandonnant le ciseau pour la tondeuse, les artistes de la chevelure se mettent à couper au ras de la peau des cheveux qui, jadis, faisaient l'orgueil du sexe faible ».

La garçonnite s'accompagne d'un prurit plus ou moins intense, le grattage amène des « garçonnites lichénéfiées et des garçonnites impétigineuses ».

Le pronostic n'est pas grave : *sublata causa, tollitur effectus*...

ERRATUM. — Dans le n° 88, p. 1421, 2e col., liste du clinicat, au lieu de Mlle Hamelin, lire Mlle Harmelin.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 16 AU 21 NOVEMBRE 1925)

THESES

Mardi 17 novembre. — Jury : MM. Marfan, président; Gilbert, Lejars et Lecène. — M. LAURAINE (F.). Le tubage duodénal en pathologie gastro-intestinale. — Mme CHATENET. Le passé des hérédo-syphilitiques. — M. JULLIEN (B.). Anesthésie paravertébrale. — M. LEMARCHAND. Etude de la rachistovaïnisation lombaire.

Jeudi 19 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Marfan, président; Bezançon, Panisset, Moussu, Nicolas, Robin et Vallée. — M. MOREL. Etude de l'étiologie du traitement du rachitisme chez le chien. — M. CANTER. Le lait des animaux tuberculeux et ses dangers. — M. SARNOVIC. Le milieu de culture et le microbe.

REVUE GÉNÉRALE

LES MANIFESTATIONS VISCÉRALES DE L'ÉPILEPSIE

Contribution à l'étude du sympathique dans la crise d'épilepsie (1).

Par M. L. LANGERON,
Chef de clinique médicale à la Faculté de Lyon.

(TRAVAIL DE LA CLINIQUE MÉDICALE DE M. LE PROFESSEUR BARD)

B. **Les manifestations viscérales dépendent de la brusque perturbation d'un sympathique déjà anormal.** — La démonstration est facile pour un certain nombre de symptômes qui ne sauraient avoir d'autres interprétations : phénomènes vaso-moteurs, pilo-moteurs, sécrétoires, troubles sphinctériens; l'anatomie et la physiologie montrent l'action normale du sympathique dont la perturbation brusque constitue le symptôme pathologique. Il y a au début de l'attaque, vaso-constriction, hypersécrétion, horripilement, phénomènes d'ordre actif et irritatif, tandis qu'on note à la fin le relâchement des sphincters, la vaso-dilatation, dont certains pensent qu'ils sont plutôt passifs et d'inhibition; en réalité les deux phénomènes sont actifs, qu'on les interprète par des excitations successivement sympathiques et parasympathiques ou par des kinésies positives puis négatives dans un même système (Bard), mais dans les deux explications, c'est toujours d'une perturbation brusque et intense du sympathique, qu'il s'agit. Les manifestations vaso-constrictives du début sont assimilées par Guillaume à la phase tonique des convulsions, et les secondes vaso-dilatatrices à la phase clonique.

Dans un autre groupe de manifestations viscérales, la démonstration de cette perturbation sympathique, a besoin d'être faite plus exactement, et il faut passer en revue chaque cas particulier.

L'ŒDÈME AIGU DU POUMON est classiquement attribué, dans les diverses éventualités cliniques où il est rencontré, à trois mécanismes principaux agissant isolément ou simultanément, suivant les cas et aussi les idées doctrinales des auteurs; insuffisance ventriculaire gauche, poisons d'hyperépinéphrie ou de rétention rénale, irritations vaso-motrices des plexus nerveux péri-aortiques, constituent les facteurs mécaniques, toxiques et nerveux qui loin de s'exclure s'unissent souvent comme le démontrent les expériences de Teissier et Guinard. Dans le cas particulier qui nous occupe, le surmenage cardiaque intense occasionné par la crise convulsive a été invoqué par Shanahan appliquant les idées mécaniques de son compatriote Welsch sur l'œdème aigu du poumon. A cette manière de voir qui vient tout naturellement à l'esprit, il existe cependant de nombreuses objections; c'est d'abord la rareté de cette complication, les conditions de surmenage cardiaque restant pourtant les mêmes dans tous les cas; il n'existe pas non plus d'autres symptômes témoignant de l'existence d'une insuffisance cardiaque passagère, et J. Munson précise même que le cœur ne prend aucune part à la crise convulsive; l'hypertension brusque qu'on pourrait supposer au cours des crises n'a pas été constatée, on a même vu une hypotension considérable (Hartenberg), ce n'est donc pas par le mécanisme que le cœur se fatiguerait, et d'ailleurs on ne comprendrait pas alors qu'il en soit si rarement ainsi. Pour toutes ces raisons, la théorie mécanique de l'œdème aigu du poumon ne semble donc pas applicable au cas présent. La théorie toxique n'est guère satisfaisante non plus; quel serait le poison en cause? une soudaine hyperépinéphrie? la preuve n'en a pas été fournie malgré que Moutier rapportant des cas d'œdème aigu du poumon chez des blessés du crâne (éventualité voisine de l'épilepsie), préfère invoquer, au lieu du traumatisme nerveux, une brusque hyperépinéphrie, sans apporter d'ailleurs aucune preuve de son existence. Serait-ce le poison épileptogène? mais son existence reste encore bien hypothétique, malgré les nombreuses recherches effectuées à son sujet. D'ailleurs la théorie toxique, à elle seule, n'explique rien; il resterait à montrer l'action de ce poison, soit vasculaire (hypertension), soit nerveuse (troubles vaso-motenrs), et nous arrivons à la dernière explication. D'après cette théorie nerveuse, l'œdème aigu du poumon, relève d'une brusque vaso-dilatation aboutissant à l'exsudation dans les voies aériennes d'un liquide séro-albumineux ou même hémorragique suivant l'intensité du processus. En l'absence d'autres explications, celle-ci nous paraît ici très acceptable, et cette vaso-dilatation est évidemment d'origine sympathique. Il y a du reste d'autres exemples analogues, œdèmes aigu du poumon dans les myélites (Thèse de Fourneau, obs. I), dans des états dits névropathiques mais peut-être rattachables au petit mal (*Ibid*, obs. II), dans lesquels la vaso-dilatation d'origine nerveuse est également très vraisemblable. On pourrait également invoquer une perturbation brusque du fonctionnement cardiaque d'origine nerveuse (sympathique) entraînant une insuffisance gauche paroxystique purement dynamique ou fonctionnelle sans lésion cardiaque organique; cette explication, qui peut d'ailleurs se superposer à la première, nous paraît cependant plus compliquée, en tout cas elle suppose toujours à sa base une brusque perturbation sympathique.

On peut d'ailleurs rapprocher de l'œdème aigu du poumon dans l'épilepsie, l'état pulmonaire analogue du choc anaphylectique, lequel présente avec la crise d'épilepsie de nombreuses analogies sur lesquelles il n'y a pas lieu d'insister ici.

LES PHÉNOMÈNES GASTRO-INTESTINAUX, douleurs, vomissements, diarrhée, paroxystiques sont aisément rapportables au sympathique; on connaît bien son rôle dans les manifestations paroxystiques du tabes, auxquels ces phénomènes sont assez comparables; dans les aortites abdominales on a signalé des épisodes diarrhéiques analogues attribués généralement à l'irritation du sympathique péri-artériel, aboutissant à la vaso-dilatation intense et à l'exsudation œdémateuse.

LES PHÉNOMÈNES VASCULAIRES, sont aussi de même origine, modifications tensionnelles, symptômes groupés sous le nom de « crise hémoclasique » attribuables à des perturbations de l'équilibre vasculo-sanguin d'origine sympathique (Tinel et Santenoise, Arloing et Langeron). Les sensations angineuses ou anginiformes, se conçoivent actuellement de la même façon par la notion d'un réflexe viscéro-sensitif et viscéro-moteur (Rapport au *Congrès de médecine de Nancy*, 1925) se passant dans les territoires sympathiques, et dont le point de départ est

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 89, p. 1441.

ici une perturbation centrale et non plus une altération viscérale.

La crise d'asthme est évidemment réductible à une perturbation du sympathique respiratoire aboutissant à une profonde altération du rythme au profit de l'inspiration; des considérations analogues s'appliquent à la migraine; ces deux manifestations, succédant ou alternant avec la crise comitiale ont avant tout un substratum physio-pathologique de nature sympathique.

Les manifestations urinaires, polyurie, albuminurie, hématurie, augmentation des éliminations, sont identiques à celles que notait expérimentalement Vulpian après section des splanchniques, entraînant une vaso-dilatation rénale intense.

Les manifestations cénestopathiques diverses ne peuvent être que d'origine sympathique; on peut les interpréter, ou bien comme des sensations perçues anormalement alors qu'à l'état habituel les renseignements d'origine viscérale ne le sont pas, ou bien plutôt comme la projection dans un territoire périphérique d'une irritation centrale.

Nous pensons donc avoir montré que dans tous ces cas, il existe un facteur sympathique unique ou prédominant et que la perturbation brusque de cet élément est à la base des phénomènes pathologiques. Peut-on aller plus loin dans cette interprétation en précisant le sens général et la signification de ces perturbations? On peut remarquer que ces diverses manifestations peuvent se grouper en deux phases principales; une premières coïncidant avec le début de l'attaque et la phase tonique et de *sens vaso-constructeur*, que la conception sympathique et parasympathique rattache à l'excitation du sympathique; une deuxième tardive ou terminale de *sens vaso-dilatateur* (cyanose, œdème pulmonaire, diarrhée, polyurie), due à l'excitation para-sympathique. Ces phases alternantes sont du reste communes à tous les phénomènes dits de chocs, à la base desquels se retrouve un brusque dérèglement sympathique.

Feré avait proposé pour l'interprétation de ces faits la *théorie de l'épuisement*; par analogie aux parésies post-convulsives attribuables à une fatigue passagère causée par la surabondante consommation d'activité pendant les convulsions, Feré supposait que les divers symptômes viscéraux, surtout de sens vaso-dilatateur pouvaient être rapportés à un épuisement semblable. Cette manière de voir suppose un *tonus* constant et de même sens dans les divers appareils, elle implique également la reconnaissance de la nature *paralytique* de ces manifestations. Si au contraire on adopte la notion de *kinésies positives et négatives* proposée par notre maître le P. Bard, il n'y a plus lieu de parler d'épuisement mais bien d'excitation dans un sens ou dans un autre, aboutissant dans tous les cas à des phénomènes réellement actifs, ces excitations se faisant au début dans le sens sympathique ou vaso-constricteur, à la fin dans le sens para-sympathique ou vaso-dilatateur. Ce mode de succession évolue parallèlement au fonctionnement synergique puis alternant des divers centres psycho-moteurs (Bard), la synergie aboutissant à la contraction tonique, l'autre à la clonique. Si on a une tournure d'esprit finaliste, on peut voir facilement dans la crise d'épilepsie, l'explosion causée par l'accumulation d'un toxique, dans la première phase l'action globale de ce toxique et dans la seconde l'effet éliminateur de l'organisme (polyurie, diarrhée, sécrétions diverses) qui termine la crise, manière de voir, peut-être un peu simpliste, mais qu'on peut aisément appliquer à la plupart des phénomènes critiques.

Malgré les obscurités que compte encore cette question, comme du reste la plupart de celles qui ont trait au fonctionnement normal ou pathologique du sympatique, on peut cependant retenir la conclusion suivante : le sympathique chez l'épileptique est habituellement anormal dans son fonctionnement; les manifestations viscérales de l'épilepsie dépendent d'une perturbation brusque dans le fonctionnement de ce sympathique, perturbation de sens vaso-constricteur ou sympathique au début, vaso-dilatateur ou parasympathique à la fin.

IV. Quel est le rapport de ces manifestations viscérales avec la crise épileptique elle-même? — Nous avons vu qu'au point de vue clinique ces manifestations se produisaient avant, pendant, après les crises comitiales ou encore à leur place; nous avons vu qu'au point de vue pathogénique elles dépendaient de la brusque perturbation d'un sympathique en état de dysfonctionnement. On peut maintenant aller plus loin et se demander si par rapport à la crise convulsive elle-même, ces manifestations sont une conséquence ou une cause. En d'autres termes la question en vient à étudier le rôle du sympathique dans la crise convulsive proprement dite et de l'importance comme de la qualité qu'on attribuera à ce rôle, découlera l'idée que l'on se fera des rapports pathogéniques existant entre les manifestations viscérales et la crise dans l'épilepsie.

Sans remonter jusqu'aux explications fantaisistes des anciens, on peut rappeler qu'à la période où régnait encore le dogme de l'inexcitabilité cérébrale, Marhall Hall avait vu dans la crise convulsive un syndrome de brusque excitation bulbaire, tandis que Brown-Séquard, s'appuyant sur les expériences de Claude Bernard, y voyait le résultat de l'irritation du sympathique cervical. Après que Fritz et Hitzig, puis bien d'autres, eurent irréfutablement démontré la réalité de l'excitabilité corticale ainsi que le résultat global ou partiel de la mise en jeu des centres moteurs, il devint bien évident que la cellule cérébrale motrice devait être tenue pour responsable des manifestations convulsives de l'épilepsie, mais par quel mécanisme?

Deux opinions se partagent encore les suffrages, celle de l'excitation corticale directe et celle de la lésion corticale cause d'appel localisateur d'un processus pathologique plus général.

Dans la première théorie, on assimile la crise convulsive à la décharge d'une bouteille de Leyde, on invoque des actions toxiques, des poisons épileptogènes de nature encore indéterminée, des changements de réaction sanguine dans le sens de l'alcalose et du déficit calcique, ou bien on pense à une cause circulatoire, hyperhémie ou anémie; tous ces facteurs constituent les diverses pathogénies de l'épilepsie agissant par le mécanisme de l'excitation directe de la cellule corticale.

Dans la seconde théorie, ces diverses vues se complètent à la lumière de constatations cliniques et expérimentales aboutissant aux lois d'appel et de rappel en pathologie nerveuse. Tripier, Claude et Lejonne ont démontré expérimentalement qu'une lésion antérieure et guérie, encéphalique ou ménin-

gée de la zone motrice, était une cause de la localisation d'un poison (absinthe, morphine) administré ultérieurement et devenu de ce chef épileptogène. Cette lésion peut même affecter le système nerveux périphérique et revêtir un caractère héréditaire transmissible (Brown-Séquard). En clinique, cette lésion locale se rencontre, soit de façon macroscopique et grossière (épilepsies traumatiques et symptomatiques), soit discrète et microscopique (scléroses névrogliques, encéphalopathies diverses, épilepsie essentielle). A la faveur de cette épine locale préexistante, une cause agissante porte avec prédilection son action à ce niveau ; ce peut être un toxique exogène (alcool), endogène (poisons métaboliques encore mal connus, troubles de la crase sanguine, actions endocriniennes mystérieuses et complexes), une infection, un phénomène de choc (anaphylaxie de diverse cause), une action vasculaire surtout anémiante (constatations expérimentales de Leriche), etc. Ces divers facteurs peuvent être considérés comme exerçant leur action directement sur la cellule corticale, et alors cette manière de voir ne diffère de la précédente que par la notion de l'épine localisatrice.

Mais il existe actuellement une tendance à voir les choses autrement et à comprendre l'action des diverses causes pathogènes comme s'exerçant non plus *directement* sur la cellule corticale *par excitation*, mais *indirectement* par l'intermédiaire du sympathique qui déclanche cette anémie corticale intense et met en branle les phénomènes pathologiques par *inhibition* de la cellule corticale et *libération* (Hartenberg) des automatismes inférieurs ; cette vaso-constriction corticale correspond à celle des expériences de Claude Bernard sur le sympathique, elle a été constatée opératoirement, elle coïncide avec la phase vaso-constrictive générale notée précédemment au début de la crise. En somme tout se passe comme si un sympathique hyperexcitable et déréglé dans son fonctionnement (nous avons vu qu'il en était souvent ainsi chez l'épileptique) réagissait à des causes diverses (toxiques, infectieuses, chocs, etc.), par une vaso-constriction cérébrale intense appelée par l'épine locale antérieure ; cette vaso-constriction frappe de stupeur l'élément cortical, libère les automatismes inférieurs et les manifestations épileptiques s'ensuivent. Dans cette manière de voir, le terrain épileptique est constitué par l'état anormal du sympathique et la lésion locale (acquisitions individuelles ou héréditaires), le facteur épileptogène varie avec les cas particuliers, mais le mécanisme pathogénique des accidents reste identique. Cette conception qui, du reste, ne s'oppose pas formellement à la notion de l'excitation corticale directe, mais la complète par certains côtés, a le mérite de faire ressortir les liens qui apparentent l'épilepsie à la migraine, à l'asthme et autres manifestations similaires, en montrant le rôle initial du sympathique perturbé dont l'action se fait ensuite sentir dans divers territoires organiques à la faveur du terrain local antérieur.

Certains auteurs, Bœcke et Fisher cités par Laignel-Lavastine, pensent même que le sympathique pourrait avoir une action locale propre sur les muscles, qui possèdent anatomiquement des filets sympathiques. Sans aller jusque-là il faut reconnaître que l'opinion actuelle tend à accorder au sympathique un rôle important dans le mécanisme de la crise comitiale, et de la façon que nous venons d'indiquer rapidement.

La place à donner aux manifestations viscérales dans le cadre général de l'épilepsie variera donc suivant l'idée que l'on se fera de la crise convulsive : si l'on admet l'excitation corticale primitive, il ne s'agit que de l'extension aux groupes cellulaires cérébro-spinaux, racines du sympathique, de l'excitation anormale née au niveau des cellules motrices ; si au contraire on est partisan de la dernière manière de voir, l'épilepsie viscérale est soit contemporaine, soit même antérieure à l'épilepsie.

Pour conclure, il est bien évident que dans l'épilepsie habituelle, la dominante, anatomique, clinique, *est nettement cérébrale* et que les manifestations viscérales nous apparaissent le plus souvent comme *des phénomènes d'extension* de la perturbation critique au système sympathique.

Néanmoins étant donné le rôle que peut jouer le sympathique dans le mécanisme pathogénique de la crise comitiale, il est permis de supposer l'existence d'épilepsies, *surtout et primitivement* sympathiques où ces phénomènes viscéraux sont alors les premiers en date ; il pourrait même y en avoir *d'uniquement* sympathiques dans le cas où la perturbation paroxystique demeure purement viscérale.

Comme dans beaucoup de cas en pathologie, au lieu d'opposer des pathogénies et des conceptions différentes, il y a lieu de chercher si ces explications différentes ne s'appliquent pas en réalité à des phénomènes différents qu'il faut alors distinguer par des diagnostics différentiels ; et tel est probablement le cas de l'épilepsie.

V. Indications thérapeutiques. Conclusions générales. — Le traitement de l'épilepsie viscérale, en dehors de quelques indications bien particulières comme la saignée dans l'œdème aigu du poumon, ne présente rien de spécial et consiste essentiellement dans la médication anti-épileptique sur laquelle il n'y a pas lieu d'insister.

On peut de cette étude conclure, au moins provisoirement de la façon suivante. Il existe dans la crise d'épilepsie, et sans préjuger de la pathogénie de celle-ci, un certain nombre de manifestations viscérales d'importance et de fréquence variables, précédant la crise, lui succédant ou la remplaçant. Ces manifestations sont liées à la perturbation brusque, sous des causes variées, d'un sympathique généralement en état de fonctionnement anormal. Le sympathique joue un rôle important, dont les modalités peuvent être encore discutées, dans le mécanisme pathogénique de la crise d'épilepsie.

La vaso-constriction cérébrale brusque localisée par une lésion corticale antérieure, peut être considérée comme un mécanisme probable de la crise, par inhibition cérébrale, et sous la dépendance de l'excitation du sympathique cervical. Suivant les cas, les manifestations viscérales peuvent être considérées comme résultant de l'excitation directe du sympathique ou de l'extension au sympathique de la perturbation corticale.

Ces faits ont un intérêt pratique immédiat, connaissance séméiologique de ces manifestations viscérales, valeur de certains symptômes (réflexe oculo-cardiaque, albuminurie) pour le diagnostic rétrospectif de la nature organique d'une crise convulsive. Au point de vue de la pathologie générale, ils posent des problèmes intéressants, mais dont la solution n'est pas définitivement fournie ; rôle du sympathique dans la pathogénie de l'épilepsie et dans le mécanisme pathogénique de la

crise; analogies avec d'autres manifestations pathologiques dans lesquelles le rôle du sympathique est plus ou moins bien établi, asthme, migraine, phénomènes dits « de choc ».

De tout ceci ressort au premier plan l'importance que tend à acquérir dans de nombreux cas pathologiques le système nerveux de la nutrition, importance dont la notion claire nous échappe encore souvent et dont l'étude est entourée de tant de difficultés. Mais ce qu'on sait déjà laisse entrevoir l'intérêt de ce qui reste à découvrir, car, ainsi que l'a dit justement P. Marie « Le sympathique est la terre promise du neurologiste ».

INDICATIONS DES PRINCIPAUX TRAVAUX ET OUVRAGES CITÉS OU CONSULTÉS

Arloing (F.) et Langeron (S.). Les phénomènes de choc en pathologie et en expérimentation, *Journ. de méd. de Lyon*, 1923, p. 385; — Faits expérimentaux concernant l'action modificatrice du réflexe solaire sur les chocs vago-sympathiques; applications cliniques parallèles, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 16 janv. 1923.

Arloing (F.), Mlle Guillemin et Langeron (S.). Action suspensive du réflexe solaire sympathicotonique sur les manifestations convulsives du choc vagotonique chez l'animal, *Soc. de biol.*, 2 déc. 1922.

Aymes et Favavelli. L'albuminurie postparoxystique dans les formes convulsives de l'épilepsie, *Comité méd. des Bouches-du-Rhône*, nov. 1924; *Presse méd.*, 13 déc. 1924.

Bard (L.). Du rôle et du mécanisme des actions d'arrêt. Distinction des kinésies négatives et des inhibitions, *Revue de neurol.*, fév. 1922, n° 2, p. 121; — Physiologie normale et pathologique des dispositifs récepteurs périphériques et des voies centripètes du sympathique, *Ann. de méd.*, juin 1922, t. XI, n° 6, p. 453; — Du mécanisme physiologique des modalités cinétique et statique des contractions musculaires, *Revue de neurol.*, déc. 1924, t. II, n° 6, p. 587.

Beyne. Troubles trophiques consécutifs à la résection du sympathique cervical, *Th. de Lyon*, 1902-1903.

Bigwood. L'équilibre physico-chimique du sang dans l'épilepsie, *Ann. de méd.*, 1924, t. I, p. 25.

Bouché. *L'Epilepsie essentielle*, Bruxelles 1909, imprimerie médicale et scientifique L. Severeyns.

Bouttier et Mathieu. Sur un cas d'épilepsie jacksonnienne avec troubles vaso-moteurs concomitants, *Soc. de neurol.*, 14 déc. 1922; *Revue de neurol.*, 1922, p. 1519.

Bouttier et Rodriguez. Etudes sur les variations du taux de l'urée dans l'épilepsie, *Ann. de méd.*, 1920, t. II, p. 354.

Briand. *Soc. de psych.*, 19 avril 1923.

Brocq. Contribution à l'étude clinique de la pathologie générale des dermatoses. Les fluxions et les alternances morbides, *Ann. de dermat.*, mars-avril 1909, p. 166 et 167.

Burlureaux. Art. ÉPILEPSIE, *Dictionnaire Dechambre*, 1887.

Chartier. Epilepsie avec bradycardie paroxystique, *Soc. de psych.*, 19 janv. 1911; *Encéphale*, 1911, t. I, p. 177.

Cotte et Rebattu. Epilepsie et castration, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 19 fév. 1924; *Lyon méd.*, 1924, p. 215.

Feré (Ch.). *Les Epilepsies et les épileptiques*, Paris 1890, Félix Alcan.

Fourneau. De l'œdème du poumon, *Th. de Paris*, 1897-1898.

Guillaume. *Soc. de biol.*, 15 juillet 1922; *C. R. de la Soc. de biol.*, t. LXXXVII, n° 34, p. 516.

Hartenberg. Les accidents épileptiques par inhibitions cérébrales incomplètes ou partielles, *Presse méd.*, 23 déc. 1922, n° 102, p. 1111; — Les conditions favorisantes des paroxysmes épileptiques, *Presse méd.*, 30 avril 1924, n° 35, p. 379.

Hirsch. Manifestations vasculo-capillaires unilatérales au cours de l'épilepsie, *Med. Klin.*, 11 janv. 1925, t. XXI, n° 2, analysé in *Presse méd.*, 16 mai 1925.

Janson (J.). La mort dans l'épilepsie, *Medical Record*, 8 janv. 1910, n° 2044, p. 58, analysé in *Revue de neurol.*, 1910, t. I, p. 714.

Laignel-Lavastine. *Pathologie du sympathique*, 1924, Félix Alcan; — *Sur le Rôle du sympathique dans l'épilepsie*, p. 585-587; — Nombreuses indications bibliographiques, passim et p. 949-952.

Langeron (L.). De l'œdème aigu du poumon, manifestation viscérale de l'épilepsie, *Presse méd.*, 17 janv. 1925, n° 5.

Legrain et Marnier. Epilepsie et mort rapide par œdème pulmonaire, *Arch. intern. de neurol.*, juillet 1913.

Lépine (J.). *Journ. de méd. de Lyon*, 1923, p. 357.

Leriche. Sur le mécanisme de l'épilepsie jacksonnienne, *Soc. méd. des hôpit. de Lyon*, 12 oct. 1920; *Lyon méd.*, 1920, p. 939; — Quelques faits de physiologie pathologique touchant l'épilepsie jacksonnienne consécutive aux blessures de guerre, *Presse méd.*, 1920, n° 66, p. 645.

Marchand. Epilepsie et glandes endocrines, *Revue de neurol.*, 1922, p. 1435.

Moutier. Œdème aigu du poumon chez les blessés craniocérébraux, *Presse méd.*, 1918, n° 12, p. 108.

Munier. Les troubles sympathiques dans les états convulsifs. Essai pathogénique, *Th. de Nancy*, 1920-1921, n° 164.

Munson (J.). L'action du cœur avant et pendant l'attaque d'épilepsie, *Journ. amer. med. Assoc.*, 20 fév. 1908, p. 680, analysé in *Revue de neurol.*, 1908, p. 766.

Netter. Epilepsie généralisée consécutive aux traumatismes cranio-cérébraux, *Th. de Paris*, 1917.

Ohlmacher (A. L.). Acute pulmonary œdema as terminal event in certain forms of epilepsy, *Amer, Journ. of the med. sc.*, new series, 1910, t. I, p. 417.

Pagniez. De la nature de l'épilepsie dite essentielle d'après quelques travaux récents, *Presse méd.*, 1921, n° 59, p. 582.

Pierret. Pathogénie de l'épilepsie, *Revue de méd.*, 1913, p. 521.

Rebattu, Mollon et Sedaillan. Epilepsie et fonctions ovariennes, *Lyon méd.*, 1922, p. 1028; — A propos d'une centaine de cas d'épilepsie, *Journ. de méd. de Lyon*, 1923, p. 404.

Roger. L'épilepsie traumatique, *Monde méd.*, 1er sept. 1922, p. 609.

Rose. Epilepsie et bradycardie, *Soc. de psych.*, 15 déc. 1910.

Row Jeremy (H.). Un cas de fausse angine de poitrine chez un épileptique, *Journ. of ment. sc.*, janv. 1905, n° 212, p. 135, analysé in *Revue de neurol.*, 1905, p. 910.

Santenoise et Tinel. Action du gardénal sur les manifestations leucocytaires de l'hémoclasie digestive chez les épileptiques, *Soc. de biol.*, 9 nov. 1921.

Shanahan (A. William T.). Acute pulmonary œdema as a complication of epileptic seizures, *New-York med. Journ.*, 11 janv. 1908, t. LXXXVII, n° 1, p. 54.

Tinel. Nouvelles conceptions et nouveaux traitements de l'épilepsie, *Médecine*, fév. 1922.

Toulouse et Marchand. De l'état de mal épileptique, *Presse méd.*, 5 juillet 1922, n° 53, p. 565.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les Médicaments cardiaques, par le docteur L. Cheinisse. Un volume de 180 pages. — Prix : 14 fr. — Paris, Masson et Cie.

Les Maladies de l'ovulation, par Paul Dalché, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. In-8 de 176 pages. — Prix : 12 fr. — Paris, Vigot frères.

Guide pratique d'analyses médicales par des méthodes simples et rapides. Prélèvements. Technique. Résultats. Interprétation, par Ed. Moreau, chef de laboratoire à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, docteur en pharmacie. In-8 écu de 188 pages avec 50 figures. — Prix : 10 fr. — Paris, Vigot frères.

Klinische Symptomatologie innerer Krankheiten, par Ortner. Bd III, M. geh. 18, geb. 21. — Berlin et Vienne, Urban et Schwarzenberg.

Lourdes. Faits constatés. Pour redresser quelques erreurs, par le docteur G. Bitterlin. Un volume in-16. — Prix : 5 fr. — Paris, Vigot frères.

XXXIVe CONGRÈS
DE
L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925) (1).

DISCUSSION DE LA TROISIÈME QUESTION

DE L'APPAREILLAGE DES FRACTURES DE L'HUMÉRUS ET DU FÉMUR

M. Frœlich (de Nancy) dans les fractures obstétricales' rabat la cuisse de l'enfant sur son ventre et l'y fixe avec du leucoplaste. Cette méthode est simple, permet les soins de propreté et le pansement du cordon ombilical. Huit à dix jours suffisent à la consolidation.

Chez le nourrisson, on fixe le membre dans la même position, mais on l'y maintient grâce à une gouttière de carton ou de feutre plastique placée sous le fémur et dans le creux poplité.

Vers trois ans, on utilise la traction continue avec bandes de leucoplaste et planche orthopédique. Celle-ci doit avoir la longueur de l'enfant plus 15 centimètres, et sa largeur au niveau des épaules plus dix centimètres. La planche est capitonnée et porte des courroies transversales correspondant aux aisselles et aux cuisses. Une cheville de bois capitonnée est enfoncée dans la planche au niveau de l'entre-cuisses. Au pied de la planche, une tige rigide permet la traction continue par une corde ou un caoutchouc.

Après trois ans, l'auteur recommande l'extension continue au leucoplaste et aux poids suivant un dispositif original.

Chez l'enfant turbulent rien ne vaut l'appareil plâtré : spica comme pour une coxalgie avec étrier enfoui dans le plâtre, traction au leucoplaste sur l'étrier.

Dans les fractures sus-condyliennes, immobilisation sur un pupitre formé de deux planches d'inégales longueurs avec charnières dont l'écartement est réglé par une corde soustendant l'angle.

Dans les fractures du col du fémur chez l'enfant, après réduction par la traction sur le lit mécanique, abduction et rotation interne, immobilisation, le genou en flexion.

L'auteur n'a jamais été contraint de faire d'ostéo-synthèse pour une fracture récente de cuisse chez l'enfant. Son indication doit être exceptionnelle.

M. Mauclaire (de Paris) fait remarquer que les fracturés, dans un grand service hospitalier, sont souvent négligés. Un fracturé appareillé doit être surveillé chaque jour. Il serait désirable que tous les blessés de ce genre fussent rassemblés dans une même salle organisée en vue de ce traitement et munie d'une installation radiographique.

MM. Bérard et Santy (de Lyon) indiquent, à l'aide de projections photo et radiographiques, les résultats presque toujours excellents qu'ils ont obtenus dans sept cas de fractures sus-condyliennes et quatre cas de fractures sous-trochantériennes, par la traction condylienne pratiquée à la manière de Steinmann.

MM. Mériel et Bertrand (de Toulouse) rapportent un cas où l'appareil plâtré de Whitmann appliqué pour une fracture cervico-trochantérienne du col chez une femme de soixante-deux ans, dut être enlevé quinze jours après, parce que la radiographie avait montré que les fragments n'étant plus maintenus en bonne position, il s'était fait une coxa valga secondaire. A ce propos, ils se demandent si chez les sujets âgés, la contention est aussi bonne que chez les enfants où le Whitmann donne de bons résultats. Pour cela, des radios de contrôle seront nécessaires, et si celles-ci établissaient dans une forte proportion que la réduction chez les vieillards se maintient aussi bonne que chez les enfants, les préventions contre le Whitmann disparaîtraient, attendu que l'heureuse modification de Judet a déjà permis à cette technique de ne plus provoquer l'hypostase pulmonaire, et de soustraire à la striction du plâtre certaines parties de la jambe.

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 82, p. 1331; n° 83, p. 1345, n° 84, p. 1366; n° 85, p. 1381, et n° 89, p. 1445.

M. Abadie (d'Oran). La pratique de la chirurgie de guerre n'a pas sensiblement modifié le traitement des fractures ouvertes. Il en va tout autrement de l'appareillage, qui a considérablement évolué. En ce qui le concerne, l'auteur a supprimé les gouttières en fil de fer, mais conservé l'attelle de Beckel. Puis il a, à demeure, un bâti de miss Gassette.

Pour l'humérus, d'emblée appareil de Leclercq; quelques jours après, gouttière plâtrée étroite, de pur maintien, allant de l'épaule au poignet; l'extension réductrice est devenue superflue ; le poids du membre suffit. Ablation précoce ; un peu de mobilité du cal activera sa consolidation. Dans des cas exceptionnels, corselet plâtré avec épaulière opposée et gouttière plâtrée coude-avant-bras reliée au corselet par un triangle axillaire et un appui en feuillard allant de l'épaule à l'avant-bras.

Pour le fémur, essentiellement l'attelle de Thomas et l'appareil de Delbet. L'attelle de Thomas vraiment rigide, est plus stable que celle de Lardennois : on a pu le vérifier sur les blessés du Maroc. Dans certains cas, suspension et traction avec l'attelle de Hogden. Chez les enfants, gouttière plâtrée antérieure pelvi-fémorale après réduction dans l'attelle de Thomas.

M. Calot (de Berck) préconise, dans les fractures de cuisse, l'extension continue associée à l'appareil plâtré.

Cette méthode qu'il a d'ailleurs précédemment décrite consiste à appliquer un grand plâtre de coxalgie et à pratiquer l'extension continue sur l'appareil plâtré. Le fragment inférieur est solidaire de l'appareil et est entraîné avec lui par l'extension tandis que le fragment supérieur reste fixé par l'anse de la contre-extension qui passe sous le plâtre et dont les deux chefs sont attachés à la tête du lit.

L'auteur montre 7 radios concernant une fracture du fémur avec raccourcissement de 5 centimètres, déplacement transversal de 4 centimètres et qui, après échec du Tillaux, fut parfaitement guéri en quarante-deux jours.

M. Judet (de Paris). L'auteur préconise l'usage d'une table à fractures spéciale, muni d'un dispositif radioscopique.

Dans le modèle qu'il a fait construire, un système de poulie mobile permet d'exercer dans la direction voulue, c'est-à-dire dans le prolongement du fragment supérieur, des tractions fortes avec des poids de 10 à 30 kilos. Une fois la réduction obtenue, cette table permet encore de construire un appareil plâtré précis sans qu'aucun déplacement puisse se produire pendant l'enroulement des bandes de Sayre.

A titre d'exemple l'auteur rapporte l'observation d'une fracture sous-trochantérienne avec forte abduction du fragment supérieur et raccourcissement de 5 centimètres, chez un enfant de treize ans bien musclé. La réduction anatomique idéale put être obtenue sur la table à fracture et maintenue par un grand plâtre.

Chez les adultes l'auteur est resté fidèle à l'extension forte sur le membre rectiligne. Une gouttière de cuisse en aluminium sert à placer des tampons destinés à corriger les déplacements antéro-postérieurs. Il faut en particulier éviter la chute en arrière du fragments inférieur, de manière à conserver la courbure à convexité antérieure à grand rayon que présente normalement la diaphyse du fémur. La perte de cette courbure entraîne l'hyperextension douloureuse du genou.

M. Dupuy de Frenelle (de Paris) considère les appareils d'extension continue non pas comme des moyens de réduction mais comme des moyens de contention destinés à préparer et à faciliter les manœuvres du chirurgien.

Pour les fractures du corps de l'humérus l'auteur utilise des bracelets de feutre remplis de limaille de plomb qui forment extension par leur poids et qui corrigent le déplacement transversal des fragments par leur serrage progressif et gradué.

Les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus sont traités par un appareil thoraco-brachial qui permet l'extension continue sur le bras placé en abduction et en rotation externe.

Dans les fractures du corps et de l'extrémité supérieure du fémur l'extension est faite par le moyen d'un étrier adhésif remontant jusqu'à la racine de la cuisse. Le membre repose sur une gouttière de roulement dont la semelle est glissée entre l'étrier et le pied. Le décalage du membre est corrigé en fixant le pied à la semelle. Ce dispositif permet de régler très facilement le degré d'abduction du membre et de la traction.

Dans les fractures sus-condyliennes, le fragment inférieur fléchi dans le creux proplité est relevé par une sorte de fer à

cheval muni de deux vis plantées immédiatement au-dessus des condyles. Le membre est mis en traction sur la gouttière de roulement. Et le fer à cheval est suspendu par un lien élastique à une tige de bois qui part du sommet de la semelle.

M. Trèves (de Paris) emploie de préférence l'appareil de Séjournet dans les fractures de l'extrémité supérieure de l'humérus même chez le vieillard, et dans les fractures diaphysaires sans trop de déplacement ni de décalage. Dans le cas inverse il trouve indispensables les appareils à abduction réglable prenant le thorax et l'avant-bras.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure, les plus fréquentes des fractures de l'enfant et dont M. Trèves a étudié très complètement les résultats éloignés, il faut distinguer trois grandes variétés.

I. La fracture sus-condylienne à déplacement presque toujours postérieur et latéral interne. Elle sera réduite sous anesthésie en corrigeant les deux déplacements.

II. La fracture du condyle externe dont la réduction est plus difficile, mais a besoin de moins de précision, à condition d'obtenir la flexion complète.

Ces deux variétés seront maintenues par deux bracelets plâtrés l'un brachial, l'autre anti-brachial, réunis en avant par un pont plâtré. La position devra être la flexion à angle aigu, l'angle droit étant insuffisant. La vérification radiographique est indispensable et facile puisque le foyer de fracture est libre.

III. La fracture de l'épitrochlée ne nécessite pas d'appareil, seule la fracture sus-condylienne avec déplacement antérieur rare, sera immobilisée temporairement en extension.

L'auteur s'élève contre la mobilisation passive et surtout le massage qui produisent des désastres dans les fractures para-articulaires chez l'enfant.

Pour les fractures du fémur il reste fidèle au plâtre chez l'enfant et chez l'adulte maigre, à condition d'avoir une bonne table d'opération.

M. de Fourmestraux (de Chartres) qui a dirigé un centre de fractures pendant la guerre, est partisan de la standardisation des appareils. Au membre supérieur, il a appliqué le béquillon d'Alquier et surtout l'appareil de Grégoire. Ce dernier lui a donné de bons résultats constants. Le Delbet et ses dérivés offensent l'aisselle si on ne peut procéder à une surveillance très attentive.

Pour le membre inférieur, l'auteur reste partisan du Thomas, qui, si on a le soin de lui adjoindre une poulie à son extrémité distale, permet l'extension avec suspension. Le point d'appui supérieur doit être surveillé chaque jour.

Dans les fractures fermées sauf contre-indications spéciales dues au siège et nécessitant une suture ou un enchevillement, l'Hennequin bien appliqué reste un appareil excellent.

Les appareils du type : Service de santé à extension et suspension que présente M. Rouvillois, constituent un progrès réel. Il serait désirable que l'on puisse se les procurer facilement. Il serait également à souhaiter que dans chaque établissement hospitalier un service soit réservé aux fractures avec une installation convenable.

M. Petit de la Villéon (de Paris) insiste sur l'importance de l'*abduction* dans l'appareillage des fractures de l'humérus et de l'abduction seule, sans qu'il soit nécessaire le plus souvent d'y ajouter l'extension. Depuis treize ans, que l'auteur emploie systématiquement l'appareillage en abduction, ses résultats sont incomparablement supérieurs à ceux qu'il obtenait auparavant, par les autres méthodes.

Pour les fractures du fémur, l'auteur défend le grand appareil plâtré, contre les critiques que certains lui adressent. Pour les fractures fermées de la diaphyse, l'appareil plâtré, bien modelé, sur le bassin, et sur le membre, appliqué sous anesthésie générale et avec extension temporaire lui donne régulièrement les meilleurs résultats.

M. Pouliquen (de Brest). — *Humérus.* — L'auteur se sert le plus souvent d'un appareil à extension et abduction variable qu'il a construit pendant la guerre, c'est un appareil du genre Judet, Pascalis, Patel. Il a le grand avantage d'être d'une construction très facile; n'importe qui peut construire le modèle simple, et n'importe quel menuisier peut réaliser le modèle articulé.

Dans les cas où l'ostéosynthèse est indiquée, Pouliquen emploie le grand plâtre thoraco-brachial, mais il le fait en deux temps. Il fait d'abord un corset plâtré en l'armant au niveau de l'épaule de fils de fer.

Au bout d'un jour ou deux, quand le malade est habitué à son appareil, il peut l'endormir, et, après l'opération, il ne lui reste qu'à faire un plâtre circulaire de bras et à le suspendre à l'armature de l'épaule.

Fémur. — L'auteur se sert pour le transport d'un appareil qu'il a construit pendant la guerre et qui a été adopté par le Service de santé de l'armée. C'est un appareil à extension et contre-extension formé d'une attelle externe démontable et d'une gouttière d'aluminium. Il a essayé de se servir de cet appareil pour le traitement, mais il a dû le modifier, raccourcir l'attelle externe et allonger l'attelle interne; de plus, il a dû renoncer à la contre-extension par le lac périnéal.

Il préconise la méthode de Tillaux en y ajoutant un appareil très simple qui se compose uniquement d'un cadre de bois et d'une gouttière d'aluminium. Cet appareil permet de faire la réduction des fragments grâce à un levier constitué par une simple planchette fixée à l'extrémité inférieure de l'attelle externe. Il permet aussi de transporter le malade, de corriger la déviation des fragments au moyen de tampons glissés dans la gouttière, enfin de pratiquer la mobilisation du genou.

L'appareil peut être utilisé en suspension.

M. Rocher (de Bordeaux) estime que les fractures de l'enfant doivent le plus souvent être traitées par l'appareil plâtré qui a l'avantage d'être simple et de bien immobiliser. Toutefois il peut être utile en certains cas de combiner le plâtre à l'extension continue.

Ainsi dans les fractures de la diaphyse fémorale on fera d'abord quinze jours d'extension avant d'appliquer un grand appareil pelvi-pédieux. Durée de l'immobilisation totale : quarante-cinq jours environ.

Pour les fractures de la diaphyse humérale, application de l'appareil thoraco-antibrachial avec abduction du bras calculée sous contrôle radiographique pour la meilleure coaptation des fragments. Immobilisation : trente-cinq jours.

Dans les fractures obstétricales du fémur, l'auteur utilise un dispositif transportable avec extension verticale du membre : immobilisation : dix jours.

La réduction de toutes les fractures avec déplacement sera faite sous contrôle radioscopique.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Les injections d'auto-sang hémolysé à titre préventif en chirurgie. — M. Descarpentries (de Roubaix), revenant sur la communication faite au Congrès de 1922, insiste sur la grande différence qui existe entre l'autohémothérapie simple et les réinjections d'autosang hémolysé.

Les produits provenant des hématies et globules morts sont totalement différents de ceux mis en liberté par l'éclatement des éléments sanguins encore vivants. Pour avoir l'effet clinique maximum l'hémolyse doit être faite dans des conditions précises et l'auteur comme Mino de Turin désaprouve l'emploi des solutions anticoagulantes. L'autohémothérapie simple ne réinjecte que des albuminoïdes morts et n'est qu'une forme de protéinothérapie. L'autohémothérapie avec hémolyse des éléments vivants fait varier différemment la formule leucocytaire et de plus, ne donnant jamais de choc, n'occasionne ni accident ni incident.

L'auteur cite plusieurs observations d'où il résulte que les réinjections d'auto-sang hémolysé, outre leur action anti-infectieuse, ont une action anti-hémorrhagique intense, et activent le processus de cicatrisation.

Il conclut que cette méthode qui n'a aucune contre-indication et ne fait courir aucun risque est indiquée à titre préventif dans les opérations septiques comme l'appendicite aiguë et les trépanations pour ostéomyélite, dans les opérations où l'asepsie n'est jamais absolue soit par suite de la difficulté d'aseptiser la région comme la bouche ou le périnée, soit parce que l'opération comporte un temps septique comme les interventions portant sur le tube digestif, enfin dans les opérations sanglantes et septiques dont le type est la prostatectomie.

A un point de vue médical qui intéresse néanmoins le chirurgien, la méthode est un excellent moyen pour arrêter les

ménorrhagies de la puberté et de la ménopause, les métrorrhagies des fibromateuses et pour enrayer l'hémorrhagie interne de la grossesse tubaire en attendant la possibilité matérielle de l'opération.

Du traitement abortif des phlébites chirurgicales et obstétricales par l'hirudination (piqûres de sangsues). — M. Termier (de Grenoble), grâce à l'obligeance des confrères qui ont bien voulu lui communiquer leurs résultats, apporte une statistique importante de phlébites chirurgicales ou obstétricales, dans lesquelles l'hirudination du sang, obtenue au moyen des piqûres de sangsues, a eu un effet abortif tout à fait remarquable. Cette statistique atteint actuellement 73 cas. Dans toutes ces observations, déjà nombreuses, la chute de température s'est produite en cinq à six jours, la circulation veineuse s'est rétablie par désobstruction de la lumière de la veine et les malades ont pu se lever en moyenne du treizième au seizième jour. Dans trois cas seulement, les médecins traitants ont cru devoir différer le lever jusqu'aux dix-huitième, vingt et unième et vingt-troisième jours. Dans aucun des cas traités il n'y eut trace d'embolie pulmonaire.

Malgré plusieurs essais, l'auteur n'a pu préparer un extrait injectable de têtes de sangsues, qui puisse être aseptisé et conservé, tout en restant actif. Force est donc d'en rester aux piqûres de sangsues (3 ou 4), pratiquées aussitôt que possible à la racine du membre atteint, et renouvelées au besoin deux ou trois fois, de quarante-huit en quarante-huit heures. Il n'a jamais été nécessaire de faire plus de trois séries de piqûres. Dans sept des cas nouveaux, on a pu constater expérimentalement la réalité de l'hémophilie ainsi créée. Le sang déposé sur une lamelle ne se coagule pour ainsi dire pas, si la prise est faite de quatre à huit heures après la piqûre. Passé ce délai, la coagulation est lente et imparfaite pendant deux jours environ, après quoi elle redevient peu à peu normale. D'où la nécessité indiquée plus haut de renouveler au besoin la série des piqûres hirudinisantes jusqu'à rétablissement de la lumière veineuse et disparition du risque de caillot.

Pendant cette période, il y a laquage marqué du sérum, mais les globules ne paraissent pas touchés et microscopiquement ils ne présentent ni crénelures, ni déformations. Il y a toujours une leucocytose assez prononcée, avec peu de polynucléaires. Le laquage ne paraît donc pas être en rapport avec une destruction des hématies, mais, plutôt avec la redissolution du caillot et des hématies qu'il contient. Et il apparaît ainsi comme un élément pronostic très favorable et du plus haut intérêt.

Quant au mécanisme intime de l'hémophilie par hirudination il est certainement difficile à expliquer.

L'hirudine agit-elle comme un anti-ferment, comme une anti-plasmase, empêchant celle-ci de décomposer le fibrinogène et de précipiter la fibrine? Il est plus probable qu'il s'agit d'une solubilisation du reticulum frais de fibrine en présence de l'hirudine en minime quantité. De fait in vitro, un peu de fibrine fraîchement obtenue est redissoute par le sérum dans lequel on a broyé une tête de sangsue.

Quoi qu'il en soit cette hémophilie transitoire empêchant la formation du caillot, ou amenant sa dissolution s'il est récemment formé, apparaît actuellement indéniable. Et il n'y a, à l'heure actuelle, qu'un insuccès, concernant une phlébite du membre supérieur, sur laquelle manquent d'ailleurs des renseignements précis.

Quelques observations de greffes italiennes. — M. Tailhefer (de Béziers).

Traitement des cancers externes et accessibles par l'électrocoagulation chirurgicale. — M. Stéfani (de Nice) a repris depuis deux ans en la modifiant d'ailleurs notablement l'électrocoagulation de Doyen.

Il présente au congrès de nombreuses observations concernant des cancers de siège très varié : peau, lèvres, joue, amygdales, voile du palais, verge, utérus, etc.

Les résultats obtenus paraissent encourageants et de nature à modifier le pronostic de plusieurs cancers.

L'auteur insiste sur le fait que sa méthode doit être considérée comme chirurgicale, c'est-à-dire associée étroitement à des actes purement chirurgicaux : Ligature, exérèse des groupes ganglionnaires envahis ou simplement suspects ; ouvertures des voies d'accès : Rhinotomies, jugotomies, orbitotomies, pharyngotomies, périnéotomies, etc.

Le chirurgien utilisant tout un jeu d'électrodes appropriés, doit procéder à la destruction diathermique de *proche en proche* jusqu'à dépassement certain de l'infiltration néoplasique.

(*A suivre.*) Chastenet de Géry et Dariau.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 3 novembre 1925)

Sur la genèse de la contraction rythmique du cœur. — M. F. Henrijean.

Contribution à l'étude de l'hématoporphyrine. — M. René Fabre.

Sur l'azotémie au cours du mal de montagne. — M. H. Guillemard.

Transparence des eaux naturelles aux rayons ultra-violets. — MM. J. Duclaux et P. Jeantet.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 10 novembre 1925)

Rapport de la Commission de la lèpre. — M. Jeanselme. A la suite d'un cas de lèpre observé en France en 1923 chez un enfant contaminé par son père, revenant des colonies, l'Académie a chargé M. Jeanselme de lui faire un rapport, au nom de la Commission de la lèpre, sur la prophylaxie de cette maladie en France.

Les anciens foyers de lèpre en France ont presque complètement disparu, il n'y aurait plus que dix lépreux dans les Alpes-Maritimes.

La répartition des lépreux en France est très inégale, ainsi que l'a montré une enquête approfondie.

Il n'y a plus maintenant que des cas d'importation. Celle-ci est faite par deux catégories de lépreux, les lépreux aisés et les pauvres ou les vagabonds. Ces derniers errent dans toute la France. M. Jeanselme cite une jeune lépreuse de Constantinople qui parcourait toutes les foires de Marseille à Bordeaux.

Les lépreux riches gagnent la capitale ou les grands centres pour chercher des soins, ils vont dans les stations balnéaires, fréquentent les grands hôtels, engagent des domestiques et sont ainsi un danger permanent pour la France.

Que peut-on faire dans la pratique pour lutter contre cette invasion de lépreux!

M. Jeanselme propose :

1° D'inscrire la lèpre parmi les maladies dont la déclaration est obligatoire;

2° De soumettre les lépreux vivant à domicile, ainsi que les personnes de leur entourage, à des examens répétés pratiqués par des médecins spécialisés dans la dermatologie;

3° De créer auprès des cliniques dermatologiques des asiles destinés à recueillir et à traiter les lépreux, quelle que soit leur condition de fortune.

Les malades étrangers à l'hôpital Tenon. Statistique portant sur six mois. — M. P. Emile-Weil rapporte la statistique des malades étrangers soignés pendant six mois (fin 1924 et 1er trimestre 1925) à l'hôpital Tenon. 8.321 Français ont été reçus tant en médecine qu'en chirurgie contre 527 étrangers, soit une proportion de 6,4 p. 100 étrangers.

Dans son propre service, M. P. Emile-Weil a reçu 30 étrangers contre 385 Français, soit une proportion de 7 p. 100 environ d'étrangers. Par l'étude de leur état de santé présent ou antérieur, par les commémoratifs, on peut juger que 33 p. 100 présentaient des affections bénignes passagères, et 66 p. 100 des lésions persistantes, diminuant notablement leur

valeur sociale et mettant certains d'entre eux à la charge de l'Assistance publique.

La plupart de ces malades n'étaient en France que depuis peu de temps, les plus anciens depuis 1920. Les tuberculeux sont richement représentés dans cette statistique, 9 sur 30. Un tiers des malades étaient mariés avec charge de famille.

Dans ces conditions, on peut conclure que beaucoup de ces étrangers sont arrivés malades en France, et l'on doit se demander si l'on ne pourrait pas prendre des mesures réglementant l'immigration, en demandant aux étrangers à leur entrée un état de santé satisfaisant.

L'assainissement de la campagne romaine au moyen âge par les religieux français. — M. le professeur Brumpt donne lecture d'une notice adressée par Mme Anna Celli (de Rome), sur l'assainissement de la campagne romaine au moyen âge par les religieux français.

Les premières tentatives furent faites par Saint Odon, fondateur de l'Abbaye de Cluny, appelé par Alberic II, sénateur de Rome; il vint en Italie en 936 et y fonda quatre couvents dans des régions palustres qui furent mises en valeur par les religieux. Deux siècles plus tard les papes appelèrent les moines Cisterciens (de Clairvaux) qui cultivèrent le sol et fondèrent de nombreuses abbayes dans les régions les plus insalubres de l'Italie. Le pape Innocent III créa des hôpitaux à Rome pour les paludéens et demanda aux chevaliers du Saint-Esprit, disciples de Guy de Montpellier, de lui venir en aide, ce qu'ils firent volontiers et c'est pourquoi la reconnaissance publique a donné leur nom à plusieurs hôpitaux de Rome.

Essai de sérothérapie contre les empoisonnements par champignons vénéneux. — M. Dujarric de la Rivière. Poursuivant ses recherches sur les empoisonnements par amanites (juin 1923), l'auteur a obtenu un sérum anti-phallinique, qui a donné sur l'animal des résultats intéressants.

Des essais faits chez l'homme montrent que ce sérum peut être employé sans danger. Il faut l'injecter le plus rapidement possible en injections sous-cutanées et surtout intramusculaires à la dose de 20 centimètres cubes ou plus. Il n'empêche pas la thérapeutique ordinaire et notamment les toni-cardiaques.

Les indications essentielles de l'oléothorax dans la pratique du pneumothorax artificiel. — M. Kuss montre le grand intérêt de la méthode de l'*oléothorax* innovée par Bernou; elle rend de notables services dans la pratique du pneumothorax artificiel :

1° En atténuant la nocivité des épanchements pleuraux si fréquents au cours de ce traitement;

2° En permettant de continuer utilement des pneumothorax artificiels menacés d'inefficacité en raison de leur oblitération progressive par sympathie pleurale;

3° En assurant la compression efficace de foyers tuberculeux qui résistaient à l'action des pressions gazeuses.

Election. — L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la deuxième section (chirurgie et accouchements).

Classement des candidats ; en première ligne : M. Pierre Duval; en deuxième ligne *ex æquo* et par ordre alphabétique : MM. Auvray et Rouvillois; adjoint à la liste de présentation : M. Gosset.

Au premier tour de scrutin, M. Pierre Duval est élu par 60 voix contre 5 à M. Auvray et 2 à M. Gosset.

Comité secret. — M. Delbet. Rapport sur le prix Marc Sée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 6 NOVEMBRE 1925)

Granulomatose traitée par sérothérapie de granulomatose maligne et radiothérapie. — MM. Lortat-Jacob, Schmite et Lerasle. Le sujet âgé de trente-cinq ans présen-

tait depuis 1922, du prurit, des adénopathies multiples, des crises dyspnéiques par adénopathie médiastine. Sur un malade atteint de la même affection et traité par la radiothérapie, les auteurs ont prélevé du sérum après les séances de radiothérapie et injecté 1/4, 1/2, 3/4 et 1 centimètre cube de sérum chaque jour pendant onze jours.

Actuellement le malade est dans l'état suivant : disparition totale du prurit, de toutes les masses ganglionnaires des membres, de la parakératose et on peut voir sur les clichés radiographiques la diminution considérable des adénopathies médiastines.

N'y a-t-il là qu'une accalmie fréquente? Toujours est-il qu'il y a retour à la formule sanguine normale et engraissement de plus de 25 kilogs.

Nouvelle contribution à la pathogénie de la myasthénie. — Pour M. G. Marinesco la diminution des ferments oxydants des muscles et les troubles végétatifs sont, probablement sous la dépendance d'une dysfonction des surrénales. Il a examiné deux malades atteints de myasthénie et les recherches qu'il a pratiquées confirment et complètent ses vues antérieures. En effet, il a pu constater des troubles du métabolisme basal, qui sont proportionnels au degré de l'affection. L'action efficace de l'opothérapie surrénale, par voie digestive, ne peut pas être attribuée tout simplement à une action de choc. Néanmoins, on ne peut nier que d'autres glandes à sécrétion interne, notamment la parothyroïde, interviennent, d'une façon secondaire, dans la pathogénie de la myasthénie.

Accidents cutanéo-muqueux provoqués chez la même malade par le véronal et par un autre produit de la série barbiturique. — MM. Pasteur-Vallery-Radot et P. Blamoutier présentent une jeune femme qui absorba à plusieurs reprises des doses modérées de véronal sans jamais voir se manifester aucun symptôme décelant une intolérance vis-à-vis de ce médicament. Après une interruption d'environ cinq mois, elle prend de nouveau un soir 0g50 de véronal et présente rapidement un érythème polymorphe, généralisé, avec un énanthème très accusé de la muqueuse buccale.

Quinze mois après cet érythème, elle absorbe xx gouttes de somnifène et dans les dix minutes qui suivent elle présente de nouveau un érythème polymorphe avec œdème considérable de la face et de la muqueuse buccale.

Cette observation montre une sensibilisation aux composés de la série barbiturique à laquelle appartiennent le véronal et le somnifène.

Le pneumothorax thérapeutique alterné. *(Présentation de malades.)* — MM. Rist et Chabaud présentent les radiographies de deux malades chez lesquelles fut institué d'abord un pneumothorax thérapeutique d'un côté pour caverne tuberculeuse en évolution. Au cours du traitement des lésions s'étant développées du côté opposé, un deuxième pneumothorax fut pratiqué. Les malades sont actuellement en excellente santé. Toutefois les auteurs signalent que les résultats heureux ne sont pas la règle et qu'ils ont eu plusieurs échecs dans les mêmes conditions.

M. Armand-Delille chez quatre enfants a pratiqué le pneumothorax bilatéral. Dans deux cas suivis de mort, il y eut néanmoins une longue survie; deux autres enfants sont en bonne voie de guérison.

L'évolution anatomique et clinique des endocardites. — M. Maurice Renaud, dans une deuxième communication étudie les endocardites à lésions complexes, c'est-à-dire les cas ou des lésions ulcéreuses et thrombosantes en pleine évolution sont associées à des lésions sclérosantes et même cicatricielles. Leur interprétation, fort difficile en vérité est le point capital de la question des endocardites.

Quand on serre de près la question au point de vue clinique et anatomique, on s'aperçoit que l'affection, chez les malades de cette catégorie, a évolué pendant parfois de longues années, avec des rémissions entrecoupées de poussées, mais que vraisemblablement il n'y a jamais eu de guérison au sens anatomique vrai du mot, car à côté des points cicatrisés persistait une inflammation active. L'absence d'expression clinique n'est pas une preuve de guérison complète, car une endocardite en pleine évolution peut rester parfaitement silencieuse. Maurice Renaud donne quelques exemples typiques.

Les cas, où nulle cardiopathie antérieure ne permet de parler d'endocardite secondaire, sont les analogues des endocardites à évolution prolongée et lente qu'on connaît sous le nom de rhumatisme évolutif, pour lesquels d'ailleurs la notion de rhumatisme vrai est toujours difficile à établir avec certitude.

Maurice Renaud conclut de son étude qu'il n'y a pas une endocardite thrombosante maligne et une endocardite plastique bénigne. Il y a des endocardites qui se cicatrisent et guérissent en laissant des mutilations plus ou moins importantes, et des endocardites qui ne se cicatrisent pas, se réchauffent et persistent jusqu'à l'éclosion d'accidents mortels.

Sur un syndrome de cirrhose pigmentaire chez un syphilitique avéré et son évolution sous l'influence du traitement spécifique. — MM. L. Levy et H. Jausion. Chez un sujet de quarante ans, l'hypertrophie marquée du foie, l'augmentation de consistance de l'organe, le début de circulation collatérale, les variations et l'élévation dernière du coefficient de Maillard plaident en faveur d'une cirrhose hépatique commençante.

Bien que discrets les signes de la série diabétique s'affirment à leur tour. L'amaigrissement rend plus frappant ce tableau symptomatique que l'absence de splénomégalie ne permet pas d'imputer au paludisme. Les auteurs concluent au syndrome de cirrhose pigmentaire du type diabète bronzé.

L'intérêt de l'observation réside dans la syphilis certaine du sujet. Mais en raison du début imprécis de l'infection, les auteurs se gardent d'attribuer au diabète bronzé une étiologie syphilitique, et ne veulent voir dans leur relation qu'une observation d'attente.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

LA PENSION DES TUBERCULEUX

M. Henri Auriol, député, demande à M. le ministre des Pensions si un réformé n° 1 à 100 p. 100 pour bacillose pulmonaire, ne présentant pas à son dernier examen de bacilles de Koch dans les crachats, mais les signes cliniques présentant un tel caractère de gravité que le taux de 100 p. 100 est maintenu, peut prétendre aux 5.000 francs accordés aux tuberculeux. *(Question du 3 novembre 1925.)*

Réponse. — Réponse affirmative : 1° si la pension de 100 p. 100 a bien été attribuée pour une tuberculose; 2° si le titulaire de cette pension n'est pas hospitalisé aux frais de l'Etat; 3° s'il ne se livre à aucun travail ; 4° s'il se soigne sous la surveillance d'un organisme antituberculeux (décret du 25 août 1925). (*J. O.*, 6 nov. 1925.)

ÉTUDIANTS INDIGÈNES ET SURSIS

M. Mallarmé, député, demande à M. le ministre de la Guerre si les étudiants en médecine indigènes inscrits à la Faculté d'Alger ne pourraient pas bénéficier, comme leurs camarades français, de sursis d'incorporation jusqu'à l'âge de vingt-sept ans, en vue de poursuivre leurs études, et, dans le cas de l'affirmative, de prendre à bref délai un arrêté pour consacrer cette mesure. *(Question du 3 novembre 1925.)*

Réponse. — La réglementation actuelle ne permet pas de donner satisfaction aux étudiants visés dans la question ci-dessus, dont les sursis d'incorporation ne peuvent être renouvelés que trois fois. Toutefois, un projet de décret sur le recrutement des indigènes algériens, actuellement soumis à l'examen du gouverneur général de l'Algérie, envisage la possibilité, pour les jeunes indigènes étudiants en médecine ou en chirurgie dentaire, ainsi que pour les élèves vétérinaires, de demander, afin d'achever leurs études, des sursis renouvelables d'année en année qui pourraient leur être accordés jusqu'à l'âge de vingt-sept ans. (*J. O.*, 6 nov. 1925.)

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 92. — MERCREDI 18 NOVEMBRE 1925. 98e ANNÉE. MERCREDI 18 NOVEMBRE 1925. — N° 92.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie — Croatie — Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

LE CENTENAIRE DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE LYON. — Le Centenaire de l'internat des hôpitaux de Lyon a été célébré il y a quelques jours avec une grande solennité, mais aussi avec cette chaude cordialité qui caractérise les réunions d'anciens collègues, et qui est particulièrement amicale chez les lyonnais.

Les fêtes débutèrent par une réception à l'Hôtel de Ville où M. le président Herriot, entouré de la municipalité et du Préfet du Rhône, tint à rendre hommage au corps de l'internat de Lyon.

Des discours furent prononcés; retenons surtout celui de notre sympathique confrère M. Lyonnet qui fit un historique rapide de l'internat :

« Vous avez compris, monsieur le maire, assisté de notre regretté collègue, J. Courmont, qu'il y avait quelque chose à faire. Vous avez pris l'initiative de construire ce vaste hôpital de Grange-Blanche que nous devons visiter demain.

Là, se trouveront condensés tous les perfectionnements que les données modernes de l'hygiène ont pu fournir aux architectes et aux ingénieurs.

Nos anciens ont connu la lugubre demeure qu'on appelait « le tiercelet », relégué dans le fond de l'Hôtel-Dieu. Nos successeurs auront une habitation moderne, pleine d'air et de lumière.

Ils resteront, nous pouvons l'affirmer, vos fidèles et précieux collaborateurs auprès des malades. On peut être un médecin distingué, sans être interne; mais on peut soutenir, sans crainte d'être démenti, que tout interne est un médecin distingué.

Jadis, nos ancêtres étaient peu courageux devant les épidémies. On a reproché à Gallien d'avoir quitté Rome en 168, devant la peste, et à Sydenham de s'être sauvé de Londres en 1665 à l'apparition du choléra. Rabelais aurait aussi déserté l'Hôtel-Dieu et aurait été relevé pour cela de ses fonctions. L'internat lyonnais n'a jamais reculé devant le danger, et, lors de l'épidémie de choléra qui éclata il y a quelques années, en 1884, dans l'Ardèche et dans le Midi, une équipe de jeunes internes n'hésita pas à partir et à soigner les malheureuses victimes du fléau. Je crois inutile d'insister sur les nombreux camarades qui ont succombé courageusement, sans récriminations, à des piqûres anatomiques, à la fièvre typhoïde, à la diphtérie, à la tuberculose, maladies contractées au chevet des malades.

Quand, en 1840, de terribles inondations empêchèrent médecins et chirurgiens d'entrer à l'Hôtel-Dieu, les internes restèrent seuls et les méchantes langues prétendirent que jamais les malades ne s'étaient si bien portés.

Comptez donc, monsieur le maire, sur toute la jeunesse présente et future de l'internat pour collaborer avec vous à cette œuvre commune d'assistance aux malheureux et aux malades. »

Après la réception à l'Hôtel de Ville eut lieu un dîner qui réunit un grand nombre d'anciens internes de Lyon et des représentants de tous les internats de France.

Autour de MM. Lyonnet et Sabatier, président et président d'honneur de l'Association générale de l'internat, citons : MM. les professeurs Hugounenq, Jean Lépine, Léon Bérard, Paviot, Mouriquand, Nicolas, Tixier, Cade, E. Martin, Nové-Josserand ; Claude Regaud, de l'Institut Curie ; René Leriche (de Strasbourg) ; Tédenat (de Montpellier) ; Patel, André et Joseph Chalier, Favre, Rheuter; M. Marotte, directeur du Service de santé; MM. les docteurs Vitoux, Massart (de Paris) ; Plancher, Carle, Froment, Barjon, Tavernier, L. Mayet, Cotte, Paul Bonnet, Rebattu, Gaucherand, Bonnamour, Dumas; des délégations d'internes de Strasbourg, Montpellier, Nancy, Marseille.

Le dîner fut plein d'entrain, et la revue traditionnelle de l'internat qui suivit remporta un succès sans précédent.

Le lendemain, après une visite du nouvel hôpital de Grange

Blanche, un déjeuner réunit dans le grand réfectoire de l'Hôtel-Dieu, 185 convives, administrateurs, chefs de service, internes et anciens internes, délégués des internats de France. On remarquait aussi la présence des admirables sœurs de l'Hôtel-Dieu qui depuis des siècles se dévouent pour les malades lyonnais. Des discours chaleureux furent prononcés par M. Brizon, président du conseil d'administration des hospices, par MM. Delore, Sabatier, le préfet, le professeur Thévenot et le docteur Francillon.

Dans ce cadre vénérable, au milieu des précieuses tapisseries ornant les murs, cette réunion fut particulièrement impressionnante.

Le soir les fêtes furent clôturées par un banquet au Lugdmum Palace. Autre cadre moins illustre mais d'une somptuosité bien moderne. Encore des toasts célébrant le grand passé de l'internat de Lyon et son brillant avenir, puis un bal qui fut de la plus rare élégance.

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 12 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du cancer primitif du foie. — Rupture des grossesses tubaires. »

MM. Roseau (Henri), 14; Folliasson (Amédée), 25; Cournand (André) et Peynet (Jean), 24; Champenois (Louis) et Desoille (Henri), 19; Liège (Robert), 18; Perin (Christian), 21; Goldberg (Roger), 18; Nedelec (Marc), 27.

Séance du 15 novembre. — Questions données : « Symptômes de la pleurésie séro-fibrineuse du côté gauche. — Signes et complications de la hernie inguinale étranglée. »

MM. Bertrand (Pierre), 20; Cordier (Gaston), 19; Mlle Nicolle (Marcelle), 22; MM. Lièvre (Germain), 23; Ab-El-Nour, 18; Rollet (André), 22; Mlle Abricossoff, 18; MM. Imbert (Antoine) et Guillot (Jacques), 20; Gerson (Louis), 18.

— PHARMACIEN DES HÔPITAUX. — A la suite du concours qui vient d'avoir lieu, M. Cheynol est nommé pharmacien des hôpitaux de Paris.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — NANCY. — Sont nommés :

Internes des hôpitaux : MM. François (Pierre), Girard (Eugène), Chalnot (Pierre), Louyot (Jean), Ruyer (Paul), Louyot (Pierre).

Externes des hôpitaux : MM. Weiss (Jacques), Mlle Hennequin (Louise), MM. Cadore (Robert), Cuénot (Alain), Harter (Jean), Waltrigny (Hubert), Thiriet (François), Polu (Raymond), Gault (André), Coutin (Jacques), Pacaud (Jean), Varlet (Norbert), Nilus (François).

— NANTES. — *Concours de l'internat en pharmacie.* — Ont été nommés :

Internes titulaires : MM. Bernou, Proud, Mlle Retrou; internes provisoires : Mlle Craissac, M. Cunaud, Mlle Oillic.

— RENNES. — *Concours de l'internat.* — Internes titulaires : MM. Rault (Jean), Jambon (Yves), Tribondeau (François), Guerlot (Albert), Menon (Michel).

Internes suppléants : MM. Lebreton (Yves), Brizais (François), Chambrin (Léon), Bonno (Adolphe).

Interne de la maternité : M. Philouze (Georges).

Concours de l'internat en pharmacie. — Internes : M. Assicot, Mlles Cachot, Brenugat.

Concours de l'externat. — Externes : Mlle Deschamps (André), MM. Chevallier (André), Coigneray (Pierre), Saucet (Jules), Le Tallec (Raphaël), Esnoux (Joseph), Morin (Antoine), Forget (Raymond), Mlle Le Cannu, MM. Barazer (Louis), Mouezy (Georges), Lugnier (Lucien), Charpentier (Auguste), David (François), Chanteux (Jacques), Coudray (Bernard), Coux (René), Veron (Yves).

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — M. le professeur Garnier est nommé professeur honoraire.

— Sont nommés chefs de clinique chirurgicale : MM. Guibal, Charles, Bohémie.

M. Rousseaux est nommé prosecteur d'anatomie; MM. Bleicher et Bertrand sont nommés aides d'anatomie.

M. Clerget est nommé préparateur de prothèse dentaire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — POITIERS. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux pratiques d'anatomie et de physiologie à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers s'ouvrira au siège de ladite école le 27 octobre 1926.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Sont nommés membres de la commission de prophylaxie des maladies vénériennes :

M. le professeur Audry, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Toulouse.

M. le professeur Gaujoux, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Marseille.

M. le professeur Payenneville, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Rouen.

M. le professeur Petges, médecin chef du service de prophylaxie des maladie vénériennes de Bordeaux.

M. le professeur Spillmann, médecin chef du service de prophylaxie des maladies vénériennes de Nancy.

COMITÉ CONSULTATIF DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR. — M. le professeur Carnot est nommé membre du Comité (Commission des sciences médicales et de la pharmacie).

PRÉFECTURE DE POLICE. — Un concours est ouvert pour l'admission à deux emplois de médecin-adjoint au Dispensaire de salubrité.

Il aura lieu à la Préfecture de police le jeudi 17 décembre 1925 et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit à la Maison de Saint-Lazare.

MM. les docteurs en médecine qui désireront prendre part à ce concours se feront inscrire à la Préfecture de police (Service du personnel).

Le registre d'inscription sera clos le 5 décembre 1925, à 16 heures.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ch. Barbaud et Rol (de Paris); Joseph Claussat, député du Puy-de-Dôme; Aimé Bénet, ancien professeur suppléant à l'Ecole de Marseille; Charles Millou, médecin principal de la marine en retraite, à Toulon; Joseph Hutin (d'Aix-en-Provence).

ERRATUM. — Dans l'*Actualité médicale* sur la quinidine parue dans le n° 90, 11 nov. 1925, p. 1461, 2e col., ligne 44, on a imprimé : « On peut aussi pratiquer le traitement discontinu qui expose moins à l'accoutumance; quatre jours par semaine on donne une dose correspondante au double de la dose maximum. »

Nos lecteurs auront rectifié d'eux-mêmes cette grossière erreur typographique, il faut lire *dose minimum.*

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

Par M. Paul TRUFFERT,

CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

GÉNÉRALITÉS

L'anesthésie locale du voile du palais. (Canuyt et Terracol. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, mars 1925.) — Les auteurs indiquent leur technique d'anesthésie par infiltration sous-muqueuse de 2 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 1 p. 100, à 1 centimètre du raphé médian du voile.

Cette méthode d'application facile permet un examen prolongé et méthodique du larynx ainsi que l'examen du cavum, la rhinoscopie postérieure, la pharyngoscopie, et de pratiquer des biopsies sous le contrôle de la vue.

De plus, elle apparaît comme le premier temps d'une anesthésie plus complète permettant d'obtenir l'anesthésie du larynx et de pratiquer différentes interventions.

Etude expérimentale et clinique sur les propriétés hémostatiques des extraits d'hypophyse. (G. Canuyt et J. La Barre. *Arch. intern. de laryngol.*, janv. 1925, p. 31.) — Après un rappel anatomique et histologique, les auteurs étudient les propriétés physiologiques des extraits d'hypophyse sur les fibres lisses, sur les vaisseaux et le cœur; et, particulièrement, sur la coagulabilité sanguine.

De ce point de vue, les auteurs ont employé l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse. Des travaux antérieurs, il semble résulter que les propriétés hémostatiques des extraits hypophysaires sont dues à leur action sur les fibres lisses et à une accélération propre sur tout le processus de coagulation.

Au point de vue clinique, l'action hémostatique s'est affirmée dans toutes les interventions qui ont porté sur le corps thyroïde.

L'hémostase s'est trouvée influencée lorsque les injections d'extrait ont été faites par voie sous-cutanée une demi-heure avant l'intervention.

L'extrait hypophysaire relève la tension artérielle, il combat l'effet syncopal de la cocaïne. Il est de ce fait contre-indiqué chez tous les hypertendus.

En application locale l'effet hémostatique est nul.

Les auteurs réservent l'usage de l'extrait hyphophysaire à la chirurgie de la thyroïde.

FOSSES NASALES ET ANNEXES

Les modifications du squelette dans les processus atrophiques du nez. (J. Asler. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, fév. 1925.) — L'auteur rappelle les diverses conceptions étiologiques de l'ozène. Il n'admet pas de rapports entre les anomalies profondes de l'ectoderme et de l'ozène. Les dimensions des fosses nasales, les déformations nasales sont sous la dépendance du processus atrophique.

La correction de certaines difformités nasales par défaut et le procédé de J.-D. Lewis. (L. Baldenweck et Cuvillier. *Arch. intern. de laryngol.*, janv. 1925, p. 23, avec 3 fig.) — Les auteurs utilisent l'introduction d'un greffon de celluloïd par la voie sous-lobulaire.

Incision intranarinaire.

Création d'une loge dans le lobule du nez.

Préparation de la loge nasale exactement médiane.

Mise en place du greffon de celluloïd préparé de préférence à l'avance sur un moule de la région.

Ce greffon est d'ailleurs extemporanément modifiable par adjonction de nouvelles couches de celluloïd collées à l'acétone.

Les auteurs présentent un résultat « excellent ».

Quelques nouvelles considérations au sujet de l'ethmoïdite fluxionnaire. (Vernieuwe. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, avril 1925.) — L'auteur rappelle la classification de Lemaître, type superficiel, palpébral ou pseudo-abcès palpébral; type profond orbitaire ou pseudo-phlegmon orbitaire. L'ethmoïdite fluxionnaire prédomine dans l'enfance; la radiographie n'a pour le diagnostic que la valeur d'un signe complémentaire.

De plus, cette affection est susceptible de récidives, et ce fait a une importance énorme au point de vue indication opératoire.

La guérison de l'ozène par le radium. (D. J. Vasilia [de Bucarest]. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, mars 1925, p. 571.) — L'auteur résume quelques hypothèses sur l'étiologie de l'ozène et indique les traitements utilisés jusqu'à présent : lavages antiseptiques, électrolyse, ozone, reconstitution des cornets, autovaccins; avec des résultats divers mais non définitifs.

Il en est enfin venu à utiliser le radium comme excitant de la muqueuse atrophiée et a obtenu des résultats merveilleux, dont il publie les observations.

Technique : application d'un tube de radium de 50 à 70 milligrammes dans chaque narine pendant six à huit heures, répétant la séance tous les dix jours. Les croûtes et l'odeur disparaissent rapidement.

L'ozène et son traitement par l'hémothérapie. (N. Taptas. *Ann. d'oto-rhino-laryngol.*, mars 1925.) — L'auteur passe en revue les conceptions pathogéniques et les essais thérapeutiques de l'ozène. Il donne et explique les résultats qu'il a obtenus en injectant du sang au niveau des cornets inférieurs, du plancher nasal et de la cloison.

Sinusite fronto-maxillaire. Trépanation. Réinfection de la plaie frontale par infection pulpaire de l'incisive médiane du même côté. Réflexions. (H. Caboche. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1925.) — A propos de cette observation, l'auteur rappelle un certain nombre de faits de sinus réinfectés par des dents infectées et proéminant dans le sinus. Il en conclut :

La loi classique qui exige un examen et des soins dentaires avant toute intervention sur le sinus maxillaire doit s'étendre à la cure de la sinusite frontale.

Le ganglion sphéno-palatin. Considérations générales anatomiques et chirurgicales. (J. Terracol. *Arch. intern. de laryngol.*, juillet 1925, p. 787.) — Après un chapitre d'embryologie et d'anatomie comparée, l'auteur aborde la description du ganglion sphéno-palatin dont, dit-il, la forme est assez variable pour qu'il soit difficile de lui assigner des caractères précis.

L'arrière-fond de la fosse ptérygo-maxillaire se prolonge en haut et en arrière par un infundibulum (Juvara) où débouchent les conduits ptérygo-palatin vidien et vomérien.

L'orifice vidien est excavé et constitue la fossette du ganglion sphéno-palatin. A la paroi inférieure de l'infundibulum débute le canal palatin postérieur, lequel vient déboucher, après un trajet de 35 millimètres environ, au-dessus et en dedans de la dent de sagesse supérieure.

Le plafond de l'infundibulum répond au plancher de l'antre sphénoïdal et des cellules du groupement ethmoïdal postérieur.

Le canal vidien est long de 15 millimètres et large de 1 à 4 millimètres, essentiellement variable.

Ce qu'il importe d'envisager ce sont les rapports du canal avec les sinus voisins.

Les rapports du canal avec l'antre sphénoïdal varient suivant le degré de pneumatisation, mais en général le canal marque la limite du processus alaire, dans les cas extrêmes des déhiscences peuvent se produire et la paroi supérieure du canal faire même complètement défaut.

Le ganglion sphéno-palatin occupe l'extrémité antérieure du canal vidien. Il contracte avec le trou sphéno-palatin des rapports variant avec la forme de la paroi externe de la fosse nasale. Il en est séparé par 3 à 7 millimètres et un bouquet artériel s'interpose entre le ganglion et le trou sphéno-palatin.

Le ganglion est situé au-dessous et en dedans du nerf maxillaire supérieur, auquel il est relié par un plexus long de 3 à 5 millimètres. Le nerf sphéno-palatin longe le bord antérieur et le bord externe du ganglion dont il est toujours isolable par dissection.

L'artère maxillaire interne devenant sphéno-palatine passe en avant du ganglion, l'artère vidienne en croise la face externe, la ptérygo-palatine le longeant en dedans.

Au point de vue topographique l'arrière-fond de la fosse du ptérygo-maxillaire se divise en deux régions : l'une antérieure, maxillaire et vasculaire; l'autre postérieure, ptérygoïdienne et nerveuse.

Cette division permet de rejeter l'abord transmaxillaire du ganglion (Carnochon) et ne laisse subsister que trois voies d'abord :

nasale (trou sphéno-palatin),
palatine (canal palatin postérieur),
zygomatique.

Le ganglion sphéno-palatin reçoit deux racines : l'une, longue, sensitivo-sympathique, le nerf vidien; l'autre, courte, sensitive, le nerf sphéno-palatin. Ce dernier est quelquefois plexiforme et dissocié.

Le ganglion sphéno-palatin s'anastomose indiscutablement avec le sympathique péri-artériel de la région et avec le ganglion otique; ses autres connexions avec le ganglion ophtalmique, avec le nerf optique, avec le moteur oculaire externe sont discutées et discutables.

Du point de vue de sa structure, le ganglion sphéno-palatin ne saurait être considéré comme une formation purement sympathique.

L'auteur envisage les voies d'abord du ganglion au point de vue de son atteinte thérapeutique par les injections modificatrices.

La *voie endo-nasale* utilise le trou sphéno-palatin.

Technique de Ramadier. — Nécessite une aiguille longue de 8 à 10 centimètres et de calibre au moins égal à 8/10 de millimètre. Cette aiguille présente deux coudures : l'une à angle droit à 7 millimètres de la pointe; l'autre suivant un angle obtus inverse du précédent au niveau du pavillon.

Sous anesthésie locale, le spéculum de Hautant enfoncé profondément refoule le cornet inférieur et donne le repère essentiel, l'arc choannal. Retirer l'aiguille de 1 centimètre en avant et en arrière et lui imprimer une rotation d'un quart de tour en dehors. La pointe de l'aiguille est en face du trou sphéno-palatin qu'elle perfore en provoquant une douleur nette.

Technique de Sluder. — L'aiguille s'engage dans le méat moyen et se place au-dessous de l'extrémité postérieure du cornet moyen. On la dirige en haut, en arrière et un peu en dehors, elle perfore l'insertion osseuse du cornet, et, enfoncée jusqu'à 66 millimètres de profondeur, elle pénètre dans le ganglion.

La *voie zygomatique*, sus ou sous-zygomatique. L'aiguille rencontre le nerf maxillaire supérieur et le ganglion sphéno-palatin à 52 ou 53 millimètres.

La *voie palatine* (Baril et Duchange) passe par le canal palatin postérieur. Son orifice est situé au-dessus de la dent de sagesse supérieure, à l'union de la voûte et du rebord alvéolaire. Une aiguille fine coudée de 4 centimètres perfore la muqueuse palatine au niveau d'un bouton de Bonain repérant le canal, conduit sûrement vers le ganglion sphéno-palatin.

L'auteur donne la préférence à cette voie « aisée et sûre ».

Au sujet du syndrome dit du ganglion sphéno-palatin, en particulier de la névralgie dite du ganglion sphéno-palatin et de son traitement. (J. BOURGUET. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, mai 1925, p. 129.) — Cet article est une critique, documentée et serrée du « syndrome du ganglion sphéno-palatin ».

L'auteur appuie son argumentation sur ses solides connaissances anatomo-physiologiques. Anatomiquement, il démontre que les troubles attribués au ganglion sphéno-palatin ressortissent au territoire du nerf trijumeau et que la voie préconisée pour l'atteindre est bien aléatoire et non exempte d'écueils sinon de dangers.

Il conclut que la thérapeutique doit chercher à atteindre, non pas le ganglion, mais le nerf sphéno-palatin, à défaut du trijumeau.

La chirurgie endo-nasale dans certaines algies faciales. (SARGNON et BERTEIN. *Arch. intern. de laryngol.*, juillet-août 1925, p. 769.) — Les auteurs, se basant sur neuf observations de « névralgies rhinogènes ou des algies diverses guéries par des opérations endo-nasales », concluent que ces interventions ont simplement modifié l'innervation de la muqueuse.

Des rapports de voisinage proche existant entre la queue du cornet moyen et le trou sphéno-palatin, ils concluent que toute action sur le cornet moyen retentira sur le système sphéno-palatin.

Les auteurs vont même plus loin; ils pensent que l'arrachement brusque des branches périphériques du ganglion sphéno-palatin aurait une action thérapeutique efficace et plus constante que la section de la racine sensitive; en tous cas, cette action périphérique constitue un complément utile, sinon indispensable, de la neurotomie rétrogassérienne.

Essai anatomo-clinique sur le système sympathique de la muqueuse pituitaire. (C. BERTEIN. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, mai 1925.) — Dans ce travail, l'auteur fait une étude de l'anatomie et de la physiologie des systèmes sympathiques et parasympathiques et en déduit le mécanisme de certains réflexes à point de départ pituitaire ou entraînant des modifications nasales par une irritation à distance.

Enfin, l'auteur étudie la pathologie du sympathique nasal, décrit les lésions des centres sympathiques, celles du ganglion ou pour mieux dire du système sphéno-palatin, et envisage le rôle du sympathique dans les rhinites atrophiques, l'hydrorrhée et les céphalées et amblyopies d'origine nasale.

A propos du traitement endo-nasal des névrites optiques rétrobulbaires. (TROSSAT. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, janv. 1925.) — L'auteur cite l'observation d'un cas de névrite optique rétrobulbaire avec atrophie optique au début qui guérit par une opération endo-nasale simple.

L'auteur se contenta de faire une résection partielle du cornet moyen, et il fut heureux d'observer dans la suite une restitution complète de la vision.

Le goundon. (J.-N. ROY. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv. 1925.) — L'auteur fait une revue générale intéressante d'une affection particulière qu'il a observée au cours de voyages dans la partie tropicale de l'Afrique.

De cause inconnue, le goundon se caractérise par la formation d'une tumeur osseuse, localisée à la région paranasale. Elle est uni ou bilatérale, peut s'étendre et même se généraliser.

Au point de vue anatomo-pathologique, elle se présente comme une ostéite chronique, spongieuse, vraie, exubérante, et l'auteur en fait une description très minutieuse. De nombreuses observations accompagnent ce travail.

Au point de vue thérapeutique, seule une exérèse chirurgicale semble indiquée lorsque l'infection n'est pas généralisée.

AMYGDALES

L'amygdalite chronique. (BROWN-KELLY. *Brit. med. Journ.*, nov. 1924.) — L'auteur envisage les indications opératoires de l'amygdalectomie : hypertrophie, infections localisées ou métastatiques, maux de gorge, etc., et étudie l'influence heureuse de cette opération sur un certain nombre de maladies générales dont on s'accorde à voir le point de départ au niveau de l'amygdale.

Apophyse styloïde de longueur anormale. (G. JOUFFRAY. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, mai 1925.) — L'auteur publie l'observation d'une malade atteinte de poussées d'amygdalite; l'excision a fait découvrir, au milieu du tissu amygdalien, un corps dur, mobile, du volume d'un grain de blé et extrêmement adhérent. La radiographie précise l'origine : c'est une apophyse styloïde de longueur anormale.

Une amygdalectomie totale bien conduite eut raison des troubles qu'elle engendrait.

Thérapeutique de l'angine de Vincent. (J. PUIG. *Arch. intern. de laryngol.*, janv. 1925, p. 44.) — L'auteur considère l'angine de Vincent comme un accident d'évolution de la dent de sagesse.

Si, dans les cas légers, le traitement habituel (bleu de méthylène, As. Bi.) suffit, dans les cas sérieux et rebelles, il faut enlever la dent de sagesse.

Fluxions vélo-palatines pseudo-phlegmoneuses. (E. ESCAT. *Oto-rhino-laryngol. intern.*, avril 1925, p. 193.) — Etant donné une fluxion vélo-palatine qui présente tous les caractères cliniques apparents d'une péri-amygdalite phlegmoneuse, comment expliquer sa résolution spontanée sans suppuration?

L'auteur envisage huit éventualités possibles :

1. *Phlegmon péri-amygdalien abortif proprement dit.*
2. *Phlegmon péri-amygdalien suppuré à évacuation spontanée dissimulée.*
3. *Mucocèle subaiguë du recessus palatin.*
4. *Amygdalite simple évoluant sur des amygdales sous-véliques hypertrophiées.*
5. *Amygdalite caséeuse sous-vélique enkystée.*
6. *Périostite odontogène de la face interne de la branche montante du maxillaire inférieur.*
7. *Diphtérie pseudo-phlegmoneuse du recessus palatin.*
8. *Goutte pharyngée.*

Anesthésie de l'amygdale par voie combinée externe et interne. (VAN CANEGHEM. *Ann. des mal. de l'oreille*, juillet 1924.) — L'auteur propose d'ajouter à l'anesthésie par voie interne, méthode qui ne lui paraît pas satisfaisante, l'anesthésie par voie externe. Sa technique est la suivante :

Injection le long du bord inférieur du maxillaire inférieur, dirigée en haut et en dedans à 5 centimètres de profondeur et répétée en éventail plus en avant.

L'Exérèse du pôle supérieur de l'amygdale palatine par l'ouverture du recessus palatin. (J. MAGNAN. *Th. de Paris*, 1924.) — C'est au niveau du recessus palatin, de la fossette sus-amygdalienne, qu'est localisée la source principale des infections tonsillaires.

Après avoir détruit la loge amygdalienne de ce recessus, que l'auteur considère une grande crypte amygdalienne, l'auteur donne la technique opératoire du professeur Mouret. Celle-ci consiste à ouvrir le recessus en séparant le pilier antérieur du pilier postérieur, à dégager le pôle supérieur de l'amygdale et à pratiquer l'exérèse de l'amygdale, suivant tel procédé et tels instruments.

L'auteur insiste surtout sur le parfait curettage de la fossette, garantie solide contre toute récidive d'abcès ou de phlegmons.

L'Amygdalectomie subtotale chez l'adulte. (G. SCHŒNGRÜN. *Th. de Paris*, 1924, Maloine, édit.) — L'auteur ne croit pas à l'amygdalectomie totale, les procédés en sont douloureux, dangereux par les hémorragies consécutives, mutilants, et de plus compliqués du fait du nombre des instruments.

L'amygdalectomie subtotale suffit, à condition d'évider le plus possible la loge amygdalienne et d'extirper soigneusement le pôle supérieur en ouvrant largement le recessus palatin.

Anesthésie locale, et on grignote l'amygdale avec une pince de Hartmann, et en fin de compte la loge semble bien évidée.

Essai sur la chirurgie de l'amygdale non dégénérée. (A. MENGUY. *Th. de Paris*, 1925, Arnette, édit.) — L'auteur croit à la possibilité de l'amygdalectomie totale, et il en précise les indications et la technique.

Cessant d'opposer l'amygdalectomie partielle à l'amygdalectomie totale, il les étudie l'une et l'autre dans leurs indications respectives et dans leur réalisation.

L'amygdalectomie partielle, Menguy la réserve à l'enfant; il préconise l'anesthésie générale au chlorure d'éthyle et la pince de Ruault. Parmi les figures nombreuses qui illustrent ce mémoire, l'une montre « ce qu'il ne faut pas faire », la prise transversale de l'amygdale, responsable souvent des hémorragies cataclysmiques.

L'amygdalectomie totale est l'opération de choix chez l'adulte. Elle doit se faire sous anesthésie locale. L'instrumentation est simple, elle se réduit à un abaisse-langue, une pince à traction et une paire de ciseaux courbes (du type ciseaux à énucléer). Le point capital est de bien dégager le pôle supérieur, par section au besoin de l'insertion haute du pilier antérieur.

Le clivage péri-amygdalien apparaît de suite et peut être facilement suivi. Les ciseaux sectionnent « sur l'amygdale » les tractus fibro-vasculaires. La dissection se poursuit jusqu'au pôle inférieur inclusivement.

Les nombreuses figures qui illustrent cette thèse permettent de suivre facilement le texte dont l'enthousiasme entraîne la conviction. D'autant qu'en suivant le clivage, les hémorragies ne sont pas à redouter.

Ecrite sans parti pris, dans une louable intention, nous n'osons espérer que Menguy tranche définitivement un différend qui alimente si richement chaque année la littérature de la spécialité.

Un nouveau cas d'hémorragie grave après amygdalectomie chez un homme de trente-sept ans. (FALLAS. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1925; *Soc. belge d'oto-rhino-laryngol.*) — Observation d'une hémorragie importante, en nappe, au niveau de la plaie amygdalienne, chez un malade opéré à la pince de Ruault, mais qui avait reçu quinze jours auparavant un traitement antisyphilitique ignoré. Le caractère hémophilique de l'hémorragie doit être attribué au traitement arsénical intensif qu'on sait détruire les plaquettes du sang.

ŒSOPHAGE

Réflexe œsophago-vaso-moteur. (F. J. COLLET. *Revue d'oto-neuro-ocul.*, fév. 1925, p. 81 ; Paris, Doin.) — L'auteur rapporte l'observation d'une malade atteinte de rétrécissement cicatriciel de l'œsophage, et qui, à la suite des séances de dilatation, présentait outre la salivation et le larmoiement (réflexes bien connus), une rougeur de la face, de la poitrine, de la face externe des bras.

Cette rougeur dure à peu près une demi-heure, à la suite de laquelle la rougeur disparaît même si la sonde dilatatrice reste en place.

Sténoses membranoïdes congénitales infantiles et méga-œsophages infantiles. (SARGNON. *Arch. intern., de laryngol.*, avril 1925, p. 412.) — L'auteur rapporte deux observations de sténoses membranoïdes et un cas de méga-œsophage infantile.

Cliniquement, les sténoses membranoïdes se présentent avec des symptômes identiques à ceux du rétrécissement par injection de caustiques. Mais ces derniers sont multiples, alors que les sténoses congénitales sont uniques.

Le méga-œsophage infantile donne lieu à des régurgitations alimentaires souvent tardives. Mais la radioscopie et l'œsophagoscopie permettent le diagnostic. Quant au cathétérisme, il est une cause d'erreur. La sonde, en effet, se replie dans l'œsophage alors qu'on la croit dans l'estomac. Cependant chez l'enfant, la région cardio-diaphragmatique est le plus souvent perméable.

La sténose valvulaire est justiciable de dilatation, exceptionnellement d'une œsophagotomie interne, œsophagotomie qui doit être prudente.

Le méga-œsophage, relève de soins hygiéniques et de dilatations à l'aide de grosses bougies.

De la cancérisation du méga-œsophage. (J. REBATTU et C. PÉTOURAUD, *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*. fév. 1925.) — Les auteurs à l'occasion d'une observation récente, rappellent les quelques observations que l'on trouve dans la littérature médicale des cancérisations du méga-œsophage et étudient cette complication.

Elle est peu fréquente, se voit surtout chez des hommes, relativement jeunes, et évolue de cette manière : dilatation, stase alimentaire, irritation, œsophagite, leucoplasie, cancer. Au point de vue clinique, elle est remarquable par son insidiosité, l'apparition tardive des troubles digestifs et la lenteur de son évolution qui permet l'extension considérable de la tumeur, la généralisation ganglionnaire des métastases, surtout hépatiques, les complications pleuro-pulmonaires.

LARYNX

Forme subaiguë et lente de la maladie d'Isambert. (E. Escat. *Ann. des mal. de l'oreille*, fév. 1925.) — Isambert avait surtout eu, en vue la tuberculose miliaire aiguë pharyngo-laryngée s'opposant nettement à la tuberculose chronique vulgaire.

M. Escat rappelle à grands traits le tableau clinique et l'évolution de cette affection; mais, à côté de ce type classique existent également, semblables par leur aspect anatomo-pathologique mais différents par leur évolution, deux types de tuberculose miliaire pharyngo-laryngée.

Le type suraigu, qui répond à la variété clinique désignée par Letulle sous le titre « d'angine bacillaire aiguë ulcéreuse », et un type trop oublié de tuberculose miliaire pharyngo-laryngée à marche subaiguë et ralentie, mieux connue sous le vocable de « tuberculose ulcéreuse chronique du pharynx ».

D'où pour Escat trois types :

1° La tuberculose miliaire aiguë d'Isambert;

2° La tuberculose suraiguë ou angine bacillaire de Letulle;

3° La tuberculose miliaire subaiguë et lente; et celle-ci est la plus fréquente. Elle se rattache au cadre d'Isambert par le même aspect anatomo-pathologique, le même aspect clinique mais plus estompé, une marche plus lente, moins inexorable et pose ainsi quelques diagnostics intéressants.

Escat conclut en disant que la caractéristique de la maladie d'Isambert est bien plus dans la granulation grise et la bacillémie, que dans la marche aiguë, puisque celle-ci est variable.

Trois cas de papillomes du larynx traités par la radiothérapie pénétrante. (Moulonguet, Pierquin et G. Richard. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1925.) — A propos de ces trois cas, les auteurs donnent la technique suivante : nettoyage chirurgical soigneux du larynx sous laryngoscopie en suspension en une seule séance, puis, dès que la réaction inflammatoire post-opératoire est terminée, c'est-à-dire une dizaine de jours après on commence le traitement par les rayons X.

Début laryngé d'une maladie de Hodgkin. (Halphen. *Réunion clin. des oto-rhino-laryngol. des hôpit. de Paris*, déc. 1924.) — Présentation d'une malade qui l'a consulté pour des troubles laryngés dramatiques ayant nécessité une trachéotomie d'urgence. L'examen laryngoscopique ultérieur montre un gros œdème glottique au niveau de la région aryténoïdienne gauche, en imposant par une gomme laryngée syphilitique. Le Bordet-Wassermann malgré réactivation et l'épreuve du traitement au cyanure sont négatifs.

Au bout de quelques mois, la tumeur laryngée rétrocède mais apparaissent aux aisselles, au cou, des ganglions, dans le médiastin (radio) des ganglions permettant de soupçonner une leucémie que l'examen du sang confirme.

Cette évolution permet de rattacher l'hyperplasie aryténoïdienne du début à un état leucémique.

Tumeurs amyloïdes du larynx. (A. Barraud. *Revue de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, janv. 1925.) — Exceptionnelles et le plus souvent le fait d'une découverte d'autopsie; ces tumeurs peuvent apparaître primitives.

L'auteur, à propos d'un cas dont il cite l'observation, a recherché les observations antérieures de la littérature médicale et rappelle les caractères de cette tumeur, de coloration normale, ne tranchant pas sur l'ensemble mais d'une dureté ligneuse et absolument indolore, ne s'altérant pas et ne s'accompagnant pas d'adénopathie.

Il s'agit en somme d'une tumeur bénigne dont les symptômes tiennent à sa localisation.

Il n'existe pas de médicament spécifique. Il faut se borner à détruire les infiltrations ou les tumeurs chirurgicalement.

Contribution à l'étude de l'ictus laryngien. (G. Ferreri. *Revue de laryngol. d'otol. et de rhinol.*, mai 1925.) — A propos d'un cas d'ictus laryngien succédant à un éclat de rire immodéré chez un individu qui, en dehors d'une syphilis bien soignée ne présente rien d'anormal, l'auteur étudie le vertige laryngien essentiel, différent de ceux que l'on observe chez des malades atteints de maladies systématisées cérébro-spinales ou de diathèses neuro-arthritiques, et envisage sa pathogénie assez confuse.

Il conclut à l'existence probable de lésions corticales très légères.

Est-il possible au moyen d'une anastomose nerveuse de rendre la mobilité à une corde vocale paralysée? (Lionnel Collidge. *Revue de laryngol.*, avril 1925, p. 253.) — L'auteur rapporte les résultats des expérimentations :

1° *Anastomose avec le vague* : aucun résultat;

2° *Anastomose avec la branche descendante du XII* : l'excitation produit bien une contraction de la corde, mais aucun mouvement spontané ne se produit;

3° *Anastomose avec le phrénique* : six expériences furent tentées qui permettent de conclure que chez des singes, l'anastomose du récurrent avec le phrénique aboutit à une restauration des mouvements spontanés respiratoires après sept mois.

OREILLES

Considérations sur les exostoses du conduit auditif externe. (R. Gaillard. *Oto-rhino-laryngol.*, fév. 1925.) — Au triple point de vue clinique, anatomique et thérapeutique, il existe deux variétés d'exostoses du conduit.

Les unes profondes, juxta-tympanales, multiples, bilatérales et symétriques, rarement sténosantes et dont l'exérèse n'est indiquée que par l'existence d'une suppuration sous-jacente.

Les autres uniques, de siège variable, pouvant devenir volumineuses, et tirant de là leur indication opératoire.

Trois cas de névralgies dentaires au cours des otites moyennes suppurées. Leur signification. (H. Caboche. *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, mai 1925.) — L'auteur cite trois observations personnelles de suppurations otitiques accompagnées de névralgies dentaires, et à ce propos rappelle « les relations de l'oreille moyenne avec la pointe du rocher, le ganglion de Gasser et la VIe paire cranienne (*Thèse* Baldenweck, Paris, 1908).

Toute névralgie dentaire, conclut l'auteur, survenant au cours d'une otite ou d'une mastoïdite doit être considérée comme le signal d'alarme dont il est difficile de prévoir dès l'abord la véritable signification anatomique et clinique; elle peut guérir sans laisser de trace; elle peut être la signature d'une évolution mortelle. »

Zona otitique avec paralysie faciale et névralgie du trijumeau. (L. Poisson. *Revue d'oto-rhino-laryngol.*, mai 1925.) — L'auteur publie l'observation détaillée d'un cas de zona otitique avec paralysie faciale et névralgie du trijumeau et en déduit que l'oto-rhino-laryngologiste devra penser au zona otitique en présence d'une « angine herpétique » nettement unilatérale et ne s'accompagnant pas d'une forte température, de même qu'en présence de douleurs violentes de l'oreille sans signes très nets d'otite moyenne, et procéder à une recherche attentive et minutieuse des vésicules zostériennes ou à leur reliquat.

Anomalie du nerf facial dans la caisse du tympan. (Natcho Saint-Arifer. (Sofia). *Arch. intern. d'oto-rhino-laryngol.*, mars 1925.) — L'auteur se borne à l'étude d'une anomalie assez rare : la déhiscence du canal de Fallope et le passage du facial presque au milieu de la paroi interne de la caisse, imitant à s'y méprendre l'inclinaison du manche du marteau.

Considérations cliniques sur l'otite moyenne aiguë des jeunes enfants surtout des nourrissons. (A. Sargnon. *Oto-rhino-laryngol., intern.*, juillet 1925.) — L'otite latente du nourrisson est extrêmement fréquente. Elle est bilatérale, elle survient au cours de la grippe, des fièvres éruptives et c'est une localisation très fréquente des pneumonies. L'enfant qui se plaint et est agité, porte la main à une oreille malade

(signe de la main). La fièvre est irrégulière. Le tympan est terne, puis, il bombe en arrière et doit être paracentésé ou ponctionné.

De diagnostic facile, à la condition que l'on y pense, cette otite latente est l'origine de complications. En dehors des complications pleuro-pneumonaires « sœurs jumelles » de l'otite; ces otites latentes donnent des complications identiques à celles de toutes les otites.

Périostite phlegmoneuse (mastoïdite vraie?)

Ostéomyélite sans gonflement externe, très grave.

La thrombo-phlébite, généralement fatale.

Complications méningo-encéphaliques.

Le traitement consiste en un drainage, surveillé en permanence, de l'oreille infectée.

Suivent seize observations.

Contribution à l'étude d'un cas d'otohydrorrhée consécutif à un traumatisme d'ancienne date. (VINCENZO PALUMBO. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1925.) — Observation intéressante d'une enfant ayant eu une fracture de la base du crâne, avec hernie méningée au niveau du tympanal, donnant lieu à des crises d'oto-hydrorrhée intermittente, et se terminant par une méningite septique.

Sur la curabilité de la méningite purulente septique d'origine otitique. (D. MALOENS. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1925.) — L'auteur fait une revue générale des divers traitements proposés depuis vingt ans : trépanation, drainage, ponction lombaire, médications spécifiques anti-infectieuses et anti-toxiques générales et spéciales. Il étudie l'action de l'hexaméthylènetétramine soit pure, soit associée (septicémine).

Il cite l'observation d'un cas de méningite d'origine otitique où l'examen direct du liquide céphalo-rachidien montra des streptocoques et des staphylocoques.

Evidement pétro-mastoïdien, complété par des ponctions lombaires bi-quotidiennes de 40 à 50 centimètres cubes suivies d'injections intra-rachidiennes de 224 centimètres cubes de septicémie. Quarante-huit heures après, le liquide céphalo-rachidien est redevenu stérile; seule la médication intraveineuse est continuée. Le malade guérit.

Mais la médication intraveineuse eût pu seule suffire dès le début, et s'appuyant sur les démonstrations de la véritable perméabilité des méninges, par communication des divers systèmes circulatoires, l'auteur rejette la voie intrarachidienne dangereuse.

Contribution à l'étude de la pathogénie et de la thérapeutique de l'otospongiose. Le métabolisme basal dans l'otospongiose. (R. JOUSSEAUME. *Ann. des mal. de l'oreille*, janv. 1925.) — Peu étudiée en France jusqu'en 1924, l'otospongiose depuis les mémoires de Lermoyez (1914) et le rapport d'Escat (1922) occupe maintenant un gros chapitre clinique de la pathologie de l'oreille. Sa pathogénie et son traitement sont cependant encore mal déterminés.

L'origine endocrinienne admise par la majorité des auteurs n'est pas encore démontrée et il a semblé intéressant à l'auteur d'appliquer à l'otospongiose une méthode qui, en médecine générale, quand des troubles endocriniens et particulièrement thyro-hypophysaires sont soupçonnés, a donné d'excellents résultats : le métabolisme basal.

Dans sa première partie, Jousseaume établit l'origine endocrinienne de l'otospongiose et résume les arguments étiologiques jusqu'ici publiés : l'otospongiose se développe surtout chez les femmes, paraît liée directement à l'activité de l'ovaire, c'est une affection à la fois symétrique et systématique, ne se rattachant à aucune intoxication endogène ou exogène, de plus et fréquemment héréditaire.

Les méthodes de vérification biologique proposées jusqu'alors étaient délicates et inconstantes.

Pratiqué dans cinq cas, le métabolisme basal a été trouvé diminué; de plus le commencement de la surdité a coïncidé avec la puberté.

Dans la deuxième partie, à la lueur des connaissances endocriniennes, l'auteur essaye d'harmoniser les constatations anatomo-pathologiques et les traitements préconisés.

L'anatomo-pathologie est peu riche en documents du fait de la bénignité de l'affection du point de vue vital.

On s'accorde à décrire trois étapes : une phase de début, de vascularisation et de retour à l'état ostéoïde, une phase nette d'otospongiose qui nous occupe; enfin, une phase terminale de cicatrisation, où tout espoir thérapeutique est interdit : c'est la phase d'otosclérose.

En somme, c'est un processus interne de résorption osseuse consécutive à une grosse dilatation vasculaire, et qui se localise avec prédilection sur la paroi interne de la caisse, entre la fenêtre ovale et le premier coude du facial, immobilisant dans la fenêtre ovale, l'étrier dont le ligament annulaire et la platine sont envahis.

Ce processus s'accompagne d'une diminution de la teneur en calcium du sang, complétant ainsi des analogies que présente cette affection avec l'ostéomalacie.

Au point de vue thérapeutique, on distingue un traitement général et un traitement local.

Traitement général : chimiothérapique : phosphore, fluor, calcium; opothérapique hypophysaire surtout, l'adrénaline était sans effet; l'extrait thyroïdien, nocif.

En somme association de médication hypophysaire et de reminéralisation.

Traitement local : « L'évolution de l'otospongiose est d'autant plus rapide que le traitement local est plus actif » (Lermoyez).

Tous ces traitements sont en somme légitimes, mais que conclure des résultats du métabolisme basal?

Or, à part les maladies fébriles et le jeûne, ce sont les troubles du corps thyroïde et de l'hypophyse qui entraînent les modifications les plus constantes du métabolisme basal.

Y a-t-il hypothroïdie dans l'otospongiose et doit-on prescrire de l'extrait thyroïdien?

On a pu le penser, mais l'extrait thyroïdien accélère le métabolisme et précipite l'élimination de phosphore et de chaux. Son administration va donc à l'encontre du but cherché comme l'a démontré l'expérience (Lermoyez).

Hypopituitarisme? le métabolisme basal est diminué dans l'insuffisance hypophysaire. Les expériences de Harvey Cushing et ses collaborateurs ont montré l'influence de l'hypophyse sur l'ostéogénèse, on voit donc le rôle que peut jouer l'insuffisance hypophysaire dans l'otospongiose et l'importance de l'opothérapie hypophysaire (lobe antérieur).

Y a-t-il d'autres fonctions atteintes? Quelle est la part du sympathique? Les malades observés sont des hyposympathicotoniques chez lesquels l'adrénaline et l'extrait surrénal peuvent être envisagés non comme médication de base, mais seulement à titre de complément des médications déjà proposées.

Prescrira-t-on de l'opothérapie ovarienne? A envisager l'évolution de l'otospongiose au cours des différentes étapes de la vie génitale, on serait tenté de le faire. Mais toutes les malades vues étant des hyper-ovariennes, de plus l'interdépendance des glandes à sécrétion interne, la congestion active de la thyroïde et les effets, étudiés plus haut, de cette glande sur la fixation calorique, démontrent que cette opothérapie est contre-indiquée.

Traitement local. L'auteur est d'accord avec Lermoyez pour rejeter « l'auriste actif » qui ne ferait qu'intensifier l'hypérémie locale.

Il faudrait au contraire un traitement vaso-constricteur. On a parlé de la ligature de la méningée moyenne de la carotide externe, de ruptures d'artérioles suprapétreuses? Opérations séduisantes mais disproportionnées. Ne serait-il pas plus simple de songer à la radiothérapie ou à la diathermie?

Et dans ses conclusions Jousseaume insiste sur la nécessité absolue d'associer les différentes médications : opothérapie hypophysaire et surrénale, chimiothérapie, etc.

« Aucun des traitements préconisés n'est assez suffisant pour se satisfaire à lui-même... il faut faire flèche de tout bois pour ainsi dire et tous les traitements préconisés doivent être administrés en même temps. »

De la valeur clinique du réflexe auriculo-palpébral de Kisch. (Amaldo MALAN. *Arch. intern. laryngol.*, avril 1925, p. 425.) — L'auteur a fait porter ses recherches sur des sujets normaux et sur des sujets atteints d'affection d'oreille. Il arrive aux conclusions suivantes :

Chez un sujet normal le réflexe manque à l'excitation tactile dans 81 p. 100 des cas et à l'excitation calorique dans 20 p. 100.

Dans les cas d'altération de l'oreille moyenne ou interne il y a hyper-réflectivité du côté malade.

La fonction de l'appareil vestibulaire. (F. Leiri. *Revue d'oto-neuro-ocul.*, mai 1925, p. 340; Paris, Doin.) — L'auteur, se basant sur des travaux antérieurs, de multiples observations et une riche expérimentation, aboutit à cette conclusion que *les canaux semi-circulaires sont l'origine d'un réflexe dont la voie est cérébelleuse et dont le résultat est la mise en jeu d'une action musculaire des antagonistes au déplacement normal.*

Les modalités de ce réflexe, mis en jeu par une excitation rotatoire des canaux semi-circulaires, constituent un procédé d'exploration du système vestibulaire.

Cette brève analyse nous porte à conseiller la lecture et la méditation d'un article richement documenté et dont un résumé ne peut donner qu'une idée incomplète.

Cette étude vient confirmer et préciser des points encore obscurs de nos connaissances sur la physiologie des vestibules.

Le nystagmus calorique. (M. Lanos. *Ann. des mal. de l'oreille*, mai 1925, p. 461.) — Excellente revue générale concernant ce mode d'exploration de l'oreille interne.

Travail méthodique et consciencieux, mais par dessus tout utile, par l'esprit critique qui a présidé à son élaboration.

Après un rappel des diverses théories physiologiques de Barany, Magnus et Kleijn, Kobrack, l'auteur conclut que le réflexe calorique provoqué est indépendant de la volonté.

Rythmique, la secousse lente du nystagmus en est la phase labyrinthique.

L'épreuve clinique a pour but de détruire l'équilibre fonctionnel des deux labyrinthes. Cette réaction ne peut encore être susceptible d'une mesure pratique (en dehors des laboratoires). Néanmoins, Lanos, se basant sur sa pratique, classe le réflexe en quatre catégories : *normal*, *exagéré*, *diminué* ou *nul*.

Après avoir exposé la technique d'exploration calorique du labyrinthe, l'auteur envisage certaines réponses particulières.

A. *Dissociations nystagmiques* (discordance entre les réponses à l'excitation calorique et à l'excitation rotatoire). — Fréquentes dans les syphilis, elles se rencontrent dans certaines lésions rétro-labyrinthiques ou labyrinthiques.

B. *Réactions nystagmiques partielles.* — Lorsqu'un sujet présente une réaction nystagmique calorique, angle bien marqué, dans une des positions optimum de Brunings et de modalité concordante à cette fonction, l'absence d'une modification qualitative adéquate du nystagmus dans une autre position optimum, révèle une lésion du groupe canaliculaire correspondant à cette dernière position.

Mais il est bon de vérifier par d'autres explorations.

C. *Réactions caloriques partielles* (inexcitabilité calorique d'un groupe canaliculaire avec conservation de l'excitabilité rotatoire). — Pas de cas relevés.

D. *Réactions nystagmiques et caloriques anormales :*

Quantitativement peu intéressantes et bien connues.

Qualitativement importantes car elles traduisent le début des troubles vestibulaires.

Dans ses conclusions, Lanos, dont le travail met en évidence tout l'intérêt et l'importance considérable de l'exploration calorique du vestibule, fait preuve d'une sage réserve imposée par l'état, encore peu avancé, de nos connaissances touchant la physiologie vestibulaire, ses connexions et ses associations.

Contribution à l'étude de la physiologie vestibulaire. Epreuve thermique anormale. (M. Buys. *Revue d'oto-neuro-ocul.*, juin 1925, p. 416; Paris, Doin.) — L'auteur rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-sept ans qui, à la suite d'une grippe, présenta une double paralysie faciale, une surdité complète à droite et des troubles de l'équilibre.

L'exploration rotatoire ne donne aucun nystagmus ni à droite, ni à gauche.

L'exploration calorique est de même négative des deux côtés avec de l'eau à 27 degrés.

Mais, avec de l'eau à 7 degrés, l'irrigation de l'oreille droite en position habituelle donne une réaction nystagmique qui s'inverse si on fait incliner la tête en avant.

L'irrigation de l'oreille gauche dans les mêmes conditions détermine un nystagmus. Mais celui-ci ne se renverse pas avec le déplacement de la tête.

L'auteur rapporte ce fait qui paraît être signalé pour la première fois.

Le vertige dans les traumatismes craniens. (L. Baldenweck. *Arch. intern. de laryngol.*, juin 1925, p. 641.) — Dans les traumatismes récents, le vertige ne fait parfois qu'étayer un diagnostic évident (fracture du rocher), quelquefois il révèle une hémorragie labyrinthique (mort brusque et totale du labyrinthe).

Dans d'autres cas, il témoigne d'une commotion labyrinthique à distance. Si au début le vertige est violent, il ne tarde pas à s'atténuer, il *perd de sa continuité*, et, quelquefois, il est rapidement uniquement subjectif.

Enfin, si la lésion est rétrolabyrinthique, la symptomatologie est encore beaucoup plus variable.

Le vertige voit son intensité varier constamment, modéré il n'en est pas moins permanent.

Le nystagmus bilatéral est variable. Les troubles de l'équilibre sont également variables d'un moment à l'autre.

La surdité, par contre, présente des caractères plus constants, elle est souvent fragmentaire.

Quant au vertige cérébral, dont il faut bien admettre la possibilité, il est essentiellement variable dans son intensité comme dans ses manifestations.

L'exploration calorique, possible uniquement lorsque l'intégrité tympanale est certaine, montre, dans les premiers cas une inexcitabilité vestibulaire plus ou moins complète. L'hyperexcitabilité serait en faveur d'une lésion rétrolabyrinthique et plus spécialement d'un vertige cérébral.

Beaucoup plus ardu est l'appréciation du « vertige séquelle ».

La simulation sera dépistée par : la détermination des circonstances de l'accident et la recherche de ses suites immédiates, générales et locales; par la recherche des reliquats physiques et psychiques; enfin, par l'examen cochléo-vestibulaire méthodique et complet.

L'auteur envisage ensuite diverses éventualités, en rappelant les interprétations classiques, et il insiste sur le fait que des réactions normales ne doivent nullement faire rejeter l'existence des vertiges. Les troubles oculaires, le psychisme du blessé, la nervosité sont des éléments qui doivent entrer en ligne de compte.

Le vertige étant admis, quelle en est l'origine?

Les vertiges labyrinthiques sont rotatoires, le vertige otolithique est en bascule; les autres (circulatoire, etc.) donnent des sensations moins précises. Mais ce qui caractérise ces vertiges c'est leur exagération par certaines circonstances bien déterminées.

A côté de ceux-ci les vertiges « sine materia » sont caractérisés par le vague des sensations éprouvées, la multiplicité des causes qui les provoquent, et l'inconstance avec laquelle ces causes les déterminent. Il reste, enfin, à éliminer les causes possibles de vertiges (otorrhée, etc.), n'ayant aucune relation avec l'accident.

Quant à l'évaluation de la réduction de la capacité professionnelle, l'auteur l'envisage en trois cas :

1° *Le vertige est le seul symptôme incriminé par le blessé et l'examen ne décèle aucun signe physique.*

Ce sont là des troubles de longue durée, n'entraînant aucune diminution dans les professions sédentaires, au contraire dans certaines professions (couvreurs, etc.) obligeant à changer de métier.

2° *Le vertige est le signe dominant accusé par le blessé parmi tous les autres et tous les signes qu'il peut présenter.*

Si les vertiges sont très accusés, l'incapacité peut être absolue, mais on peut prévoir, dans certains cas, une atténuation progressive.

Si le vertige est atténué, l'incapacité est partielle et ne sera point permanente, elle disparaîtra avec la compensation de la lésion.

3° *Le vertige est un signe accessoire perdu dans la symptomatologie objective et subjective.*

Le vertige, quelle qu'en soit l'atténuation, introduit toujours un facteur de réduction de capacité professionnelle.

NOTES D'OBSTÉTRIQUE D'URGENCE

CONDUITE A TENIR DANS LES PRÉSENTATIONS DE LA FACE

Par M. le docteur Bourret,
Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon, Accoucheur de la Maternité du Creusot.

A. Pendant la grossesse. — Si le diagnostic de présentation de la face est fait pendant la grossesse, faut-il à titre préventif essayer de transformer cette présentation en une plus favorable? Obtenir un siège n'améliorerait pas sensiblement le pronostic pas plus au point de vue fœtal qu'au point de vue matériel. Seule la transformation en sommet serait souhaitable. Est-elle possible? théoriquement oui, pratiquement, à moins de se trouver en présence d'une grande multipare à parois abdominale en papier, on ne réussit pas, que l'on emploie uniquement les manœuvres externes (Schatz) ou qu'on leur associe des pressions vaginales qui, elles, ne sont pas sans danger. Pourquoi ne réussit-on pas? Parce que dans la présentation de la face, surtout lorsqu'elle existe déjà pendant la grossesse, il y a déflexion non seulement de l'extrémité céphalique mais aussi de tout l'ensemble du bloc fœtal et particulièrement de la colonne vertébrale : or la modification de l'inclinaison de celle-ci est pratiquement irréalisable par des manœuvres faites à travers la paroi abdominale.

B. Pendant le travail. — Rejeter sans hésitation toute manœuvre de transformation en sommet *tant que les membranes sont intactes et le col incomplètement dilaté.* « Aller parce que l'on craint une présentation de la face, aller glisser la main ou quatre doigts à travers un col incomplètement dilaté et tâcher d'abaisser l'occiput c'est pratiquer une manœuvre inefficace si elle est prudente, dangereuse si elle est active, c'est rompre la poche des eaux dans une présentation irrégulière. Il vaut mieux ne pas faire de bonne heure un diagnostic que se laisser entraîner par lui à des interventiona aussi hâtives qu'intempestives. Tout au plus peut-on essayer de corriger l'obliquité utérine souvent en cause dans les présentations de la face » (Fochier).

Bien se pénétrer de l'idée que la présentation de la face n'est pas une présentation essentiellement dystocique et qu'en règle générale on aura tout avantage à savoir attendre l'évolution spontanée de l'accouchement en face. Cette évolution est évidemment toujours *lente* : qu'il s'agisse d'une mento-antérieure ou d'une mento-postérieure la dilatation du col sera toujours longue, mais celle-ci réalisée la rotation sera rapide dans le premier cas, tandis que dans les postérieures elle sera forcément encore longue et pénible, mais elle ne fera qu'assez exceptionnellement défaut si la déflexion est bien complète, si l'on sait attendre et ne se livrer à aucune manœuvre intempestive.

De ces notions capitales découle la conduite suivante :

I. *Pendant la dilatation.* — Attendre en évitant de multiplier les touchers tout à fait inutiles, en surveillant les bruits du cœur, et surtout en faisant prendre patience à l'entourage et en sachant patienter soi-même.

II. *La dilatation est complète.* — 1. S'il ne survient aucune complication, assez rapidement s'il s'agit d'une mento-antérieure, plus tardivement s'il s'agit d'une mento-postérieure qui est arrivée à tourner soit au cours de la dilatation, soit après que celle-ci a été réalisée, on n'aura à s'occuper que du dégagement : pour protéger le périné, on aura soin de bien adapter le sous-menton au sous-pubis et pour cela, un doigt appuyant sur la voûte palatine du fœtus s'efforcera de *défléchir* la tête au maximum, puis la pointe du menton dépassant largement le sous-pubis on *fléchira* la tête par des pressions faites à travers le périné ou au besoin avec un doigt dans le rectum.

Se rappeler que dans la position de dégagement le larynx et la trachée peuvent être comprimés et lésés : le dégagement ne doit donc pas être trop long, et on s'efforcera d'abréger la durée par l'expression utérine ou au besoin par une rapide application de forceps à la vulve.

2. S'il existe ou s'il survient une indication d'intervenir : surmenage maternel ou arrêt complet et définitif du travail, souffrance du fœtus, la *dilatation étant suffisante*, soit par dilatation spontanée, soit par dilatation artificielle préalable par manœuvres manuelles, comment extraire le fœtus?

a. Si la présentation est encore mobile ou facilement refoulable, si l'utérus n'est pas rétracté et renferme encore suffisamment de liquide, si l'on a affaire à une multipare, le mieux sera de pratiquer sans tarder la version podalique par manœuvres internes ou manœuvres mixtes suivant le degré de dilatation; la version réalisée, l'extraction suivra immédiatement toutes les fois que le col sera suffisamment ouvert; dans le cas contraire, elle sera différée; mais dans ce cas mieux vaut ne pas avoir eu recours à la version comme intervention de choix.

b. Si la présentation est fixée, ou l'utérus rétracté, il ne peut être question de version, et c'est au forceps que l'on demandera la délivrance de la femme en douleurs. Comme directive générale, bien se persuader que le forceps en présentation de la face n'est une intervention facile que dans les mento-antérieures, et que même dans ces cas elle est facilement traumatisante pour le fœtus, il ne faut donc pas l'entreprendre à la légère, ne pas se laisser aller à pratiquer un forceps de complaisance, mais au contraire ne se décider à intervenir qu'en cas d'indication formelle.

L'application du forceps décidée, comment la réaliser?

I. *Face en mento-antérieure.* — 1. Défléchir la tête au maximum par pression digitale sous la voûte palatine; 2. faire une prise symétrique comme s'il s'agissait d'un sommet, mais ne pas oublier que, pour que la prise soit solide, il faut que le bec des cuillers dépasse les bosses pariétales, sinon le forceps dérapera; par conséquent, il faut que la main guide soit introduite profondément, qu'elle aille reconnaître les bosses pariétales, et qu'avant d'être retirée elle s'assure que la cuillère qu'elle a guidée est en bonne situation. Le forceps bien placé, l'extraction se fera facilement par tractions très en arrière, la descente dans ces cas étant pour ainsi dire nulle, la rotation insignifiante; le dégagement proprement dit sera terminé manuellement après enlèvement de l'instrument.

II. *Face en mento-postérieure.* — Cette intervention étant généralement pénible, on est autorisé à tenter préalablement toutes manœuvres de transformation de position : la tête étant défléchie au maximum au moment d'une contraction, essayer la rotation artificielle, soit par la manœuvre de Mme La Chapelle (deux doigts dans la bouche), soit par celle de Volland (face prise à pleine main), soit encore par celle de Tarnier (deux doigts sur une région malaire, deux autres sur la région mastoïdienne du côté opposé); on peut aussi essayer, mais prudemment, de tourner la face en se servant, soit d'un levier, soit plus simplement d'une cuillère du forceps.

Ces manœuvres, il faut le reconnaître, échouent le plus souvent, et force est alors d'appliquer le forceps sur la face orientée en postérieure. La mise en place des cuillères en prise symétrique pariéto-malaire ne présente-t-elle pas des difficultés particulières? Comme dans les positions antérieures on aura bien soin que les becs des cuillères dépassent les bosses pariétales, sans cela, nous le répétons, pas de prise solide et dérapement forcé de l'instrument; d'autre part, la cuillère qui doit finalement être antérieure doit, dans le mouvement de tour de spire, contourner le menton; or, il arrive souvent qu'elle l'accroche et que sa progression est ainsi difficile; pour tourner cette difficulté, on pourra avoir recours à la manœuvre de Bonnaire qui conseille de placer la cuillère antérieure d'emblée directement en avant dans la situation qu'elle doit occuper; cette manœuvre sera sans danger seulement si la main guide est préalablement introduite très exactement à la place qu'occupera la cuillère et protège à la fois les parties maternelles et les parties fœtales au cours de l'introduction de l'instrument rigide.

Le forceps placé et après une dernière exploration manuelle de contrôle, il faut d'emblée faire la rotation, la descente en postérieure étant impossible. Cette rotation est difficile au point que Budin n'a pas hésité à conseiller la manœuvre pourtant dangereuse du refoulement par l'intermédiaire du forceps, de façon à tourner la présentation au-dessus du détroit supérieur. La manœuvre des tractions bilatérales divergentes au moyen des lacs dont est muni le forceps lyonnais nous semble infiniment préférable.

La rotation réalisée il faut naturellement replacer les forceps et faire l'extraction comme dans le cas précédent.

III. *Face en position transverse.* — La prise directe antéro-postérieure n'est pas isolée et présente pour l'extraction les mêmes inconvénients que dans le sommet; la prise oblique n'a également aucun point d'appui solide et l'une des cuillères comprend presque fatalement la trachée; il vaut donc mieux dans ces cas obtenir coûte que coûte une rotation de la position en oblique antérieure soit par manœuvres manuelles soit par rotation au moyen d'une broche de forceps servant de levier.

De ces considérations résulte les *conclusions* suivantes : Le forceps appliqué sur une présentation de la face n'est un bon instrument ni de préhension ni de traction. Pour remédier dans la mesure du possible au premier de ces défauts il y a intérêt à utiliser des cuillères courtes et à faible courbure, celles du Tarnier valent mieux que celles du Levret ou du Pajot, mais il faut les introduire très profondément de façon à ce que leur bec dépasse les bosses pariétales, seul point d'appui solide; ensuite pour obtenir une traction efficace il faut veiller à ce que les efforts faits sur le forceps ne tardent pas à défléchir la face; aussi peut-il être utile, au cours de la traction, de faire maintenir la déflexion par un aide appuyant sur la voûte palatine.

Malgré toutes les précautions que l'on peut prendre une application de forceps en présentation de la face est toujours une intervention sérieuse pour le fœtus et aléatoire dans ses résultats; si dans les obliques antérieures on parvient généralement à terminer l'extraction sans de trop pénibles efforts il n'en n'est pas de même dans les positions postérieures ou transverses dans lesquelles à défaut d'une rotation élevée toujours difficile on n'aboutit qu'à l'*enclavement de la présentation.*

Que faire alors? Si l'enfant n'est pas trop compromis et si la parturiente est une multipare le mieux est de pratiquer une pubiotomie. A défaut de cette intervention, et chez une primipare et si l'on ne veut pas sacrifier l'enfant, on n'a que la ressource d'une césarienne suivie d'hystérectomie ou d'extériorisation temporaire de l'utérus, celui-ci devant être considéré comme infecté à la suite des multiples manœuvres qui auront précédé l'intervention.

Sur enfant mort, bien entendu, l'extraction se fera par broiement de la face : pour cette intervention se rappeler que la *basiotribe* n'est pas l'instrument de choix pour les raisons suivantes : *a.* Dans la prise oblique les cuillères sont difficiles à placer, la postérieure est parallèle à la voûte, l'autre appuie sur le menton, la base du crâne échappe au broiement ; *b.* La prise oblique est plus facile à réaliser mais elle ne diminue pas sensiblement le mobile. Mieux vaut donc utiliser le *cranioclaste* de Braun : la présentation étant solidement maintenue par un aide à travers la paroi abdominale, la perforation est réalisée au niveau d'une cavité oblitaire (la postérieure de préférence) ou au-dessus du nez si le front est accessible : après évidement de la boîte cranienne, la pince cranioclaste est mise en place de façon à saisir non pas la région occipitale car les tractions dans ce cas auraient tendance à défléchir la présentation, mais le massif facial qni ne risque pas de s'arracher, et dont la descente s'accompagnera tout naturellement d'un complément toujours favorable de déflexion. La rotation s'effectuera dès que possible au cours de la descente, de façon à dégager la face en avant.

Dans tous les cas, qu'il s'agisse d'extraire artificiellement par la face un enfant mort ou un enfant vivant il faut bien se persuader qu'il s'agit toujours d'une intervention difficile et pénible : raison de plus pour ne pas l'entreprendre à la légère et pour laisser le temps à la nature de triompher le plus souvent de difficultés qui au premier abord peuvent paraître insurmontables même au plus habile accoucheur.

Histoire des eaux minérales de Vichy (t. III, fasc. 1), par Antonin MALLAT, membre correspondant de l'Académie de médecine. Un volume de 248 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Radium, par F. HONORÉ, de l'*Illustration*. Volume in-8 (23 × 14) de 145 pages, avec photogravures et planches. — Prix : 18 fr. — Paris, Gauthier-Villars et Cie.

LIVRES NOUVEAUX

Etude anatomique des artères de la peau chez l'homme. Etude radiographique (1), par Mme Philippe BELLOCQ, docteur en médecine, licenciée ès sciences et ès sciences naturelles.

Ce travail apporte des précisions sur un chapitre d'anatomie qui n'a été que partiellement étudié jusqu'à ce jour.

Si le type général de la distribution des vaisseaux dans les diverses couches cutanées était en effet bien connu, grâce aux recherches histologiques faites à ce sujet, il n'en restait pas moins cependant à préciser l'agencement en surface de ces vaisseaux, leur répartition en profondeur et leur topographie exacte.

Parmi ces vaisseaux, Mme le docteur Bellocq ne s'est occupée que des artères ; elle les a étudiées à l'aide de la méthode radiographique.

Ce travail se divise en deux parties : 1° *Historique*; 2° *Recherches personnelles sur la distribution artérielle cutanée chez l'homme.*

Dans cette *deuxième partie*, l'auteur indique la technique suivie et le matériel employé, puis décrit en même temps que la disposition des artères cutanées dans les principales régions, les différents types de vascularisation observés.

Enfin, sont résumés sous forme de conclusions, les résultats qui se dégagent de ces recherches et que les radiographies accompagnant ce travail permettent de contrôler.

L. G.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES. — M. le professeur Georges Guillain commencera son cours de clinique le vendredi 20 novembre à 10 h. 30, à l'hospice de la Salpêtrière (amphithéâtre de la clinique Charcot). Il continuera son enseignement les mardis, à 10 heures (Policlinique à la salle de consultations externes de l'hôpital) et les vendredis, à 10 h. 30 (amphithéâtre de la clinique Charcot).

— CLINIQUE DES MALADIES MENTALES ET DE L'ENCÉPHALE. (Professeur : M. Henri CLAUDE.) — Un cours de psychiatrie élémentaire en vingt leçons, destiné aux externes et aux internes des hôpitaux qui ne peuvent suivre les leçons de stage, commencera le jeudi 17 décembre 1925, à 17 h. à l'amphithéâtre de la Clinique des maladies mentales (Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis) et continuera tous les jeudis, à la même heure.

Le cours est absolument facultatif et gratuit.

HÔPITAL SAINT-ANTOINE. — Le docteur P. Le Noir, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, fera du 30 novembre au 6 décembre une série de conférences de « Thérapeutique digestive », tous les matins, à 10 h. 1/2, salle Aran.

Programme. — Traitement de l'ulcère gastro-duodénal.

Traitement des vomissements incoercibles et de l'aérophagie.

Physiothérapie des affections gastriques.

Tubage duodénal et ses applications thérapeutiques.

Traitement de la dysenterie et des colites.

Exposé et discussion des méthodes nouvelles.

Se faire inscrire salle Aran.

Etudes de carcinologie expérimentale. Recherches biologiques sur la phase précancéreuse et les stades initiaux de la cancérisation, par Marcel SENDRAIL. Th. de Toulouse, 1925. — Toulouse, impr. Bonnet.

---

(1) Une brochure de 64 pages avec 29 fig. — Prix : 12 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

Nº 93. — SAMEDI 21 NOVEMBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 21 NOVEMBRE 1925. — Nº 93.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . : 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE.* . . . 45 *fr.*
Tarif extérieur nº 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur nº 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 18 novembre. — Questions données : « Diagnostic et traitement de l'angine diphtérique. — Panaris. »

M. Ombrédanne (Marcel), 26; Mlle Cahen (Marthe), 18; MM. Lévy (André), 20; Thoyer (Georges), 22; Pascal (Raoul), 28; Farret (Jean), 23; Padovani (Paul), 22; Saïdmann (Paul), 20; Thiébaut (François) et Mlle Scherrer (Juliette), 26.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — *Concours de l'internat.* — Questions écrites données : « Actions de ralentissement et d'arrêt du cœur. — Complications des fractures. »

Questions restées dans l'urne : « Régulation thermique. — Coagulation du sang. — Sémiologie de l'insuffisance ventriculaire gauche. — Hémorragies intrapéritonéales. »

Liste des admissibles : MM. André, Auché, Assailly, Badelon, Barde, Beaumont, Boué, Cloup, Delas, de Miollis, Dervillée, Donnadieu, Dubernard, Dubourg, Ducasse, Ducaud, Fourcade, Mlle Frouin, MM. Giraud, Girou, Grangé, Labat-Labourdette, Lecoulant, Marque, Mathey-Cornat, Mondain, Perperot, Subervie, Trautmann, Mlle Valette, M. Wangermez.

Concours de l'externat. — Classement :

MM. Deparis, Hargous, Philip, Cauvin, Bodet, Bernès-Lasserre, Raffin, Chapert, Moreau, Vergez, Berger, Pauly, Boyrie, Géniaux, Cavalade, Parneix, Traissac, Cosset, Fisher, Roche, Barbaroux, Maupetit, Le Lain, Montalieu, Pigeard de Gurbet, Piganaud, Cornet, Mogès, Sourreil, Lembez, Guyonnet-Dupérat, Roux-Dessarps, Mlle Vielle, MM. Lanore, Capsec, Manginet, Dubarry, Romez-Cuilliez, Foraggi, Ponderoux, Nancel-Pénard, Duport, Nantiaux, Touya, Prioleau, *ex æquo* Robin et de Tanoüarn; Pasquet, Parlange, Lataste, Capdevielle, Badelon, Cazaux, Guénon des Mesnards, *ex æquo* Daydé, Grimard, Mailho, Dauma; Brunet.

— STRASBOURG. — *Concours de l'internat.* — A la suite du concours, ont été nommés titulaires : MM. Guillaume, Stahl, Pinsan, Weill (Joseph), Herrenberger, Chaumerliac, Albert-Weil, Mlle Lévy, MM. Metzger, Tassovatz, Stergiou.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — EXAMEN D'APTITUDE AUX FONCTIONS D'AGRÉGÉ (médecine). — Les dates et heures des compositions de la première épreuve de l'examen d'aptitude aux fonctions d'agrégé près les facultés de médecine et les facultés mixtes de médecine et de pharmacie sont fixées ainsi qu'il suit :

Sections d'histologie, de bactériologie, de physiologie, de chimie, de physique, de médecine, de chirurgie, d'obstétrique, d'histoire naturelle pharmaceutique, de pharmacie : première composition le 3 décembre 1925; deuxième composition le 4 décembre 1925.

Les compositions ont lieu dans chaque faculté. Chaque composition sera faite dans une séance particulière, d'une durée de trois heures, de 8 heures à 11 heures.

— BORDEAUX. — Le concours pour une place de chef de clinique de psychiatrie s'est terminé par la nomination de M. Auriat.

FACULTÉ DES SCIENCES DE BORDEAUX. — Par arrêté en date du 16 novembre 1925, la chaire d'anatomie comparée et embryogénie de la Faculté des sciences de l'Université de Bordeaux est déclarée vacante.

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE. — La Société de médecine de Paris, dans sa séance du 13 novembre 1925, a adopté à l'unanimité l'ordre du jour suivant qui sera transmis à M. le ministre de l'Instruction publique.

La Société de médecine de Paris :

Considérant que le titre de docteur est en France, dans toutes les branches de l'enseignement, le titre universitaire le plus élevé;

Que le corps médical a toujours unanimement lutté pour obtenir d'abord et maintenir ensuite l'unité du doctorat en médecine ;

Que le titre de docteur en chirurgie dentaire ne pourrait que créer une confusion préjudiciable au public et au corps médical, et favoriser encore l'exercice illégal;

Proteste contre la création d'un diplôme de docteur en chirurgie dentaire et de tout diplôme du même ordre.

MÉDAILLE D'HONNEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — La médaille d'argent est décernée à M. le docteur Royet (de Montluçon).

AVIS DE VACANCE D'EMPLOI DE DIRECTEUR DU BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE. — Le bureau du Touquet-Paris-Plage est déclaré vacant. (*J. O.*, 15 nov. 1925.)

UNION MÉDICALE FRANCO-IBÉRO-AMÉRICAINE (UMFIA). — L'Union médicale franco-ibéro-américaine, fondée en 1912, donne son dîner d'automne le lundi 30 novembre, à 7 h. 1/2 du soir, sous la présidence de M. le professeur J.-L. Faure, membre de l'Académie de médecine. M. le député Georges Leygues, ancien président du Conseil des ministres et président de « Paris-Amérique latine », a bien voulu accepter de s'y rendre.

Ce dîner, qui aura lieu dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Rouget-de-l'Isle), sera suivi d'une réception avec chants, concert musical et danses. Les familles des umfistes et leurs amis sont invités nombreux à cette réception. Dès maintenant les sociétaires sont priés d'envoyer sans retard leur adhésion à notre confrère le docteur Grimberg, 74, rue Blanche, Paris.

RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ DE PSYCHOTHÉRAPIE. — La réunion annuelle de la société de psychotérapie aura lieu jeudi 24 novembre, à 4 h. 1/2, 49 rue Saint-André-des-Arts sous la présidence de M. le professeur Hartmann, membre de l'Académie de médecine.

Les questions générales mises à l'ordre du jour sont :

1° « La psychothérapie dans la chirurgie ». Rapporteurs : les docteurs Victor Pauchet et Dupuy de Frenelle.

2° « La psychothérapie de la douleur physique et de la souffrance morale. — Rapporteurs : les docteurs Bérillon et Paul Farey.

Les médecins psychothérapeutes sont invités à cette réunion qui sera suivie du banquet annuel au Restaurant du Palais des Sociétés savantes, à 8 heures. Prix : 22 fr.

CHRONIQUE

LA CINQUIÈME SESSION DU COMITÉ D'HYGIÈNE

Le Comité d'hygiène de la Société des nations a tenu à Genève, du 8 au 14 octobre, sa cinquième session.

Ont pris part à ses travaux :

MM. Th. Madsen, président (Danemark), O. Velghe (Belgique), Léon Bernard (France), sir George Buchanan (Grande-Bretagne), Jean Cantacuzène (Roumanie), H. Carrière (Suisse), Carlos Chagas (Brésil), Chodzko (Pologne), Alice Hamilton (Etats-Unis), Jitta (Hollande), Jorge (Portugal), A. Lutrario (Italie), P. Mimbela (Pérou), B. Nocht (Allemagne), Ottolenghi (Italie), Pittaluga (Espagne), Raynaud (France), Tsurumi (Japon).

Le Comité d'hygiène a désigné des rapporteurs pour examiner les diverses propositions présentées à l'assemblée, notamment la proposition de la délégation tchécoslovaque (étude comparative des méthodes les plus efficaces, pratiques, économiques en usage dans les administrations d'hygiène publique, et leurs rapports avec les assurances sociales contre la maladie).

Le Comité a confié à plusieurs de ses membres le soin de préparer des rapports préliminaires sur : la *fréquence du trachome* et sur les mesures qui ont été adoptées dans les divers pays pour prévenir cette affection (*proposition italienne*); le *contrôle de la fabrication et du commerce des denrées alimentaires* et sur l'intérêt que présenterait pour l'hygiène internationale une étude de ce genre (*proposition serbe, croate et slovène*); la *mortalité infantile* (*proposition hollandaise*); l'établissement sur la côte occidentale de l'Afrique d'un bureau de renseignements épidémiologiques chargés de signaler la fréquence de certaines maladies endémo-épidémiques qui sévissent dans cette région (*proposition française*).

Liaison avec l'Amérique latine. — Les propositions déposées par les délégations de l'Amérique latine au cours de la dernière assemblée ont été examinées en même temps que le rapport du professeur Léon Bernard sur le voyage officiel qu'il a entrepris au Brésil, en Argentine et dans l'Uruguay en vue d'étudier certains aspects des services d'hygiène de ces pays et de rendre plus étroite la collaboration entre l'organisation d'hygiène et le pays de l'Amérique latine, membres de la Société des nations.

D'autre part, le professeur Léon Bernard a souligné l'intérêt que présentait pour les services d'hygiène du Brésil, en raison de l'importance de l'émigration japonaise au Brésil, la rapide transmission des informations épidémiologiques du bureau de Singapour.

Commission du paludisme. — Le Comité d'hygiène a adopté le rapport et les conclusions de la Commission du paludisme. Il a décidé de transmettre au gouvernement français le mémoire rédigé par deux de ses membres sur le paludisme en Corse.

D'autre part, la Commission du paludisme estime qu'elle a pratiquement terminé dans l'Est de l'Europe et dans le bassin de la Méditerranée ses investigations sur la fréquence de la maladie. Mais elle pense qu'il lui reste encore à accomplir un voyage d'études collectif en Sicile et à procéder à l'examen détaillé et approfondi de certains problèmes spéciaux qui nécessiteront une enquête dans quelques Etats du Sud des Etats-Unis d'Amérique, en vue d'étudier les mesures antilarvaires et les expériences poursuivies par Bass sur la lutte exclusive par la quinine. Parmi les autres problèmes dont l'étude pourra être entreprise, il convient de citer la question des deltas (Danube, Ebre, Pô) et ses rapports avec l'endémie palustre; la question des rizières en Europe; le rôle des animaux dans le paludisme; les effets des travaux d'assainissement; la lutte directe contre les moustiques et les larves; les conditions d'infection des moustiques; la valeur des alcaloïdes secondaires du quinquina, etc.

Cancer et tuberculose. — Le Comité a pris connaissance d'une proposition du haut commissaire pour l'Union sud-africaine présentée par le docteur Mitchell, chef des services sanitaires de l'Union sud-africaine et l'invitant à entreprendre une enquête sur la fréquence de la tuberculose chez les mineurs de l'Afrique du Sud.

Enquêtes spéciales. — Le Comité a invité le docteur Chagas à préparer un rapport sur l'incidence de la lèpre et sur les mesures qui sont prises pour éviter l'extension de cette maladie en Amérique du Sud.

Il a confié à M. Pittaluga et au docteur Raynaud le soin de continuer et de compléter leurs recherches épidémiologiques et statistiques sur la leishmaniose dans les régions méditerranéennes.

Il a également désigné d'autres rapporteurs pour recueillir des renseignements sur la rougeole et sa prophylaxie par les nouvelles méthodes immunologiques; sur les méthodes spécifiques préventives dans la lutte contre la scarlatine; sur la valeur des méthodes de désinfection en cas d'épidémies et sur diverses autres questions.

L.

REVUE GÉNÉRALE

LES KYSTES DU VAGIN

Par le docteur PAUL FOUCAULT (de Poitiers),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien des hôpitaux de Poitiers.

Sur toute la hauteur du trajet primitivement occupé par le corps de Wolff et par son canal, peuvent s'échelonner une série de formations kystiques possédant un ensemble de caractères communs, et relevant du même facteur embryologique.

Les kystes du vagin, les plus inférieurs de tous, appartiennent à cette catégorie, de même que les kystes pararénaux (Przewoski), qui en représentent les formations les plus élevées, et au même titre que certains kystes intramésentériques (Jacquot et Fairisse), parovariens (Velpeau), intraligamentaires (Forgue), ou latéro-pelviens (Silhol), qui en constituent les échelons intermédiaires.

Tous ces *kystes wolffiens* se ressemblent par certains caractères macroscopiques et microscopiques.

Ce sont des tumeurs liquides, uniloculaires, sphériques, ou ovoïdes, de surface unie et régulière. Développées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, elles sont entourées d'une atmosphère celluleuse lâche, qui permet leur énucléation, sauf en un point qui paraît être leur base d'implantation. Leur contenu liquide est clair, albumineux, riche en chlorures et en paillettes de cholestérine.

Microscopiquement, leur épithélium est formé par une seule assise de hautes cellules cylindriques, à noyaux volumineux, souvent à cils vibratils.

Les kystes du vagin revêtent tous ces caractères primordiaux. Les causes qui favorisent leur développement, les symptômes et les complications auxquels leur présence donne lieu, le traitement qu'il convient de leur appliquer, constituent les points particuliers qu'il est intéressant de préciser dans cette étude.

*
* *

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La région abdomino-pelvienne est, au cours du développement de l'embryon le siège de nombreux remaniements, de formations transitoires, successives, qui, de l'épithélium germinatif de Waldeyer aboutissent à la constitution définitive de l'arbre génito-urinaire.

Parmi ces modifications, il en est une primordiale, qui joue un rôle capital dans la pathogénie des kystes du vagin; c'est la différenciation du canal émané du rein primitif.

Celui-ci se dédouble parallèlement à son axe, et donne ainsi naissance à deux canaux accolés en canon de fusil, l'un antérieur, le canal de Wolff, l'autre postérieur, le canal de Müller.

Chez la femme, le canal de Müller seul se développe, alors que son congénère s'atrophie et normalement disparaît en totalité. Mais les anomalies de régression sont fréquentes et il subsiste souvent à l'état des débris vestigiaux, une série de formations étagées sur toute la hauteur du ligament large : organe de Rosenmuller, parovaire, et canal de Gartner.

La régression se faisant de haut en bas, la persistance totale ou partielle du canal de Gartner, s'observe plus fréquemment encore que celle des autres vestiges du canal de Wolff. Chez 25 p. 100 des femmes, on le retrouve, mais on conçoit que sa forme, sa longueur, ses rapports, soient essentiellement variables, suivant le mode d'arrêt du processus de régression. C'est ainsi que le canal de Gartner peut être fragmenté en plusieurs segments, ou au contraire continu, formant un tube plein ou creux. Quand il est court, il longe la partie inférieure du bord latéral de l'utérus et vient se perdre dans sa paroi, au niveau de la portion sus-vaginale du col utérin. Quand il est long, il descend le long de la paroi antéro-latérale du vagin, jusqu'au voisinage de l'hymen.

C'est alors un conduit étroit, flexueux, dont l'extrémité supérieure effilée est située à la base du ligament large, au niveau de la crosse de l'artère utérine. Il chemine en compagnie de l'artère cervico-vaginale, dans le tissu cellulaire de la gaine hypogastrique et vient se terminer par une extrémité inférieure, élargie en une dilatation ampullaire située sous la muqueuse de la paroi latérale du vagin. Dans certains cas, cependant, le canal possède un orifice, situé soit sur la paroi vaginale (Kœberlé, Recklinghausen) soit à l'hymen (Klein, Grochiff), soit au voisinage du meat urinaire (comme chez les animaux femelles, Klein).

A l'examen microscopique, le canal de Gartner se présente comme un tube revêtu d'un épithélium cylindrique, à une ou deux assises de cellules, et entouré d'une gaine musculaire lisse, peu épaisse.

C'est à cette formation que la plupart des auteurs après Veit Wolff et Zugenspeck (1887), attribuent la paternité des kystes du vagin, que nous proposons d'appeler *kystes paravaginaux,* par analogie avec les kystes parovariens et paranéphrétiques.

Signalons toutefois que certains auteurs ont pu attribuer une origine müllerienne à certains kystes postéro-latéraux (Robert Meyer) et une origine glandulaire aux formations kystiques juxta-vulvaires (Fredet).

Sous réserve de ces cas particuliers, qui se distinguent par leur siège et leur constitution histologique, la très grande majorité des kystes du vagin reconnaissent une *origine wolffienne*, et c'est cette notion qui doit dominer toute la pathogénie de ces kystes.

La confirmation de cette théorie est fournie par les données de l'anatomie pathologique.

Dans 80 p. 100 des cas (Poupinel), ces kystes sont uniques, et siègent avec une remarquable fréquence à droite. Toutefois, on a signalé un chapelet de trois à quatre kystes (Johnston) échelonnés verticalement le long du canal de Gärtner.

Leur volume varie entre celui d'une noisette et celui d'un œuf; mais Veit en a vu un du volume d'une tête de fœtus.

En général ils sont piriformes et ils possèdent un prolongement plein ou creux se dirigeant dans le ligament large, dans la région de la bifurcation du pédicule utéro-vaginal.

Recouverts partiellement par la muqueuse vaginale amincie au point de laisser transparaître la teinte du contenu kystique, ils sont constitués par une paroi mince qui adhère extérieurement d'une façon assez intime aux tissus avoisinants, surtout en haut, au niveau du pédicule. Intérieurement, la surface est blanc rosé, lisse en général, avec parfois cependant de petites excroissances jaunâtres. Le liquide contenu est en général limpide, visqueux, filant, parfois mucoïde (Foucault).

Histologiquement, l'épithélium de recouvrement est cylindrique ; les hautes cellules à gros noyau périphérique, sont terminées par de longs cils vibratils; toutefois le ravêtement épithélial n'est pas toujours aussi typique, ni aussi uniforme, et il n'est pas rare de trouver dans un même kyste des îlots d'épithélium cylindrique cilié ou non, des cellules aplaties à gros noyau, et même des cellules pavimenteuses stratifiées.

Ce revêtement épithélial repose par l'intermédiaire d'une basale sur une mince couche conjonctive, parcourue de capillaires, doublée elle-même d'une couche musculaire lisse, à fibres circulaires, et longitudinales.

Telles sont les caractéristiques des kystes vaginaux d'origine wolffienne. Notons que ce ne sont pas les seuls que l'on puisse observer dans cette région. Outre les *kystes dermoïdes* (Veit, Vautrin), très rares, qui ont plutôt une évolution abdominale, on a signalé des formations kystiques superficielles, multiples, peu volumineuses, tapissées d'un épithélium pavimenteux ou cylindrique. Il s'agit de *kystes pseudo-glandulaires* développés aux dépens d'une crypte ou d'un diverticule de la muqueuse vaginale.

Zuckerhandl a signalé également l'existence de kystes postérieurs développés aux dépens du bas fond du cul-de-sac de Douglas ; il s'agissait dans ces cas de *kystes d'origine péritonéale*.

***

ÉTIOLOGIE ET SYMPTOMATOLOGIE

On a signalé des kystes du vagin chez les jeunes filles et même chez les nouveau-nés. Mais, dans la très grande majorité des cas, ces kystes s'observent chez des femmes adultes. Ce n'est pas, comme le voulait Courty, le coït (traumatisme professionnel), ni l'accouchement (traumatisme obstétrical), qui en détermine l'apparition, c'est la grossesse, qui imprimant une suractivité à tout l'appareil génital, accroît les proportions du kyste jusqu'ici latent. C'est vers le septième mois que le kyste est découvert, le plus souvent à l'occasion d'un examen gynécologique.

Jamais la malade n'éprouve de douleurs, mais elle ressent une pesanteur périnéale, une gêne pendant la marche, une sensation de corps étranger, et parfois même quelques difficultés de la miction. Enfin on constate souvent un écoulement leucorrhéique abondant.

Les seuls symptômes caractéristiques sont fournis par l'examen physique.

En faisant pousser la malade, on voit, après avoir écarté la vulve, apparaître le pôle inférieur du kyste qui soulève la paroi antéro-latérale du vagin, le plus souvent, à droite de la ligne médiane. La muqueuse vaginale a gardé sa souplesse et sa mobilité, mais elle est tendue sur le kyste, et a perdu sa coloration habituelle, elle est le plus souvent blanc bleuâtre, et comme transparente.

Par le toucher, on se rend compte que le kyste se prolonge vers le fond du dôme vaginal, et qu'il emplit la presque totalité du canal obstruant partiellement le col utérin, gênant le doigt explorateur, et empêchant l'introduction du spéculum.

Sa limite supérieure est très difficile à apprécier. Le toucher rectal, combiné au toucher vaginal, peut parfois renseigner sur ce point.

Sur toute sa hauteur, le kyste est uniformément tendu, rénitent, élastique. Il est indolore, et irréductible. Il a tendance à augmenter progressivement de volume, et aux dernières semaines de la grossesse, il a pu acquérir des dimensiona considérables.

Quand on se trouve en présence d'un kyste de petit volume, haut situé, l'examen pratiqué soit à l'aide de spéculum, soit à l'aide de valves, permet de se rendre compte du siège et des dimensions de la tumeur, et complète ainsi les renseignements fournis par le toucher.

S'il s'agit d'un kyste antérieur, il peut être utile d'introduire une sonde métallique dans la vessie, afin de se rendre compte des connexions de la tumeur avec l'urètre et le bas-fond vésical. La cystoscopie ne montre en pareil cas qu'une voussure paramédiane du plancher de la vessie, située en avant des orifices urétéraux.

Les *complications* des kystes du vagin sont loin d'être exceptionnelles.

Certains kystes, de par leur volume, ou leur siège, peuvent entraîner des *accidents mécaniques* : troubles de la miction, cystite, rétention d'urine (De Lerda) ; d'autres plus rares, déterminent des troubles de la défécation. Mais un certain nombre d'entre eux *se rompent*, et *suppurent*. La rupture peut être provoquée soit par suite de l'excès de tension intra-kystique, soit par suite de la torsion de leur pédicule (Raimbert), soit par suite d'un traumatisme, et en particulier par l'accouchement.

Après la rupture, la paroi kystique peut se cicatriser, et la poche se reconstitue. Dans la règle, le kyste *suppure*. Cette suppuration est très abondante, très fétide, et de très longue durée (Perdoux). Les parois kystiques envahis par les saprophytes habituels du vagin, s'infectent rapidement, s'épaississent, donnant lieu à un écoulement purulent, interminable, qui peut lui-même être le point de départ d'accidents sérieux du côté de la cavité utérine.

Toutes ces complications s'observent de préférence au cours de l'accouchement.

La grossesse, qui par elle-même n'est pas influencée par la présence de la tumeur, détermine une augmentation de volume du kyste. Celui-ci, au moment de l'accouchement, ne devient qu'exceptionnellement une cause véritable de dystocie (cas de Focher : volumineux kyste postérieur s'opposant au passage du fœtus) ; mais en règle générale il se rompt, soit parce qu'il est refoulé en avant par le pôle fœtal, soit parce qu'il est écrasé contre la paroi osseuse du pelvis. La suppuration de la poche peut alors entraîner des phénomènes infectieux vaginaux et utérins, et favoriser l'infection puerpérale (Lang).

***

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic du kyste du vagin est en général facile à poser.

On ne peut guère le confondre avec une *cystocèle*, une *urétrocèle*, ou une *rectocèle* qui font saillie sur la ligne médiane de la paroi antérieure ou postérieure du vagin, qui sont réductibles, et que l'on reconnaît aisément grâce au cathétérisme urétral, ou au toucher rectal.

L'entérocèle, rarement observé, se caractèrise par le présence d'une anse intestinale, dans le bas fond du cul-de-sac de Douglas ; elle forme une masse molle, arrondie, réductible par la pression directe.

Quant au *prolapsus total utéro-vaginal*, il sera aisément reconnu en faisant tousser ou pousser la malade.

Des kystes haut situés ont pu être pris pour des *ovaires kystiques prolabés* ou pour des *kystes inclus dans le ligament large;* c'est par le toucher vaginal associé au palper abdominal, par la recherche des connexions exactes de la tumeur avec l'utérus que l'on pourra établir le diagnostic.

Inversement, des *kystes hydatiques du petit bassin* ont pu être pris pour des kystes du vagin situés dans le cul-de-sac de Douglas, ou dans le cul-de-sac vésico-utérin; ces kystes durs et tendus adhèrent précocement aux organes avoisinants, et provoquent des accidents de compression.

Leur diagnostic est délicat, et ne pourra être fait qu'à l'aide de la réaction de Weinberg.

Quant aux *kystes de la glande de Bartholin*, aux *kystes des petites lèvres*, ils seront aisément reconnus par leur situation et leur forme.

Les autres *tumeurs du vagin* sont infiniment plus rares que les kystes.

Le *fibro-myome* se développe dans la cloison vésico-vaginale et adhère à l'urètre; il est dur, indolent et peu volumineux.

Le *sarcome*, dur, bosselé, adhère rapidement aux organes voisinants et finit par s'ulcérer; on ne peut le confondre, pas plus que l'*épithélioma* avec le kyste du vagin.

Il faut encore avoir présent à l'esprit la possibilité d'une *bifidité utéro-vaginale*. Cette malformation, due à la fusion incomplète des canaux de Müller, se traduit par la présence de deux vagins dont l'un est le plus souvent atrophié et parfois obturé. Dans cette cavité close vient se collecter le sang menstruel provenant de la moitié correspondante de l'utérus. Il se constitue donc un *hématocolpos latéral*, qui peut, à l'occasion, devenir un *pyocolpos latéral*. Ce n'est souvent qu'après l'ouverture de la poche, l'examen du contenu, et la découverte du second museau de tanche que le diagnostic exact peut être porté.

Le kyste une fois reconnu, le traitement chirurgical s'impose. Les ponctions et incisions simples devant être rejetées, le seul traitement à conseiller en pareil cas, c'est l'*extirpation totale* de la tumeur.

Le chirurgien incise le kyste suivant son grand axe, laisse écouler son contenu, et dissèque les parois du kyste ouvert, comme on le pratique pour un sac herniaire mince. Cette dissection, facile dans la partie inférieure du kyste, devient délicate dans la partie haute, au niveau du pédicule. Il faut dissocier prudemment, en s'aidant de la sonde cannelée, le tractus fibreux qui prolonge le kyste et qui s'insinue entre les vaisseaux utéro-vaginaux.

Dans le cas où il serait impossible d'enlever complètement la paroi supérieure, il faut la détruire au moyen de la curette, du nitrate d'argent ou du chlorure de zinc. L'emploi du thermo-cautère est formellement déconseillé.

En présence d'un kyste ouvert, infecté et suppuré, la dissection est particulièrement ardue et il est très difficile, sous peine d'hémorragie importante d'enlever complètement la paroi kystique. C'est au curettage de la poche, à la cautérisation et au tamponnement que l'on devra avoir recours.

Un point important à préciser, est celui de la conduite à tenir en présence d'un kyste développé pendant la grossesse.

Si le kyste est peu volumineux, on peut se contenter de le ponctionner, quitte à l'enlever après l'accouchement. Mais si l'on redoute les accidents d'infection consécutive, s'il s'agit d'un kyste volumineux, ou pédiculé, il faut recourir à l'extirpation du kyste à la fin de la grossesse, de préférence sous anesthésie locale.

BIBLIOGRAPHIE

JACQUOT et FAIRISE. Recherche sur les kystes rétro-péritonéaux d'origine wolffienne, *Revue de gynéc.*, 1913, p. 551.
LAPOINTE. Kystes wolffiens, *Bull. et nom. de la Soc. chir.*, 7 mars 1922.
SILHOL et BOURDE. Kystes wolffiens, *Arch. franco-belges de chir.*, mai 1924.
POUPINEL. Kystes du vagin, *Revue de chir.*, 1889, p. 553.
POZZI. Kystes du vagin, *Gynécol.*, p. 986.
JOHNSTON. Contribution à l'étude des kystes du vagin, *Amer. Journ. of obst.*, 1887, p. 1144.
BOURSIER. *Leçons de clinique chirurgicale*, p. 237.
RIBEMONT-DESSAIGNE. *Traité d'obstétrique*, p. 1023.
BAR, BRINDEAU. *Pratique de l'art des accouchements.*, t. II, p. 352.
DUPLAY, RECLUS. *Tumeurs du vagin*, t. VIII, p. 326.
BOUILLY. *Tumeurs du vagin*, t. IV, p. 337.
SCHWARTZ et MATHIEU. *Kystes du vagin*, t. IV, p. 286.
PIQUAND. In *P. M. C.*, t. VIII, p. 858.
BEGOUIN. In *Neuf agrégés*, t. IV, p. 310.
FREDET. Les kystes du vagin, *Ann. de gyn.*, mars 1904, p. 129.
LANG. Les kystes du vagin dans leurs rapports avec la grossesse et l'accouchement, *Th. de Nancy*, 1903.
MARION. Les kystes du vagin, *Gaz. des hôpit.*, 1er fév. 1902.
POLIDOR. Des canaux de Gärtner, *Th. de Bordeaux*, 1901.
ROBERT. Contribution à l'étude des kystes du vagin, *Th. de Paris*, 1899.
WEIL. Contribution à l'étude des kystes du vagin, *Th. de Nancy*, 1904.
HARTMANN (G.-L.). Les kystes du vagin, *Th. de Paris*, 1919.

CONGRÈS D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

(XXVIIIe SESSION)

Sous la présidence du docteur BRINDEL (de Bordeaux), le Congrès français d'otorhino-laryngologie a tenu ses assises du 14 au 17 octobre, à Paris, dans le grand amphitéâtre de la Faculté.

Deux rapports avaient été choisis :

PREMIER RAPPORT

MM. LEMÉE, André BLOCH et P. CAZEJUST ont étudié **l'otite latente du nourrisson et de l'enfant.**

L'otite latente est une collection purulente de la caisse qui ne se manifeste par aucun des signes fonctionnels habituels et dont seuls les signes physiques permettent le diagnostic. C'est une otite cachée qui, par sa fréquence, mérite d'attirer l'attention. L'otite latente se rencontre surtout chez le nourrisson et c'est entre le sixième et le neuvième mois que l'on observe le plus grand nombre de cas. A cet âge, pour des raisons anatomiques, la trompe d'Eustache met en relation directe et large l'antre et le naso-pharynx, ouvrant constamment la porte à l'infection.

Chez le nouveau-né, il peut s'agir, soit d'un ensemencement du milieu fœtal de la caisse, soit d'une infection par le liquide amiotique qui pénètre dans l'oreille.

Chez le nourrisson et l'enfant, trois modes principaux d'infection peuvent être incriminés :

VOIE DIRECTE : c'est le mécanisme, semble-t-il, le plus fréquent. Les secrétions du rhino-pharynx stagnent sur les orifices des trompes et peuvent être facilement entraînées vers l'oreille ; c'est le plus souvent à la suite d'un accroissement brusque de pression, au niveau du cavum, soit au cours des vomissements, soit par suite d'un effort de toux. Dans la caisse, la virulence microbienne s'exacerbe rapidement; s'il y a rétention, l'otite aiguë franche est réalisée. Mais si la trompe reste perméable, l'affection est moins brutale, les dou-

leurs vives font défaut, c'est dès lors à l'*otite latente* que l'on a affaire.

La voie sanguine paraît exceptionnelle.

La voie lymphatique a quelques défenseurs. L'infection a pour point de départ le tissu lymphoïde du cavum, et se propage de proche en proche à la trompe et l'oreille moyenne. Cette théorie paraît confirmée par les heureux effets obtenus par l'ablation des végétations adénoïdes.

L'otite latente ne donne lieu qu'à un tableau clinique imprécis et effacé. Il n'y a guère de signes fonctionnels auriculaires; comment pourrait-il en être autrement au cours d'une otite latente ?

Toute la symptomatologie se résume dans la *fièvre* et le *mauvais état général*.

D'ordinaire, ce sont des troubles digestifs assez discrets qui ouvrent la scène. L'enfant présente un peu de diarrhée ; quelquefois des vomissements. Il perd du poids ou n'augmente plus.

Parfois cet état s'améliore temporairement, pour se reproduire bientôt sans cause apparente, en même temps que se manifeste une poussée thermique.

En général, émergent des troubles divers, une triade symptomatique :

C'est d'abord *l'élévation de température*, dont la courbe est des plus variables,

L'amaigrissement qui est à peu près constant et prend de ce fait une valeur considérable. Un amaigrissement dont l'origine n'est pas évidente, doit toujours faire songer à l'éventualité d'une otite latente.

Les troubles digestifs constituent le troisième terme de la triade. La diarrhée qui semble sous la dépendance de la pyophagie, l'anorexie, les vomissements, accompagnent presque toujours la première poussée thermique.

Le faciès révèle l'intoxication. Le petit malade est abattu et fait souvent preuve d'un calme « résigné », très frappant.

Les convulsions sont assez fréquentes et affectent en général un type localisé, le plus souvent oculaire.

La douleur manque dans bien des cas. Quand elle existe, elle se manifeste par des cris, qu'il est difficile de rapporter à leur véritable cause. Très souvent la douleur est exagérée par les mouvements de succion et de déglutition. L'enfant repousse le sein et refuse de s'alimenter.

Les signes physiques seuls permettent d'orienter le diagnostic.

La douleur rétro-angulo-maxillaire liée à l'existence d'une adénopathie carotidienne haut située, la chaleur plus marquée à la palpation de la mastoïde du côté malade, sont d'un intérêt relatif. En fait, l'otite latente ne peut être révélée que par *l'examen du tympan*, qui présente d'ailleurs chez le nourrisson des difficultées réelles. On constate des modification de couleur (aspect blanc mat ou gris terne) surtout *l'absence de la tache lumineuse*, dont la disparition régulièrement constatée paraît être un signe capital.

La voussure possède une valeur moindre, sauf si elle est totale.

Les aspects cliniques sont multiples. On peut observer une *forme fébrile*, où tout le tableau clinique se résume dans la température persistante ; une forme caractérisée par la *prédominance de l'amaigrissement*; dans d'autres cas, les troubles digestifs sont surtout accusés : la diarrhée, les vomissements aboutissant à une cachexie progressive. C'est cette forme que Maurice Renaud considère comme étant la cause, dans un grand nombre de cas, de l'*athrepsie du nourrisson*. On peut également décrire une forme à *prédominance pulmonaire* et une forme à *prédominance de symptômes méningés*.

Chez le jeune enfant, l'otite latente peut s'observer au début des maladies éruptives, soit dans la rougeole, soit dans la scarlatine, et c'est la fréquence de l'otite latente au début de la scarlatine qui explique la gravité toute particulière des complications auriculaires au cours de la maladie.

Enfin, chez le grand enfant, l'otite latente peut revêtir une forme subaiguë et même chronique, « otite fermée » le plus souvent, pouvant ne se révéler que brusquement par l'apparition d'une complication grave.

Ces complications ne sont pas rares : la plus importante est la mastoïdite. Même en l'absence de complications, le danger de l'otite latente réside dans les troubles auditifs qu'elle provoque et qui peuvent conduire à la surdité.

Le diagnostic d'otite latente doit être soupçonné chaque fois qu'existe un des troubles pathologiques susmentionnés. Il se base uniquement sur l'examen otoscopique. La ponction exploratrice préconisée par certains auteurs ne paraît pas sans inconvénient et doit être rejetée.

La gravité de l'otite est fonction de la virulence des toxines élaborées dans la caisse. Il s'agit plutôt « d'otites-toxines » que «d'otites-abcès ».

Le traitement consiste en l'instillation auriculaire de glycérine boratée tiède. La glycérine phéniquée sera proscrite rigoureusement. En outre, on pratiquera la désinfection du rhino-pharynx.

La paracentèse est indiquée chaque fois que l'aspect du tympan sera trouvé nettement pathologique. Si tout ne rentre pas dans l'ordre après ce drainage, il convient de pratiquer l'antrotomie.

On peut employer comme moyens adjuvants les vaccins et les sérums. D'autre part, en vue d'éviter les complications broncho-pulmonaires, on aura avantage à pratiquer des injections intra-musculaires d'huile eucalyptolée. Le traitement prophylactique consiste dans le curetage des végétations adénoïdes et dans les instillations nasales d'antiseptiques très faibles.

— Ce travail, excellente mise au point d'une question difficile, a soulevé une intéressante discussion.

M. Leroux-Robert insiste sur le fait que peu d'enfants *malades* échappent à l'infection auriculaire, car il fait de l'otite du nourrisson la conséquence et non la cause d'un état morbide. Pour cet auteur, la ponction exploratrice est jugée indispensable au diagnostic; mais elle doit rester exploratrice, ne pouvant en aucun cas, être thérapeutique. Positive, elle doit être immédiatement suivie de paracentèse. Il attire également l'attention sur la surdi-mutité. Pour lui, l'otite latente est, avec la syphilis, la cause la plus fréquente de cette infirmité. Aussi, soutient-il la nécessité d'une prophylaxie otique et nasale, dès la naissance au même titre que la prophylaxie oculaire.

M. Robert Rendu (de Lyon), propose une définition un peu différente et préconise également la ponction aspiratrice du tympan dans le diagnostic de l'otite chez l'enfant. Depuis 1922, cet auteur utilise ce procédé de diagnostic; il pratique les ponctions à l'aide d'une seringue à trois anneaux et d'une aiguille coudée permettant le contrôle de la vue. La ponction aspiratrice, en ramenant quelques gouttes de pus, affirme le diagnostic et permet en outre, des recherches cytologiques et bactériologiques sérieuses.

Pour M. Sargnon, le pneumocoque est le microbe habituel de l'otite chez l'enfant. Le traitement utilisé à Lyon est très souvent le vaccin de Weill et Dufourt. La gravité de l'opération est fonction non pas de l'intervention, mais de l'anesthésie. L'éther, goutte à goutte, selon la méthode américaine est recommandable.

Le professeur Canuyt (de Strasbourg), n'accorde pas à la disparition de la tache lumineuse l'importance d'un signe pathognomonique.

M. Maurice Renaud souligne certains faits qui, pour lui, ont une importance primordiale.

Les otites des nourrissons qui deviennent cachectiques ne sont pas des lésions terminales. Les nourrissons élevés au sein sont aussi souvent frappés que ceux nourris par des procédés artificiels.

Quand un état infectieux, rationnellement traité, ne rétrocède pas rapidement, il faut en rechercher la cause au niveau de l'oreille,

En protégeant le naso-pharynx et en drainant les otites, on réduit considérablement la mortalité infantile.

M. de Sa (de Pernambuco) a constaté que l'otite des nourrissons est presque toujours mono-microbienne et pneumococcique.

Dans les cas douteux, cet auteur pense que l'antrotomie exploratrice est à conseiller et a d'autant plus de chance de réussir qu'elle est plus précoce.

M. Brindel n'intervient que lorsque la septicité de l'épanchement antral est manifeste. Quand l'otite est refroidie, il préfère s'adresser à sa cause qui réside dans le tissu adénoïdien du rhino-pharynx.

DEUXIÈME RAPPORT

Les phénomènes sympathiques en rhinologie.

Rapporteur : M. HALPHEN.

Le dérèglement neuro-végétatif peut avoir des répercussions nasales; il peut être dû également à une lésion de la pituitaire ou à une irritation des fibres trigémino-sympathiques qui retentit à distance sur tout le système nerveux autonome. La thérapeutique anesthésiante du système sphéno-palatin, calmant l'irritation, peut rétablir l'équilibre sympathico-endocrinien.

La crise sympathique est plus que le simple réflexe déterminé par une irritation locale et entraînant, secrétion nasale, larmoiement, éternuement. C'est un malaise général s'accompagnant de causalgie, de douleurs profondes, d'un flux hydrorrhéique abondant, de crise d'asthme, constituant dans leur ensemble, une véritable « épilepsie sympathique ».

Un tel tableau clinique ne se trouve réalisé que grâce à un concours de circonstances particulières :

Une lésion locale : déviation haute de la cloison, gros cornet moyen, ou bulle ethmoïdale. comprimant les filets issus du trijnmeau ou du ganglion sphéno-palatin.

Une infection locale : coryza, sinusite, rhinopharyngite grippale, altérant les filets nerveux ou le ganglion.

Un terrain sympathico ou vagotonique; le plus souvent amphotonique. Le système nerveux de ces malades ressent d'une façon exagérée les moindres perturbations de l'organisme. Les réflexes neuro-végétatifs sont modifiés et principalement le réflexe naso-facial (P. E. Weill, Lévy-Franckel et Juster), si facile à rechercher; l'attouchement de la partie haute de la fosse nasale, avec un porte-coton, imprégné d'un mélange caustique, entraîne du larmoiement avec injection de la conjonctive, de la rougeur des téguments du front, de la pyramide nasale et même du cou. Le réflexe peut être intense et en plus des troubles précédents plus accusés, provoquer lipothymie, tachycardie, nausées, sueurs froides.

Un dysfonctionnement des glandes endocrines explique le déséquilibre végétatif. Le syndrome sphéno-palatin coexiste souvent, en effet, avec des troubles menstruels, ou bien s'accompagne de dépression (action des surrénales) ou de troubles dus au dysfonctionnement de la thyroïde ou de l'hypophyse.

C'est sur ce terrain local et général, ainsi bien défini, que se déclenche le *choc* qui a été si bien mis en évidence par les recherches hématologiques de Jacques Lermoyez.

Enfin le moral (émotion, chagrin, surmenage intellectuel), peut agir sur les troubles sympathiques et, d'autre part, la thérapeutique sphéno-palatine peut améliorer l'état général.

Après avoir ainsi passé en revue les diverses causes locales ou générales qui conditionnent ce que Sluder appelle le « syndrome sphéno-palatin », l'auteur énumère les différents symptômes qu'une thérapeutique anesthésiante du système sphéno-palatin peut amender ou guérir :

Troubles secrétoires : coryza spasmodique périodique ou apériodique, hydrorrhée nasale, crises d'éternuement, larmoiement, asthme.

Troubles sensitifs : paresthésie, hyperesthésie, véritable causalgie de la face et du crâne, avec irradiations lointaines, apparaissant au moment des règles, s'exagérant avec la chaleur, provoqués par une crise morale, et s'accompagnant d'obstruction nasale, de troubles vaso-moteurs et même parfois d'angoisse et de neurasthénie.

Troubles oculaires : asthénopie accommodative, conjonctivite, certains glaucomes, et peut-être même certaines névrites rétro-bulbaires.

Nombreux troubles congestifs : rhinite à bascule, rhinite hypertrophique du coryza spasmodique.

Troubles trophiques : ulcération de Hajek, ozène.

Troubles paresthésiques du pharynx ;

Les algies du laryngé supérieur : toux coqueluchoïde (par vaso-dilatation au niveau des capillaires de la région épiglottique et glottique).

La thérapeutique a pour but de lutter contre l'hyperexcitabilité du système sphéno-palatin.

Le ganglion sphéno-palatin est directement appliqué sous la muqueuse, au niveau du trou sphéno-palatin, c'est-à-dire en arrière de la queue du cornet moyen : ses rapports anatomiques ont été précisés par M. Terracol.

Le badigeonnage à la cocaïne, ou mieux au mélange de Bonain, de la région de la queue du cornet moyen (hile nasal) provoque l'anesthésie immédiate de tout le système trigémino-sympathique nasal.

Ce badigeonnage réveille parfois une crise douloureuse ou un coryza spasmodique; mais, répété à plusieurs reprises, à quelques jours d'intervalle, il peut amener une grosse sédation et quelquefois la guérison. La disparition du réflexe naso-facial sera la preuve que le but cherché est obtenu.

Les injections modificatrices (novocaïne, ou alcool) complètent ou remplacent le badigeonnage. La voie endonasale n'offre aucun inconvénient : voie directe à l'aide d'une aiguille qui transfixe l'insertion du cornet moyen et pénètre sous la fibro-muqueuse qui obture le trou sphéno-palatin. La voie palatine (canal palatin postérieur, au ras de la dent de sagesse) qui est la voie idéale pour les injections de novocaïne, est par contre à déconseiller pour les injections d'alcool.

La voie zygomatique, voie de choix pour les névralgies du trijumeau, peut être utilisée.

Cette thérapeutique palliative sera, dans certains cas, complétée par le traitement chirurgical libérateur d'une fosse nasale obstruée : ablation d'un éperon, résection d'une cloison déviée et surtout arrachement du cornet moyen.

En outre, en pensant à l'étiologie des phénomènes sympathiques, on pourra prescrire une thérapeutique anti-anaphylactisante ou même opothérapique, en même temps que des médicaments dont l'action est de rétablir l'équilibre neuro-végétatif compromis, tel que la belladone.

Discussion. — M. SARGNON insiste sur l'importance du rôle que joue le système trigémino-sympathique dans la pathogénie du syndrome rhino-spasmodique, ainsi que dans un grand nombre de céphalées chroniques, et tout particulièrement dans les complications optiques des sinusites dites latentes. Au point de vue thérapeutique, cet auteur préconise tout spécialement l'aération du carrefour ethmoïdo-sphénoïdal par résection de la partie postérieure du cornet moyen.

M. LEMAITRE demande au rapporteur quelle est son expérience au point de vue de la glossodynie, affection mystérieuse que certains dermatologistes, Darier en particulier, rattachent à une infection dentaire ou gingivale.

M. CHAVANNES (de Lyon) donne des aperçus intéressants sur la physiologie du ganglion sphéno-palatin.

Le professeur CANUYT pense que le terme de « phénomènes sympathiques » est plus judicieux que celui de « syndrome sphéno-palatin ».

Les résultats thérapeutiques sont encourageants, mais il faut savoir manier la gamme des agents thérapeutiques. On commencera par tâter la susceptibilité du malade par la cocaïno-adrénalisation de la fosse nasale, puis par des cautérisations de nitrate d'argent en solution faible dans la région sphéno-palatine, au niveau du « hile vasculaire ». Les injections sont réservées aux cas rebelles et difficiles. La voie palatine est la voie de choix.

M. LAFFITTE-DUPONT indique la difficulté que l'on éprouve parfois à pénétrer avec l'aiguille dans le canal palatin.

M. FLURIN (de Cauterets) demande quels résultats ont été obtenus par l'emploi de l'ésérine qui possède une action élective sur le sympathique abdominal.

M. A. HAUTANT. Le syndrome du ganglion sphéno-palatin n'est pas aussi simple que l'expose M. Helphen. L'examen de la sensibilité des fosses nasales ne se résume pas dans l'exploration du hile vasculaire ; il faut interroger aussi la tête du cornet inférieur et le tubercule de la cloison.

Il y a de multiples procédés de traitement pour apaiser les réflexes à point de départ nasal, depuis le simple attouchement à la pointe de feu jusqu'au badigeonnage des points hypersensibles au nitrate d'argent ou à l'acide chromique. Ce sont là des faits connus depuis longtemps. Quant à l'injection d'alcool dans le ganglion sphéno-palatin par le canal palatin postérieur, elle est à proscrire car elle a été le point de départ d'accidents graves hors de proportion avec les malaises qu'elle se propose de guérir.

COMMUNICATIONS

OREILLES

M. Seigneurin (de Marseille) recommande l'incision très précoce du tympan dans les otites moyennes aiguës. La paracentèse est la sauvegarde de l'oreille moyenne et de ses annexes. Ses indications sont tirées de la rougeur du tympan, la diminution de l'acuité auditive, la douleur spontanée qui traduit la rétention séro-purulente au niveau de la caisse.

M. Lapouge (de Nice) apporte sa contribution personnelle à l'étude de la gravité des trépanations mastoïdiennes du nourrisson.

Même en l'absence de symptômes mastoïdiens objectifs, les mastoïdes présentent parfois des lésions profondes. Les phénomènes postopératoires inquiétants cèdent en général rapidement. La précocité de l'intervention est le facteur essentiel du succès.

M. Moreau (de Saint-Etienne) considère comme graves, chez le nourrisson, les opérations mastoïdiennes; dans les heures qui suivent l'intervention, on peut voir se dérouler une évolution fatale en quatre à vingt heures, au milieu des symptômes suivants : hyperthermie, pouls très rapide, torpeur, facies plombé. La responsabilité de ces accidents n'incombe ni à l'anesthésie, ni au shock hémorragique, ni à la durée de l'intervention. L'autopsie pratiquée dans trois cas fut absolument négative. — MM. Hudelo et Louet ont d'ailleurs cité des faits analogues chez des nourrissons atteints d'eczéma, sans qu'aucune thérapeutique ait été instituée et sans qu'aucune lésion ait été constatée à l'autopsie. L'auteur préconise comme moyen préventif chez tout nourrisson opéré de la mastoïdite l'injection de 50 centimètres cubes de sérum adrénalisé.

M. Benjamin (de Gœningen) apporte le résultat de ses recherches sur l'organe paratympanique de Vitali chez les oiseaux. Il confirme sans restriction les belles découvertes de l'anatomiste italien et ajoute l'existence d'un ganglion périphérique propre à l'organe et intercallé entre celui-ci et le ganglion géniculé.

Par contre, l'auteur n'adopte pas les conclusions physiologiques de Vitali. Alors que pour ce dernier la destruction de l'organe détermine une incapacité totale au vol, M. Benjamin n'a constaté sur neuf pigeons opérés aucune modification dans l'aptitude au vol. La fonction exacte de l'organe de Vitali reste méconnue dans l'état actuel de nos connaissances.

MM. Bouchet et Louis Leroux (de Paris) citent un cas « de vertige de position », blessé traumatisé du crâne qui présenta pendant trois mois un vertige se produisant uniquement dans le décubitus latéral droit. Ils rappellent les premiers faits de cet ordre qui ont été publiés par Barany et rattachés depuis à une atteinte du système otolithique. Pour déceler la lésion ou le trouble fonctionnel de l'appareil otolithique, la « réaction paradoxale » leur paraît présenter quelque intérêt. (Réaction rotatoire normale contrastant avec une réaction calorique presque nulle.)

M. Quix (d'Utrecht) fait une très intéressante étude critique des théories actuelles sur la fonction de l'organe vestibulaire.

MM. Portmann et Kisler apportent quelques considérations anatomiques sur l'ampoule des canaux semi-circulaires membraneux. Ces auteurs ont constaté que le neuro-épithélium qui recouvre la crête acoustique et les plages semi-lunaires n'est pas isolé au milieu de l'épithélium plat des parois de l'ampoule, mais est le point de départ de « bandelettes épithéliales » qui se prolongent le long du canal semi-circulaire et pénètrent dans l'utricule.

M. le professeur Barraud (de Lausanne) attire l'attention du Congrès sur les paralysies faciales « a frigore ». Avec beaucoup d'autres otologistes, M. Barraud estime que cette paralysie est le plus souvent consécutive à des otites transitoires catarrhales ou même aiguës; plusieurs observations concluantes étayent cette théorie.

M. Aloin (de Lyon) prend la parole à propos des lésions du trijumeau dans certaines formes de mastoïdite chez l'enfant et rapporte deux observations : ostéite diffuse de la mastoïde et du rocher ayant entraîné des lésions névritiques dans le domaine du V.

Dans une première phase, otite aiguë avec phénomènes septicémiques graves améliorés par une anthrotomie bilatérale. Quelques jours après l'intervention, apparition de douleurs névralgiques dans le domaine du maxillaire supérieur : crises à prédominance nocturne, quotidiennes au début, s'espaçant ensuite pour réapparaître après de longs intervalles de calme. En outre, atteinte de la branche motrice : troubles de la mastication.

L'auteur explique ces phénomènes par la participation des cellules pétreuses occupant le versant antérieur du rocher, et par un certain degré de méningite localisée de la base.

MM. Lannois et Mounier (de Lyon) rapportent un cas de thrombo-phlébite isolée du sinus caverneux d'origine otique. Les auteurs rappellent à cette occasion les diverses théories pathogéniques de la phlébite caverneuse isolée, puis résument ainsi les divers essais de traitement : trépanation large du foyer mastoïdien et drainage indirect du sinus caverneux par le sinus pétreux. Il existe des cas de guérison après intervention et même de guérison spontanée; pour ces derniers, il faut admettre la possibilité de thrombose très peu septique analogue aux thromboses de défense du sinus latéral dont le professeur Sébileau a précisé la réalité.

M. Bonain (de Brest) propose une explication du résultat des épreuves de Rinné-Weber, Schwabach, et de la surdité dite paradoxale. Le résultat de ces épreuves dépend, soit de la sensibilité de l'organe nerveux récepteur, soit de la résistance différente des voies aéro-tympanique et cranienne au passage des sons graves de faible intensité.

L'augmentation de résistance de la voie aéro-tympanique altérée isole l'oreille interne et la met dans une ambiance de calme relatif favorable à une meilleure réception des sons transmis par contact cranien qui, normalement, sur une oreille saine, sont étouffés par les vibrations plus sonores transmises par la voie aéro-tympanique intacte. Dans un milieu bruyant, les oreilles paradoxales sont beaucoup moins assourdies que les oreilles normales. L'assourdissement de celles-ci provoquant une émission plus forte de la voix parlée, les oreilles paradoxales peuvent alors comprendre comme en milieu calme une parole émise à voix forte et sur une tonalité plus élevée.

M. Girou (de Carcassonne) combat la légende de l'adrénaline hypertensive. L'adrénaline aurait au contraire une action hypotensive, et à l'appui de ses dires l'auteur apporte des courbes sphygmométriques. Cette action hypotensive serait pour lui la raison du succès qu'on obtient dans le traitement du vertige : l'adrénaline est le médicament prophylactique des éclipses auditives chez les hypertendus.

SINUS. FOSSES NASALES. NASO-PHARYNX

MM. Laffitte-Dupont et Sekoulitch (de Bordeaux) décrivent une technique pour l'anesthésie du nerf maxillaire supérieur, du ganglion sphéno-palatin et l'exploration du sinus sphénoïdal.

Ces auteurs précisent d'abord les diverses dispositions anatomiques du trou sphéno-palatin et des vaisseaux et nerfs qui le traversent.

Leur technique utilise un mandrin coudé à angle droit; celui-ci, suivant la face supérieure du cornet moyen, est poussé jusqu'au contact de la paroi antérieure du sinus sphénoïdal; retiré ensuite de 2 millimètres environ, son extrémité se trouve en face du trou sphéno-palatin. Une aiguille coulissant dans le mandrin atteindra, suivant la profondeur, soit le nerf vidien, soit le ganglion sphéno-palatin, soit le nerf maxillaire supérieur. Pour faciliter ces manœuvres, les auteurs présentent un appareil très ingénieux qui peut également servir à la trépanation et l'exploration du sinus sphénoïdal.

M. Bertemès (de Charleville) rapporte un cas intéressant de névralgie vidienne au cours d'une sinusite sphénoïdale.

M. Tarneaud (de Paris) préconise la médication végétative (belladone et adrénaline) dans la pathologie du sympathique nasal.

M. Got (de Bordeaux) rapporte une observation de sinusite frontale spécifique extériorisée au niveau de la racine des cheveux.

Après deux interventions successives, une fistule, rebelle au traitement mixte arséno-mercuro-ioduré, céda rapidement à quelques injections de bismuth.

M. le professeur JACQUES (de Nancy) précise technique et indications opératoires dans l'antrite frontale chronicisée.

L'antrite frontale chronique purulente est toujours accompagnée d'ethmoïdite et presque toujours de sinusite maxillaire. Avant d'intervenir par voie externe sur le front, il faut entreprendre d'abord la cure radicale du foyer maxillo-ethmoïdal. Si, dans un délai de trois à six mois, l'écoulement purulent de l'antre frontale n'a pas rétrocédé, il faut intervenir sur celui-ci. Suivant alors que les altérations ethmoïdales seront discrètes ou diffuses, on recourra, soit au simple élargissement du trajet fronto-nasal à la râpe, par voie endonasale, soit à l'ouverture large avec résection totale du toit orbitaire et du labyrinthe ethmoïdal, selon la technique déjà décrite par le même auteur, sous le nom de « cure radicale esthétique » de l'antrite frontale chronique.

Dans les panantrites proliférantes, la médication hydrargyrique constituera un utile adjuvant à l'acte chirurgical.

M. le professeur MOURET (de Montpellier) précise le diagnostic des sinusites frontales. Sa conclusion est qu'aucun des moyens d'investigation qui tendent à diagnostiquer tout à la fois la présence d'une cavité sinusienne et l'existence d'une sinusite, ne peut être considéré comme donnant une certitude absolue. Aussi, pour atteindre le sinus frontal, est-il sage de creuser le puits d'attaque non dans l'os frontal seul, parce qu'on risque de pénétrer dans la cavité cranienne, si le sinus n'existe pas, mais au-dessous de la ligne qui doit correspondre à la situation la plus basse du plancher cranien : c'est-à-dire aux dépens tout à la fois de la branche montante du maxillaire supérieur, de l'apophyse nasale et de l'os frontal. Cette trépanation transmaxillo-frontale découvre l'ethmoïde antérieur et permet à l'opérateur de cureter ce dernier et de mesurer avec une sonde les dimensions très variables du sinus frontal.

M. BERTEMÈS, à propos de douze observations, précise les divers points intéressants de sa technique opératoire.

M. MOULONGUET (de Paris) cite trois cas de sinusite frontale récidivés, traités avec succès par la résection complète et bilatérale du segment nasal du plancher du sinus.

La technique de l'auteur combine l'opération de Lothrop (résection de la moitié antérieure du plancher des deux sinus) et l'opération du professeur Sébileau (résection de la moitié postérieure du plancher des deux sinus). Cette intervention, anatomiquement praticable toutes les fois qu'on a affaire à des sinus bien développés venant au contact l'un de l'autre, a donné au docteur Moulonguet des résultats rapides et très satisfaisants.

MM. HIRTZ et WORMS (de Paris) font une intéressante communication sur les signes radiologiques des péri-sinusites profondes.

L'étude attentive de nombreux clichés de la base du crâne a permis aux auteurs de constater parfois autour des sinusites profondes passées à la chronicité, des lésions débordant plus ou moins loin de leur foyer d'origine. MM. Hirtz et Worms proposent de désigner ces lésions par le terme de « péri-sinusites ». Des faits analogues ont été également observés autour de sinus frontaux, atteints d'antrite chronique,

Ces ombres radiologiques qui paraissent être l'expression de la réaction du feuillet profond de la dure-mère confirment non seulement les données hésitantes de la clinique, mais contribuent à fonder l'authenticité de ces troubles sensitivo-sensoriels : céphalée, migraine, névralgies trigéminales et occipitales, troubles oculaires, qui, dans ces dernières années ont été rapportés aux sinusites postérieures. Il y aurait une véritable compression des troncs des filets nerveux par leur manchon dure-mérien épaissi.

MM. CHAVANNE et HARCELIN (de Lyon) ont observé un cas de mucocèle fronto-ethmoïdale de dimensions exceptionnelles, occupant les deux sinus frontaux et l'ethmoïde gauche, faisant hernie de ce côté au niveau de la racine du nez, et aboutissant en bas à la bulle ethmoïdale. Ces auteurs qui ont opéré par voie externe, et par ouverture large de la bulle ethmoïdale, pensent que l'ouverture nasale, qu'ils jugent nécessaire est même parfois suffisante.

M. MAURICE SOURDILLE (de Nantes) rapporte trois cas de tumeurs de l'hypophyse opérés par la méthode de Hirch Ségura.

MM. LE MÉE et J. LEMERLE (de Paris) restreignent les indications de la cure radicale dans le traitement des pyosinusites maxillaires et vantent les avantages du procédé méatique. Ce procédé consiste, sous anesthésie locale, à effondrer la paroi du méat inférieur de la fosse nasale, pour y pratiquer un orifice assez large assurant un drainage facile et permettant au malade de faire lui-même ses lavages du sinus. Les résultats obtenus laissent à penser que le drainage doit primer le curetage. Ce dernier, en effet, favorise les récidives, provoquant des lésions du côté des apex dentaires et de leur pédicule nourricier. Et les auteurs affirment que si la sinusite maxillaire peut être d'origine nasale, ses récidives après curetage, sont certainement d'origine dentaire.

MM. LAFFITE DUPONT et SÉKOULITCH communiquent les résultats de leurs recherches sur l'origine des cavités accessoires des fosses nasales. Ils concluent à l'origine exclusivement ethmoïdale de ces cavités accessoires.

M. REBATTU et PROBY (de Lyon) décrivent leur méthode de traitement de l'ozène par des auto-vaccins à dose intensive, en applications locales, en badigeonnages après décapage de la muqueuse. Quand la muqueuse sinusienne participe au processus de rhinite atrophique, les auteurs pratiquent des injections intra-sinusales de vaccins. Ces deux méthodes de vaccination locale leur a donné des résultats satisfaisants.

M. PORTMANN traite l'ozène par le vaccin de Pérez : injections sous-cutanées à huit jours d'intervalle, en commençant par 25.000.000 de germes pour augmenter progressivement jusqu'à 500 millions. Sur 12 malades : 2 guérisons, 8 améliorations, 2 résultats négatifs.

M. MOREAU (de Saint-Etienne), dans une série de projections, relate différents procédés d'autoplastie auxquels il eut recours pour reconstituer la face latérale du nez et l'angle palpébral interne détruits par une gomme spécifique.

M. SEIGNEURIN rapporte deux cas de kystes para-dentaires du maxillaire supérieur ayant eu une évolution particulière.

M. RAZEMON (de Lille) prend la parole au sujet du cloisonnement du cavum. L'auteur passe d'abord en revue les raisons anatomiques qui favorisent cette malformation, puis en décrit la symptomatologie dont le trait essentiel est l'obstruction nasale. Le diagnostic est fait par le toucher digital. Le traitement consiste en l'ablation du cloisonnement à l'aide d'une pince coupante spéciale.

AMYGDALES. PHARYNX. ŒSOPHAGE. RADIOTHÉRAPIE

M. DE GANDT (de Roubaix) préconise l'ablation systématique en trois temps nettement séparés, et dans la même séance des amygdales palatines et pharyngées.

M. GUISEZ (de Paris), dans ces six dernières années, a observé 140 cas de corps étrangers de l'œsophage et 38 des voies aériennes. Il y a lieu de souligner quelques faits intéressants : au point de vue de la nature des corps étrangers, il s'agit pour l'œsophage, le plus souvent de petits os et d'arêtes, de dentiers; pour les bronches, de clous chez l'adulte, d'anches de trompettes chez les enfants.

Chez l'adulte, l'anesthésie locale est seule indiquée ; au-dessous de deux ans, aucune anesthésie; plus tard, chlorétyle.

La latence des corps étrangers de l'œsophage est fréquente, elle est presque constante pour les voies aériennes principalement chez l'enfant.

L'emploi de tubes ovalaires de gros calibre facilite l'extraction des corps étrangers volumineux. Une pince spéciale imaginée par l'auteur, facilite l'extraction des épingles de nourrice.

M. GAULT (de Dijon) expose le cas fort intéressant d'un enfant de quatre ans ayant présenté une parotidite bilatérale à répétition.

Le professeur JACQUES signale la rareté ds l'œsophagisme chez l'enfant. Il a eu néanmoins l'occasion d'en observer et se basant sur deux observations personnelles, pense pouvoir incriminer l'hyperchlorhydrie comme cause provocatrice de la contracture et l'hérédo-syphilis comme cause prédisposante.

M. KOWLER (de Menton) communique un cas de tumeur à

aspect clinique néoplasique ayant envahi le voile en entier : traitement par électro-coagulation (diathermie). Récidives.

M. TEXIER (de Nantes), a traité un sarcome du larynx à implantation cordale par la radiothérapie profonde et a obtenu la guérison qui remonte à trois ans.

M. HAUTANT (de Paris) donne les résultats obtenus dans 18 cas d'épithéliomas du maxillaire supérieure. L'intervention chirurgicale est nécessaire pour enlever toutes les masses cancéreuses et faciliter la mise en place des tubes de radium, très exactement sur toute la périphérie de la tumeur. Elle doit également reséquer les massifs osseux envahis par le cancer qui seraient atteints d'ostéo-radio-nécrose et causes d'accidents de suppuration parfois mortels. Une dose de 25 millicuries est détruite en quatre jours. Elle est repartie en un grand nombre de tubes, 15 en général, afin d'isoler la dose presque uniformément sur toutes les parois de la cavité. Neuf malades dont 50 p. 100 sont restés sans récidive; deux sont morts d'autres affections, sept sont actuellement vivants et sans récidive, soit 38 p. 100. Les cas guéris datent de cinq ans à dix-huit mois.

M. SARGNON préconise la radiumthérapie dans le traitement des tumeurs du naso-pharynx. L'auteur place des tubes de radium dans le naso-pharynx et la partie haute des fosses nasales à l'aide d'un caoutchouc sans fin, bucco-nasal; les tubes sont laissés quarante-huit heures et de préférence bien filtrés pour diminuer dans la mesure du possible des accidents de nécrose que l'on observe parfois au niveau de la voûte palatine et du vomer. Le radium a habituellement une action définitive. Il supprime les hémorragies et fait fondre la tumeur. C'est le traitement de choix à l'heure actuelle.

M. SOUCHET (de Rouen) cite un cas de tumeur mixte dysembryoplastique du voile, en voie de dégénérescence maligne, traitée et guérie depuis vingt mois par le traitement radiothérapique après échec du traitement chirurgical.

M. PROBY (de Lyon) préconise également pour le traitement du néoplasme en otorhinolaryngologie, le radium et les rayons X.

MM. HIRTZ et WORMS ont appliqué la radiothérapie au traitement des sinusites et péri-sinysites chroniques. Après avoir donné le détail de leur technique, les auteurs relatent les heureux résultats qu'ils ont obtenus; amélioration rapide des troubles sensitifs, rétrocession indiscutable de céphalée profonde, névralgies trigéminales, paresthésie, troubles subjectifs des organes des sens.

M. GAULT (de Dijon) a, depuis quatre ans, traité par des applications de radium plusieurs néoplasies malignes des premières voies respiratoires, non justiciables du histouri; cet auteur est arrivé aux conclusions suivantes :

Nécessité d'un traitement précoce;

N'entreprendre la curiethérapie que si l'on a la quantité de radium jugée suffisante, sinon s'abstenir.

Si l'on n'a pas la quantité suffisante de radium pour faire des applications externes, méthode optima, introduire des tubes in situ par voie endoscopique. après ablation préalable des ganglions.

LARYNX. TRACHÉE (VARIA, INSTRUMENTS)

M. BOURGUET (de Paris) présente un certain nombre d'opérés. Trichinose cérébrale, méningite séreuse pré-rollandique, ponction du ventricule moyen à travers le corps calleux pour stase papillaire; tumeur de l'hypophyse par la méthode de Hirsch; deux neurotomies rétro-gassériennes avec, dans un cas, conservation de la racine motrice; deux trépanations labyrinthiques pour symptômes vertigineux très accusés.

M. NEPVEU (de Paris) rapporte, à la suite d'un voyage d'études qu'il fit aux Etats-Unis et au Canada, ses impressions sur l'oto-rhinolaryngologie d'outre Atlantique.

MM. L. LEROUX et BOUCHET signalent les accidents que l'on peut observer à la suite des injections intra-trachéales :

ils citent un cas de phlegmon gangréneux du cou apparu à la suite d'une injection par ponction inter-cricothyroïdienne; et en raison de la fréquence des formes atténuées et chroniques de gangrène pulmonaire chez l'adulte, les auteurs pensent qu'il est prudent d'éviter l'injection par ponction chez l'adulte et de la réserver aux enfants chez qui la méthode laryngoscopique est le plus souvent impossible.

M. DUTHEILLET DE LAMOTHE (de Limoges) a observé quatre cas de mort subite après trachéotomie d'extrême urgence, chez des malades à l'état asphyxique,

M. BRINDEL fait quelques remarques intéressantes à l'occasion de six cas de corps étrangers des voies aériennes chez de tout jeunes enfants, et, en particulier préconise, chaque fois que le corps étranger est situé au-dessous du larynx et enclavé, la bronchocoscopie inférieure en raison de l'étroitesse des voies aériennes chez l'enfant en bas âge.

M. BAR (de Nice). Considérations au sujet d'un cas d'herpès zoster cervico-facial avec paralysie laryngée

M. REBATTU (de Lyon) relate quatre observations de paralysie des dilatateurs de la gorge, deux bilatérales et complètes, ayant nécessité une trachéotomie d'urgence, et deux à prédominance unilatérale. Dans ces quatre cas, les réactions humorales révélèrent la syphilis et le traitement spécifique (arsenic et bismuth) amena une grande amélioration. Pour cet auteur, toute paralysie des dilatateurs qui ne fait pas sa preuve, doit être considérée comme d'origine syphilitique.

M. le professeur COLLET (de Lyon) fait une très intéressante communication sur les diplégies laryngées,

Cette appellation doit être réservée aux paralysies bilatérales du larynx par lésions organiques du système nerveux tronculaire, nucléaire, ou sus-nucléaire; ce qui comprend : la paralysie récurrentielle double par compression ou névrite; la paralysie limitée aux dilatateurs avec ou sans crise laryngée; la paralysie qui forme un des éléments du syndrome glosso-labio-laryngé.

Dans le premier groupe, l'auteur cite treize cas : compression par le corps thyroïde, anévrisme aortique ou lésion œsophagienne; ces paralysies par compression ont des caractères communs : fréquence de l'aphonie, rareté des troubles dyspnéiques, et quelquefois atteinte inégale des cordes.

Dans la paralysie des dilatateurs, la première place revient à la syphilis et en particulier au tabès de forme fruste.

Dans la paralysie dite glosso-labio laryngée, la participation du larynx est assez rare; c'est plutôt une participation pharyngée. On observe, le plus souvent, de la monotonie de la voix ou de l'oligotonie; ce sont les muscles tenseurs qui sont le plus souvent intéressés.

MM. CANUYT, TERRACOL et LA BARRE vantent les bons effets de l'adrénaline au cours de l'anesthésie locale et montrent que ce médicament possède, *in vivo*, une action accélératrice propre sur la coagulation du sang. Malgré les doses élevées qu'ils utilisent, ils n'ont jamais eu le moindre incident.

M. JACOD (de Lyon) rapporte trois cas de sympathicectomie péri-artérielle pour ulcération torpide du larynx. Amélioration très rapide.

MM. SOUCHET et LESSERTISSEUR citent un cas intéressant d'ostéite déformante de Paget. Dans cette observation, deux faits particuliers ; disparition des sinus sphénoïdaux et oblitération des sinus maxillaires, alors que les sinus frontaux sont volumineux; et, d'autre part, nécrose massive du maxillaire supérieur gauche ayant nécessité une résection partielle de cet os.

M. KOWLER (de Menton) a guéri une laryngite tuberculeuse étendue à l'épiglotte et aux cordes vocales par l'héliothérapie à l'aide de l'appareil qu'il a imaginé.

M. ARMINGAUD (de Cauterets) présente un nouvel appareil à insufflation continue pour pratiquer le cathétérisme tubaire et aérer la caisse du tympan.

M. NEPVEU (de Paris) préconise un nouveau protège-visage se fixant extemporanément au miroir de Clar.

M. IRIBARNE prend la parole au sujet des pseudo-tuberculoses d'origine rhinopharyngées.

La sténose nasale diminue la quantité d'air inspiré, soit par obstruction, soit par action réflexe sur le poumon, soit surtout par action sur le diaphragme dont le jeu devient progressivement insuffisant. Le rétablissement de la perméabilité nasale amende rapidement les troubles pulmonaires et généraux.

A. VALAT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 17 NOVEMBRE 1925)

L'insuline dans le traitement du diabète chez les femmes en état de gestation. — M. Marcel LABBÉ, en son nom et au nom de M. COUVELAIRE, communique l'observation d'une jeune femme qui, au cours d'une gestation, présenta une aggravation du diabète dont elle était atteinte, ainsi que de l'acidose et de l'hydramnios qui le compliquaient. Un traitement rigoureux par le régime et par l'insuline jugula la poussée de glycosurie, d'acidose et d'hydramnios qui finirent par disparaître. L'accouchement s'accomplit deux mois après dans des conditions normales. L'enfant était sain et s'est bien développé dans la suite. Les suites de couches ont été parfaites, malgré l'augmentation du régime et la diminution de la dose d'insuline. Le diabète a régressé et quelques mois plus tard la glycosurie et l'acidose avaient cessé. La malade avait augmenté de 7 kilos.

Ainsi le traitement par l'insuline et le régime rigoureux modifia dans un sens favorable le pronostic sévère qu'on portait autrefois dans les cas de diabète compliqué de gestation. L'accouchement provoqué n'est plus indiqué. La gestation peut être menée à bien.

Les auteurs étudient les rapports biologiques qui existent entre le diabète et la gestation.

Ce fait confirme la conclusion tirée de certaines expériences et de quelques observations, savoir qu'il faut modifier le pronostic sévère qu'on portait en cas de diabète au cours de la gestation.

L'ablation des tumeurs du nerf optique avec conservation de l'œil. — M. ROLLET montre qu'on peut extirper le nerf optique dans la totalité de son trajet orbitaire tout en conservant un œil à aspect normal, sans mutilation osseuse, sans cicatrice cutanée visible.

Nævo carcinome de la conjonctive. — M. VALUDE. Il s'agit d'une tumeur caractérisée par l'absence presque complète du pigment si commun dans les néoplasmes de ce genre.

Cliniquement, elle se distingue de nombre de néoplasmes de cette catégorie qui ont tendance à envahir le limbe scléro-cornéen et à gagner le globe de l'œil en profondeur.

Effets de l'exercice corporel sur l'enfant. — M. BOIGEY.

Rapport de la Commission des eaux minérales. — M. SIREDEY.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mercredi 25 novembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Teissier, président; Gosset, Moussu, Dechambre, Coquot et Robin. — M. BOURBON. Le troupeau ovin dans l'Indre (principales maladies qui l'affectent). — M. DELAVENNE. De la bouleture des poulains et de son traitement.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Bernard, président; Labbé (M.), Brumpt, Vallée et Panisset. — M. ESCAUDE. Etude sur la tuberculose bovine. — M. LENEL. De l'emploi de l'hémoprévention contre la fièvre aphteuse. — M. CARNEIRO. Essai sur le diagnostic du charbon.

Jeudi 26 novembre. — Jury : MM. Ombrédanne, président; Sicard, Terrien et Baudouin. — M. ROUSSEAU (L.). Etude des kystes. — M. AUBRIOT. L'hydroxyde de bismuth en syphiligraphie. — M. BENZAKEIN (S.). Amélioration de la prothèse par inclusion orbitaire.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . .* 45 *fr.*
Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 19 novembre. — Questions données : « Zona intercostal. — Signes et diagnostic du cancer du sein. »

Mlle Wertheimer (Marthe), 20; MM. Pérano (Charles), 18; Racine (Maurice), 23; Elbaz (Jean) et Rault (François), 21; Degos (Robert), 23; Levaxelaire (Roger), 26; Chauveau (André), 16; Gamet (Charles), 25; Joly (Maurice), 19.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — SAINT-ETIENNE. — Un concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne s'ouvrira le 22 février 1926, à 8 h. 30, à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

S'adresser au secrétariat, rue Badouillère, 15 *bis*, à Saint-Etienne.

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS. — M. le docteur Lauzier, médecin chef de service à la colonie familiale d'aliénés d'Ainay-le-Château, a été nommé médecin chef de service à l'asile public d'aliénés de la Roche-Gandon (Mayenne), en remplacement de M. le docteur Beaurin, décédé.

INSPECTION DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE. — M. le docteur Vignon a été nommé sous-inspecteur de l'Assistance publique des Bouches-du-Rhône.

GUERRE. — M. le médecin principal de 1re classe Dejouany, médecin chef de l'hôpital Bégin, est nommé directeur du Service de santé de la 8e région à Bourges.

M. le médecin principal de 1re classe Uzac, détaché au centre des hautes études militaires, est nommé directeur du Service de santé de la 5e région à Orléans.

(Troupes coloniales.) M. le médecin inspecteur Allain est nommé adjoint au directeur du Service de santé du corps d'armée colonial, en remplacement du médecin inspecteur Audibert, appelé à d'autres fonctions.

— M. le médecin-major de 2e classe de l'armée active Montel, médecin des hôpitaux militaires, de la place du Mans, laboratoire de bactériologie, qui a subi avec succès les épreuves du concours de 1925, est nommé « spécialiste des hôpitaux militaires » (bactériologie et anatomie pathologique).

— (Réserve.) Sont promus :

Au grade de médecin aide-major de 2e classe. — MM. les médecins auxiliaires Schrameck, à la 22e section; Fabre, à la 20e section.

A. D. R. M. — L'assemblée générale annuelle de l'Association pour le développement des relations médicales s'est réunie dans la salle du Conseil de la Faculté de médecine mardi dernier, sous la présidence de M. Lapie, recteur de l'Académie de Paris.

La séance s'ouvrit par une allocution de M. le professeur Roger, doyen; M. le professeur Hartmann, président de l'A. D. R. M., à l'infatigable activité duquel on doit attribuer la plupart des résultats obtenus, lut son rapport moral où il montra la part importante qu'elle prit dans l'organisation des cours de perfectionnement, dans celle du Congrès médical franco-polonais, dans la réception brillante des médecins tchéco-slovaques, dans l'échange des professeurs avec les pays latins, dans l'installation même de certains services et laboratoires à l'étranger. Le professeur Hartmann adressa, en terminant, un souvenir ému aux membres décédés, et, en particulier, à Cauchoix, dont la perte est si vivement regrettée par la chirurgie française.

M. Lemaître, trésorier, lut ensuite le rapport financier.

On a procédé au renouvellement des membres du Conseil dont le mandat arrivait à expiration : MM. Achard, Baudouin, Combault, Bernard, Guillain, Hartmann, Morax, Mathé, Molinery, Noir, Roubinovitch, Sergent, Teissier, ont été réélus.

La séance s'est terminée par une allocution de M. Lapie qui promit à l'A. D. R. M. tout son concours.

HOMMAGE AU DOCTEUR MAUCLAIRE. — Les élèves, collègues et amis du docteur Mauclaire, désirant lui témoigner leur reconnaissance ou leur affection, ont décidé de lui offrir une médaille à l'occasion de son départ de la Pitié.

Le sculpteur Bouchard a bien voulu se charger de l'exécution de cette médaille.

Celle-ci sera remise dans une réunion intime, présidée par M. Pierre Bazy, membre de l'Institut, le 24 décembre 1925.

Les souscriptions sont reçues chez M. Arnette, libraire-éditeur, 2, rue Casimir-Delavigne, Paris (VIe).

Les souscriptions à partir de 50 francs donnent droit à une médaille de bronze.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Elie-André Percepied, chevalier de la Légion d'honneur, médaillé militaire, croix de guerre, décédé à 31 ans des suites d'une affection contractée aux armées. Il était le fils de notre regretté confrère Elie Percepied (du Mont-Dore) ; Boppe, médecin inspecteur de l'armée à Nancy ; Dieudonné (d'Overyssche) ; Frédéric Sancet, ancien sénateur du Gers ; Jules Berdez (de Lausanne), Edward Meylan (de Chailly-sur-Lausanne).

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. JEANSELME.) — *Leçons de dermatologie*, par MM. Sézary et Touraine, médecins des hôpitaux ; P. Chevallier et Schulmann, anciens chefs de clinique ; Hufnagel, Fouet et Terris, chefs de clinique ; Giraudeau, chef des agents physiques ; Georges Lévy et Mlle Eliascheff, chefs de laboratoire.

Tous les mardis, à 10 h. 1/2, à partir du 24 novembre 1925, à l'amphithéâtre de la Clinique, leçon avec projections et présentation de malades.

— CONFÉRENCE. — Sous les auspices de l'Institut de médecine coloniale, M. le docteur Lossouarn, professeur à l'Ecole de médecine de Tien-Tsin, fera une conférence sur la « Prévention de la cécité en Chine », le lundi 30 novembre 1925, à 9 h. 1/2, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu, Clinique ophtalmologique).

Cette conférence sera accompagnée de nombreuses projections cinématographiques.

HÔPITAL LAENNEC. — M. Auvray commencera ses leçons de clinique le vendredi 27 novembre, à 11 heures, à l'hôpital Laënnec, amphithéâtre Landouzy, et les continuera à la même heure, tous les vendredis, jusqu'à la fin de l'année scolaire.

— CONFÉRENCES DE CLINIQUE MÉDICALE PRATIQUE. — M. L. Ramond, médecin de l'hôpital Laënnec, fera tous les dimanches matin, à 10 h. 1/2, à l'hôpital Laënnec (amphithéâtre Landouzy), une conférence de clinique médicale pratique.

La première conférence aura lieu le dimanche 6 décembre 1925. Elle aura pour sujet : L'œdème de la glotte.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE DU MARÉCHAL FOCH (60, rue Vergneaud). — Le docteur Léon Giroux, ancien chef de clinique de la Faculté, reprendra ses conférences de cardiologie pratique le dimanche 29 novembre à 10 heures et les continuera les dimanches suivants à la même heure. Présentation de malades. Examen clinique, radioscopique et électrocardiographique. Traitement.

COURS LIBRE DE CARDIOLOGIE. — Le docteur Lutembacher a commencé le jeudi 19 novembre, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté, et continuera les jeudis suivants à la même heure, une série de conférences sur : « les arythmies en clinique », avec projections cinématographiques.

Film cinématographique des arythmies sur le cœur isolé. — [illegible] graphiques — Démonstration de l'électrocardiographe.

Le muscle cardiaque et ses centres d'automaticité — Le rythme normal. Courbes mécaniques et électriques.

Les extrasystoles — Identification graphique — Etude clinique.

Les tachycardies sinusales et paroxystiques.

Troubles de conduction — Etude graphique et clinique.

La fibrillation auriculaire — L'arythmie complète en clinique.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — RELATIONS ENTRE PARIS ET LA CÔTE D'AZUR. — L'attention des voyageurs se rendant de Paris sur la Côte d'Azur est appelée sur les relations suivantes :

1° Rapide de nuit : places de luxe, 1re classe, wagon-restaurant, Paris, départ 19 h. 55 ; Marseille, arrivée 8 h. 40 ; Toulon, arrivée 10 h. 24 ; Saint-Raphaël, arrivée 12 h. 10 ; Cannes, arrivée 12 h. 43 ; Nice, arrivée 13 h. 30 ; Monaco, arrivée 14 h. 19 ; Monte-Carlo, arrivée 14 h. 25 ; Menton, arrivée 14 h. 42.

Rapide de nuit : 1re, 2e et 3e classes, Paris, départ 21 h. 40 ; Marseille, arrivée 10 h. 14 ; Toulon, arrivée 11 h. 51 ; Saint-Raphaël, arrivée 13 h. 52 ; Cannes, arrivée 14 h. 23 ; Nice, arrivée 15 h. 10 ; Monaco, arrivée 16 h. 3 ; Monte-Carlo, arrivée 16 h. 9 ; Menton, arrivée 16 h. 26.

2° Train de luxe : wagons-lits, wagon-restaurant, Paris, départ 19 h. 55 ; Toulon, arrivée 9 h. 3 ; Saint-Raphaël, arrivée 10 h. 40 ; Cannes, arrivée 11 h. 10 ; Nice, arrivée 11 h. 45 ; Monaco, arrivée 12 h. 30 ; Monte-Carlo, arrivée 12 h. 38 ; Menton, arrivée 12 h. 53.

3° A partir du 20 novembre, les lundis, mercredis et vendredis, du 20 novembre au 14 décembre et tous les jours à partir du 15 décembre, rapide de nuit : places de luxe, 1re classe, wagon-restaurant, Paris, départ 19 h. 35 ; Marseille, arrivée 7 h. 29 ; Toulon, arrivée 8 h. 49 ; Saint-Raphaël, arrivée 10 h. 25 ; Cannes, arrivée 10 h. 55 ; Nice, arrivée 11 h. 30 ; Monaco, arrivée 12 h. 14 ; Monte-Carlo, arrivée 12 h. 21 ; Menton, arrivée 12 h. 40.

4° A partir du 19 décembre, rapide de nuit : 1re, 2e et 3e classes, Paris, départ 21 h. 30 ; Marseille, arrivée 9 h. 55 ; Toulon, arrivée 11 h. 34 ; Saint-Raphaël, arrivée 13 h. 33 ; Cannes, arrivée 14 h. 7 ; Nice, arrivée 14 h. 55.

LIVRES NOUVEAUX

Medicus 1926, *Guide annuaire des praticiens* (1),

Ce Guide annuaire, d'une documentation des plus soignée, est incontestablement le plus complet qui existe. Sa division en cinq parties, divisées en chapitres, l'emploi de papiers de couleurs, un sommaire et une table des matières détaillés, en font le Guide annuaire le plus précieux et le plus facile à consulter.

Paraissant régulièrement chaque année — en octobre-novembre — il est indispensable aux médecins comme aux pharmaciens, donnant à chacun tout ce qui peut les intéresser, car tout ce qui touche, de près ou de loin, à la profession médicale, se trouve dans *Medicus*.

Quant à sa partie annuaire, grâce aux documents puisés aux sources officielles et aux nombreux correspondants que *Medicus* a su s'adjoindre, tant en France qu'aux colonies, elle est aussi exacte que possible.

L. G.

(1) In-8 raisin, relié pleine toile, 1.500 pages. — Prix : 25 fr. — Paris, Aimé Rouzaud.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

CHIRURGIE GÉNÉRALE

Par MM. CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

Un cas d'acidose opératoire grave guéri par l'insuline. (URRUTIA. *Medicina ibera*, 30 mai 1925, t. XIX, p. 549.) — L'observation concerne un homme de vingt-deux ans opéré pour lithiase biliaire sous anesthésie chloroformique. Quatorze heures après l'intervention, qui s'était passée sans incident, apparaissent des vomissements répétés, de la tachycardie avec une température normale, des douleurs épigastriques propagées à l'hypocondre droit. On lave l'estomac sans résultat. Deux heures plus tard, le pouls s'accélère encore, il y a de la dyspnée, la température monte à 39°5. Trente-six heures après l'opération, l'état s'est notablement aggravé : subdélire, pouls à 148, température à 39°5, les vomissements restent fréquents, légère teinte ictérique des sclérotiques.

Songeant qu'il peut s'agir d'une acidose anesthésique, on analyse l'urine. Elle contient de l'albumine et des cylindres hyalins, mais ni sucre, ni acétone, ni acide diacétique. Par contre, le dosage de la réserve alcaline du sang par la méthode de van Slyke ne donne que 35. On injecte alors par la voie sous-cutanée 300 centimètres cubes de sérum glucosé à 10 p. 100 et 10 unités d'insuline. Les vomissements cessent, ainsi que la dyspnée et les douleurs épigastriques, le malade rend des gaz, température 38 degrés, 120 pulsations, mais le pouls est ample et bien frappé. On répète quelques heures plus tard l'injection de sérum et d'insuline. La nuit suivante est bonne. Le lendemain, malgré quelques nausées, l'amélioration s'accentue : 37°5 et 100 pulsations le matin, 37 degrés et 80 pulsations le soir. Deux nouvelles injections de sérum glucosé et d'insuline ont été faites le même jour. La réserve alcaline du sang est montée à 70. Les suites opératoires ont dès lors été normales.

Ce cas est intéressant et instructif à deux points de vue : il montre, d'abord, que les corps cétoniques manquent quelquefois dans l'urine alors que l'acidose peut être mise en évidence par le dosage de la réserve alcaline du sang, ensuite, que, contre une telle complication, l'insuline jointe au sérum glucosé est un moyen de traitement remarquable si on l'emploie sans retard.

COU

Sympathectomie péricarotidienne dans le traitement de l'épilepsie essentielle. (V. BOJOVITCH. *Revue de chir.*, 1925, n° 8, p. 608.) — L'auteur est parti de l'hypothèse que l'accès d'épilepsie idiopathique est dû à un spasme vaso-constricteur des vaisseaux cérébraux causant une anémie locale et troublant les échanges organiques du tissu nerveux. Il a opéré sept malades par sympathectomie péricarotidienne pratiquée d'un seul côté ou des deux côtés, et dans ce cas tantôt en un seul temps, tantôt en deux temps. Dans deux cas il a, en outre, réséqué le ganglion sympathique cervical moyen. Tous ces malades étaient atteints d'épilepsie essentielle avec crises fréquentes et avaient été traités par les moyens médicaux sans résultat bien appréciable.

Les effets physiologiques de l'opération ont été les suivants : rétrécissement pupillaire du côté opéré, vaso-dilatation au niveau du cou et de la tête avec cyanose de la face et élévation thermique, transformation de l'état psychique du malade chez lequel l'anxiété et la tristesse font place au calme et à la gaieté.

Thérapeutiquement, voici les résultats obtenus : dans trois cas les crises ont été supprimées; une malade est morte seize heures après l'intervention, sans avoir repris connaissance, cette mort, suivant l'auteur, devant être attribuée à l'anesthésie générale; dans les trois autres cas il y a eu une amélioration caractérisée par la diminution de la fréquence, de la durée et de la gravité des crises.

L'opération a été faite sous anesthésie générale (chloroforme-éther) chez les malades à crises fréquentes afin d'éviter une crise au cours de l'opération et sous anesthésie locale dans les autres cas.

Au point de vue technique, il y a peu de choses à signaler. L'excision de l'adventice a été faite sur une étendue de 5 centimètres, en évitant de comprimer l'artère. Puis la suture et le pansement étant faits, on a placé pour quelques jours un collier en plâtre.

La ligature de la carotide externe par la voie rétro-jugulaire. (L. HARTGLAS. *Journ. de chir.*, juillet 1925, t. XXVI, p. 10.) — Ce procédé, dit l'auteur, se base sur la considération anatomique suivante : le seul point de repère constant et vraiment pratique de la bifurcation carotidienne et de la carotide externe est la veine jugulaire interne. En libérant la veine sur son bord libre, postérieur, en la réclinant en avant du côté de ses collatérales, on découvre les carotides plus aisément et plus largement que dans le procédé classique.

La technique opératoire comprend les temps suivants :

Premier temps. — Incision de la peau et des plans sous-cutanés; ouverture de la gaine du sterno-mastoïdien; découverte et réclinaison du bord antérieur de ce muscle.

L'incision, de 8 centimètres en moyenne, suit la face antérieure du sterno et va du milieu du cartilage thyroïde à une ligne prolongeant le bord inférieur du maxillaire inférieur.

Il n'y a à signaler dans l'exécution de ce temps que la rencontre possible de vaisseaux musculaires au moment où l'on dégage la face profonde du muscle, puis la nécessité de maintenir constamment la rotation de la tête.

Deuxième temps. — Réclinaison de la veine jugulaire en dedans et en avant. On aborde la veine en bas au point où elle adhère à la gaine musculaire sans interposition de ganglions comme en haut. On la récline en avant sans peine car elle est tirée par ses branches. Les ganglions superficiels et le nerf hypoglosse profond sont refoulés avec elle.

Troisième temps. — Dégagement de l'artère.

La veine étant écartée, on voit les artères, et le fil est passé de dedans en dehors. Le grand hypoglosse et le pneumogastrique ne peuvent être lésés, mais il faut songer au laryngé supérieur qui croise la face profonde de la carotide externe.

La ligature par le procédé classique ne serait indiquée que dans les cas où une adénopathie, surtout rétro-jugulaire, attirerait la veine en arrière.

THORAX

La résection du péricarde dans la symphyse péricardique. (GULEKE et LOMMEL. *Klin. Woch.*, 16 avril 1925, an. IV, n° 16.) — Le traitement opératoire de la médiastino-péricardite avec adhérence à la paroi thoracique est assez bien connu depuis les travaux de Brauer. On s'est moins occupé jusqu'ici du traitement de la symphyse péricardique proprement dite.

Celle-ci d'ailleurs est bien tolérée quand la fusion des deux feuillets séreux restés souples n'entrave pas les mouvements du cœur. Mais la symphyse est parfois réalisée par un tissu fibreux, dense et rétractile qui comprime le cœur et en trouble le fonctionnement. On observe alors un syndrome caractérisé par des œdèmes, des épanchements pleuraux, de l'ascite, de la dyspnée, l'hypertrophie du foie, la diminution du volume et l'assourdissement des bruits du cœur, la disparition du

choc de la pointe et de la rétraction systolique de la paroi, enfin par des signes radiologiques qui sont la petitesse et l'immobilité du cœur.

Les auteurs relatent l'observation d'un homme de vingt-sept ans qui présentait ce tableau clinique neuf mois après des accidents aigus de péricardite et qui fut opéré par Guleke suivant la technique proposée par Rehn et Schmieden :

Incision verticale sur le bord droit du sternum de la deuxième à la cinquième côte, et partant de celle-ci incision transversale le long du cinquième espace intercostal gauche jusqu'à la ligne mamelonnaire. Dissection d'un lambeau cutanéo-musculaire. Résection des troisième, quatrième et cinquième côtes gauches. Ouverture de la plèvre gauche. Le cœur apparaît petit, n'ayant que de faibles battements, et recouvert d'une membrane blanchâire, fibreuse. Cette membrane est incisée sur le ventricule gauche. Elle est formée de couches superposées qu'on décolle successivement jusqu'à l'apparition d'un tissu d'aspect charnu. Mais la libération du cœur ne peut être menée très loin car le décollement de la membrane au niveau du sillon auriculo-ventriculaire détermine des troubles de la contraction cardiaque. Suture de la plèvre et des plans superficiels. Petit drainage. Les suites opératoires furent bonnes, mais il fallut évacuer deux fois par ponction un épanchement pleural.

L'état du malade s'améliora dès les premiers jours. Un an plus tard il continuait à être satisfaisant bien qu'il y eut encore quelques troubles : petitesse du pouls, légère dilatation du cœur, un peu d'ascite, et, à la fin de la journée, léger œdème malléolaire. Mais le malade n'en était pas moins capable de travailler.

La résection du péricarde a été faite jusqu'ici 18 fois, et dans 7 cas elle a donné un résultat vraiment bon qui, pour certains d'entre eux comme celui de Schmieden, a pu être suivi pendant plusieurs années.

Pyopneumothorax chronique à poussées aiguës de la base gauche traité et guéri par la phrénicectomie. (THEVENARD. *Bull. et mém. de la Soc. des chir. de Paris*, 1925, t. XVII, n° 9, o. 384.) — La paralysie opératoire du diaphragme par résection du nerf phrénique voit s'étendre ses indications. On l'a employée au début dans le traitement de la tuberculose pulmonaire, seule ou combinée à un autre moyen thérapeutique, pneumothorax artificiel, thoracectomie. Puis on y a recouru dans certains cas de dilatations bronchiques ou de gangrènes de la base. L'auteur en a obtenu un excellent résultat chez une malade atteinte d'une vieille pleurésie purulente de la base ouverte dans les bronches.

La malade, âgée de vingt-quatre ans, eut une pleurésie purulente gauche au cours d'une infection puerpérale. Large drainage par thoracotomie. Une fistule persistant au bout de deux mois, on pratiqua une thoracoplastie par enfoncement d'un volet costal correspondant à l'étendue de la cavité pleurétique. Amélioration de l'état général qui resta excellent pendant trois ans, quoique la fistule ne se fût pas cicatrisée et donnât issue de temps en temps à du liquide séro-sanguinolent.

Puis la malade contracte une grippe sérieuse. Hémoptysies. Vomique. Gêne respiratoire. La radiographie montre une ombre occupant le tiers inférieur de la cavité thoracique gauche. La fièvre persiste, malgré de nouvelles vomiques. Un pyopneumothorax s'installe.

L'auteur pratique une phrénicectomie. Du pus est rendu les jours suivants par la bouche et par l'ancienne fistule dans laquelle on met un drain. Dès le troisième jour la température est redevenue normale. Le cinquième jour on enlève le drain. La fistule se cicatrise rapidement. Au bout d'un mois la malade était guérie.

L'auteur a pratiqué son opération, sous anesthésie générale, de la façon suivante : incision de la ligature de la sous-clavière reportée légèrement en dedans et en haut. Après avoir traversé les plans superficiels et l'aponévrose moyenne, on dégage le bord externe du sterno-mastoïdien qui est écarté en dedans; au-dessous de l'omo-hyoïdien, on aperçoit le nerf phrénique descendant sur le scalène antérieur et recouvert par l'aponévrose profonde; on tire doucement sur le nerf saisi par une pince sur laquelle on l'enroule pour en arracher la plus grande longueur possible. Il est important, en effet, que la résection dépasse le point où vient s'anastomoser le dernier des phréniques accessoires et qui correspond habituellement au hile du poumon. Chez son opéré l'auteur a pu enlever le nerf dans toute sa longueur.

ABDOMEN ET APPAREIL DIGESTIF

Un cas d'anévrisme abdominal. Ligature de l'aorte. (M. GEORGE S. JOHNSON. *Journ. of the Missouri State med. Assoc.*, mai 1925, vol. XXII, n° 5, p. 191). — Il s'agit d'un nègre de cinquante-neuf ans dans le passé duquel on relève simplement une blennorragie à vingt ans. Le début de l'anévrisme remonte à dix-huit-mois. Le malade, à cette époque s'affaiblit et se fatigue au moindre effort; les jambes sont souvent froides et la respiration est courte. Il éprouve une sensation de plénitude au creux épigastrique et une douleur constante au niveau du dos. Bientôt il constate la présence dans son abdomen d'une tumeur du volume d'un poing.

Cette tumeur aurait grossi rapidement pendant deux mois, puis serait demeurée stationnaire. Des douleurs apparaissent aux membres inférieurs et des œdèmes transitoires se manifestent au niveau des pieds et des chevilles. Le cœur légèrement hypertrophié ne présente rien d'anormal à l'auscultation.

A l'examen, on trouve sur la ligne médiane une masse à siège abdominal, ovoïde, pulsatile et expansive, s'étendant de 4 centimètres au-dessous de l'appendice xyphoïde jusqu'à 3 centimètres au-dessus de la symphyse pubienne.

On décide d'intervenir. Laparatomie médiane, puis incision du péritoine postérieur. Un clamp est placé sur l'aorte au-dessus du sac, au voisinage de l'origine de la mésentérique inférieure. La dissection de ce sac est laborieuse. Au cours des manœuvres d'isolement, la paroi de la tumeur est blessée et du sang jaillit avec force. L'hémorragie est rapidement jugulée et le sac suturé à la soie. L'aorte est liée entre le clamp et le sac par deux brins de fascia lata et deux fils de soie.

Deux heures après l'intervention, les membres inférieurs sont froids. Vingt-huit heures plus tard, la circulation s'est rétablie sensiblement normale. Les suites opératoires sont bonnes ; au quatrième jour cependant un foyer pneumonique apparait à gauche qui guérit rapidement.

L'auteur se demande quel avenir est réservé à ce malade et discute de l'opportunité d'une nouvelle intervention tendant à réséquer le sac anévrismal.

Invagination rétrograde après gastro-entérostomie. (J. G. KOPP, *Lyon Chirurg.*, t. XXII, sept.-oct. 1925, p. 664). — A propos d'une observation personnelle fort intéressante, l'auteur rassemble les cas déjà connus et étudie la pathogénie de cette complication très rare de la gastro-entérostomie.

La malade dont il donne l'histoire, âgée de trente-cinq ans, avait subi quatorze ans plus tôt une gastro-entérostomie antérieure avec entéro-anastomose, pour une occlusion duodénale due à un traumatisme gastrique. Sa santé était restée longtemps bonne. Puis dans les dix-huit mois qui précédèrent son entrée à l'hôpital elle eut quatre crises de douleurs épigastriques très vives à forme de crampes accompagnées de vomissements bilieux et durant de quelques heures à quelques jours. Au moment de l'examen, la malade était en période de crise, elle vomissait un liquide rougeâtre et n'avait pas eu de gaz depuis la veille. Toutes les cinq minutes revenait une douleur violente pendant laquelle on voyait se dessiner à gauche de l'ombilic une anse intestinale dilatée, animée de mouvements péristaltiques et qui était le siège de gargouillements.

Ayant fait le diagnostic d'occlusion intestinale haute, on opère aussitôt sous anesthésie à l'éther. Laparatomie transversale gauche à trois doigts au dessus de l'ombilic. On détache des adhérences épiploïques. Il n'y a rien du côté de l'estomac. Mais le côlon transverse étant relevé, on trouve à gauche de la colonne vertébrale une masse résistante qui est formée par une invagination jéjunale rétrograde et ascendante. L'invagination qui s'est faite dans l'anse efférente de la gastro-entérostomie a son sommet à 13 centimètres au dessous de la bouche jéjuno-jéjunale. La désinvagination n'étant pas possible, on résèque la lésion en bloc et on fait une anastomose termino-terminale. La guérison fut complète en quinze jours.

La longueur de l'intestin réséquée était de 38 centimètres. Le point intéressant révélé par l'examen de la pièce était la présence d'un ulcère de forme ovale dans la paroi de la gaine, à 8 centimètres de l'extrémité supérieure de l'intestin réséqué.

On n'a publié jusqu'ici que 17 cas d'invagination rétrograde après gastro-entérostomie, dont 2 paraissent devoir être éliminés.

Le délai qui s'écoule entre la gastro-entérostomie et l'apparition de cette complication est très variable. Il va de quatre mois à seize ans. Le procédé employé pour la gastro-entérostomie n'a aucune importance au point de vue pathogénique : l'abouchement stomacal avait été 9 fois postérieur et 7 fois antérieur. De même l'entéro-anastomose n'est pas un élément qui entre en ligne de compte. Mais dans tous les cas cités l'invagination s'est faite dans la branche efférente. C'est donc dans cette branche efférente qu'il faut chercher la cause du phénomène. L'auteur rappelle les conditions dans lesquelles se font les invaginations expérimentales et pathologiques. Ces conditions se sont trouvées assez bien réalisées dans le cas qu'il a observé : une partie fixe à savoir l'entéro-anastomose ou la bouche de gastro-entérostomie et une partie très mobile le jéjunum sous-jacent; d'autre part l'ulcère sur la branche efférente provoquant une contraction intestinale d'où part l'onde anti-péristaltique

L'ulcère manque, il est vrai, dans tous les autres cas d'invagination. Mais on peut expliquer les spasmes de la branche efférente, en l'absence d'ulcère, par le contact du chyme acide venu de l'estomac.

Six, parmi les cas cités, se sont terminés par la mort parce que le diagnostic fut posé trop tard on ne le fut pas du tout. En présence d'un malade gastro-entérostomisé qui présente des douleurs et des vomissements sauguinolents, il faut donc songer à la possibilité d'une invagination rétrograde de l'anse efférente.

Sur l'invagination ascendante de l'intestin grêle après gastro-entérostomie. (OTTO ROHDE. *Acta chir. Scandinavica*, vol. LVIII, fasc. I-IV, 1925, p. 105.)

Myxome pédiculé de l'intestin grêle. Résection intestinale, guérison. (DHALLUIN et R. LEGRAND. *L'Echo Médical du Nord*, n° 30, 25 juillet 1925, p. 347). — Le malade porteur de cette tumeur présentait un syndrome d'occlusion intestinale chronique. Depuis un an il souffrait de coliques tous les trois ou quatre jours et avait la sensation que son intestin se nouait, puis que quelque chose y filtrait produisant des bruits anormaux de gargouillement. Jamais de nausées ni de vomissements.

L'absorption d'aliments augmentant nettement ses troubles, le malade restreignait volontairement son alimentation et maigrissait.

A l'examen on trouvait le ventre ballonné, saillant dans sa partie médiane paraombilicale. Pendant les crises, les anses intestinales se dessinaient sous la paroi. La constipation était de règle; les matières ne contenaient pas de sang.

Sous anesthésie rachidienne ou pratiqua une laparatomie sus et sous-ombilicale et l'on découvrit sur le grêle une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, ferme, arrondie siégeant dans la lumière de l'intestin et l'obstruant complètement. En amont les anses grêles étaient énormément dilatées. Résection intestinale de 30 centimètres et suture termino-terminale d'exécution malaisée en raison de la différence de calibre des deux segments.

Les suites opératoires furent parfaites. Le malade se leva au dixième jour. Il a depuis engraissé de 6 kilos.

Macroscopiquement, la tumeur est formée d'un tissu blanchâtre, homogène qu'entoure une sorte d'enveloppe.

Histologiquement, on distingue deux portions : l'une superficielle présente çà et là les éléments normaux de la muqueuse intestinale perdus dans une prolifération épithéliale du type adénomateux ; l'autre, centrale, volumineuse, presque uniquement formée d'un tissu muqueux assez riche cependant en fibres conjonctives et infiltré par places de leucocytes.

L'auteur rappelle la rareté des tumeurs bénignes du grêle, Il s'agit ordinairement d'adénomes, de lipomes, de myomes ou de fibromes. Les myxomes paraissent exceptionnels.

Un cas de lithiase des voies biliaires avec dilatation kystique et diverticule du cholédoque. (G. SÖDERLUNG. *Acta chir. Scandinavica*, 30 juin 1925, vol. LIX, p. 253.) — L'intéressante observation relatée par l'auteur concerne un homme de quarante-cinq ans opéré pour une affection ancienne des voies biliaires caractérisée par des coliques hépatiques répétées avec ictère et fièvre. Au cours de l'intervention qui fut longue et pénible surtout par suite des adhérences, on rencontra les lésions suivantes : un calcul fortement encastré dans l'ampoule de Vater et s'opposant au passage de la bile dans l'intestin; la vésicule biliaire petite, bourrée de calculs; enfin le cholédoque portant deux étranges formations kystiques grosses chacune comme un œuf d'oie et contenant aussi des calculs. Le kyste supérieur était un véritable diverticule abouché latéralement au cholédoque par un orifice étroit. Le kyste inférieur se présentait comme un renflement fusiforme du canal. On pratiqua l'ablation de la vésicule et du diverticule supérieur et le cholédoque ayant été vidé des concrétions et du sable qu'il contenait, on procéda à l'extraction du calcul vatérien par voie duodénale. Le malade guérit et revu un an plus tard n'avait plus présenté aucun trouble depuis l'opération.

L'auteur estime que ces malformations du cholédoque doivent être rangées dans la catégorie des kystes dits idiopathiques qui sont probablement d'origine congénitale. Cela ne peut faire de doute pour le kyste le plus proche du foie qui avait un aspect diverticulaire typique. Cela est très vraisemblable pour la dilatation fusiforme elle-même, car elle était trop circonscrite pour être due à l'obstruction du cholédoque. Ce cas qui semble unique offre un intérêt particulier, dit l'auteur, pour l'étude de la genèse des kystes idiopathiques du cholédoque.

APPAREIL GÉNITAL

Traitement de la tuberculose épididymo-testiculaire de l'adulte. (DE BERNE-LAGARDE. *L'Hôpital*, mars 1925, n° 138 *bis*, p. 179.) — On peut utiliser contre cette affection deux méthodes thérapeutiques : l'une, chirurgicale, supprime les lésions en respectant dans la mesure du possible la glande génitale ; l'autre, médicale s'adresse, à l'état général : elle tend à augmenter la résistance du sujet à l'infection bacillaire.

Ces méthodes ne s'excluent pas nécessairement, et même dans la plupart des cas toutes deux sont indiquées.

Le traitement chirurgical doit être conservateur; la castration ne peut être qu'un pis-aller. L'ablation de l'épididyme et d'une partie plus ou moins étendue du canal déférent donne d'excellents résultats quand le testicule est intact ; mais il importe de respecter les vaisseaux du cordon pour éviter l'atrophie de la glande. On sait que l'épididymectomie ainsi pratiquée amène la rétrocession des lésions concomitantes de la prostate et des vésicules séminales.

Si les tubercules sont ramollis il faut ouvrir les abcès et les curetter. On peut aussi les ponctionner et y injecter du naphtol camphré. On peut enfin les détruire au thermocautère.

Les trajets fistuleux sont traités par des crayons iodoformés ou détruits à la pointe fine du thermocautère.

Une méthode vraiment conservatrice est celle proposée par Mauclaire. Cet auteur provoque l'atrophie et la sclérose des lésions en sectionnant tous les éléments du cordon sauf le canal déférent, l'artère et les veines déférentielles. On peut obtenir des résultats identiques en sectionnant entre deux ligatures le canal déférent.

Dans le but d'éviter la propagation au côté opposé, Legueu pratique l'ablation du canal déférent du côté sain.

La castration n'est indiquée qu'après l'échec de ces différents procédés ou quand les lésions sont bilatérales.

Le traitement médical convient aux épididymites bacillaires chroniques, à l'exclusion du traitement chirurgical.

On évitera la suralimentation en raison des troubles gastro-intestinaux qu'elle entraîne fatalement; on usera plutôt des toniques : arsenic, glycérophosphates et de la médication récalcifiante. L'huile de foie de morue phosphorée ou iodée à raison de deux cuillères à soupe par jour, le repos à la mer ou à Salies-de-Béarn sont à conseiller.

Sur le traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. (G. COTTE. *Lyon chir.*, mars-avril 1925, t. XXII, p. 172.) — Le traitement de l'ovarite scléro-kystique n'est pas encore bien établi. Certains chirurgiens estiment que les opérations limitées et conservatrices suffisent dans la majorité des cas. D'autres veulent qu'on fasse l'hystérectomie d'emblée. Or ce qui montre bien la difficulté du problème, c'est que quelquefois après l'ablation d'un seul ovaire des



jeunes femmes ont vu disparaître leurs douleurs et leur stérilité alors que l'hystérectomie a été dans d'autres cas totalement inefficace. L'auteur apporte ses résultats dont quelques-uns sont en faveur d'une nouvelle thérapeutique chirurgicale de la maladie.

Les malades opérées sont rangées en trois groupes :

Le premier comprend les femmes qui ont eu un ou plusieurs enfants et dont tous les troubles semblent remonter à un accouchement. Chez ces malades, on trouve assez souvent outre les ovaires scléro-kystiques des lésions utéro-annexielles et quand celles-ci existent la conservation n'est guère indiquée. Sur 31 interventions l'auteur a fait 21 hystérectomies subtotales, 7 castrations unilatérales dont 3 ont été suivies d'une nouvelle grossesse et 3 ablations du second ovaire laissé en place au cours d'une première opération. Des 21 femmes hystérectomisées, 6 continuent à souffrir, et sur les 7 femmes auxquelles on a laissé un ovaire, 2 ont des phénomènes congestifs et des douleurs du côté opposé.

Dans le deuxième groupe sont placées les femmes qui n'ont jamais été enceintes ou ont fait des fausses-couches, car l'ovarite scléro-kystique paraît bien être souvent la seule cause de la stérilité ou de l'avortement. Des règles douloureuses et irrégulières devenant plus fréquentes et plus abondantes, tels sont les symptômes observés en général. On ne trouve ici à l'opération que de l'ovarite. Dans 10 cas où l'hémorragie prédominait l'auteur a fait 3 fois l'hystérectomie et 7 fois la castration unilatérale. Cette dernière opération a permis à 2 malades d'avoir des grossesses. Dans 6 autres cas surtout caractérisés par des phénomènes douloureux, un seul ovaire fut enlevé et une de ces malades devint enceinte par la suite La guérison des douleurs a été obtenue sauf dans 4 cas. Sur 10 malades n'ayant pu mener à bien leur grossesse avant l'intervention, 5 ayant de la pelvi-péritonite ont dû subir l'hystérectomie, 5 ont eu une opération conservatrice et 2 de celles-ci sont devenus enceintes et ont eu une grossesse normale. Quant aux résultats éloignés, 2 malades souffrent encore, dont l'une pourtant n'a plus ni utérus, ni ovaire.

Les malades du troisième groupe sont des jeunes filles atteintes de ménorragies, de dysménorrhée ou de névralgies ovariennes. 6 de ces malades qui avaient surtout de la dysménorrhée ont été traitées par la castration unilatérale avec dans un cas section des nerfs de l'ovaire dans le ligament lombo-ovarien, 4 succès, 2 échecs. Dans les formes ménorragiques l'auteur a eu recours 2 fois avec succès à la curiethérapie après échec du curettage et 4 fois à la castration unilatérale qui a également amené la guérison.

La statistique précédente montre que l'hystérectomie ne doit être employée que quand les indications en sont formelles car les opérations conservatrices ont souvent été suivies de grossesses (8 fois sur 28 interventions). Malheureusement les récidives sont possibles. Il faudrait pouvoir enrayer l'évolution vers la sclérose. L'auteur a essayé dans ce but de fixer l'épiploon dans l'ovaire respecté pour augmenter la vascularisation de l'organe. Sur 7 malades ainsi opérées, 6 sont actuellement guéries, une a récidivé. Mais pour éviter la formation d'une bride épiploïque dangereuse, il vaudrait mieux transplanter l'ovaire dans l'épiploon. Cependant ce procédé n'est pas encore tout à fait satisfaisant. L'ovaire ainsi transplanté peut rester douloureux au moment des règles.

Quelles relations existent donc entre la lésion ovarienne et les douleurs pelviennes qui l'accompagnent? Diverses raisons, en particulier la survivance possible des douleurs à l'hystérectomie la plus large, la coexistence fréquente de cœlialgies, d'entérospasmes, de migraines, de sensations locales rappelant la causalgie donnent à penser qu'il s'agit de manifestations réflexes ayant un point de départ ovarien ou d'une névralgie du sympathique pelvien. Aussi vaut-il mieux sans doute agir sur ce sympathique plutôt que sur l'appareil utéro-ovarien. L'auteur est ainsi intervenu 24 fois, 6 fois l'opération a porté sur la gaine artérielle hypogastrique, 18 fois le nerf présacré a été réséqué. Ces opérations ont donné d'excellents résultats mais elles sont encore trop récentes pour qu'on puisse en apprécier la valeur exacte.

Disparition des douleurs après sympathectomie hypogastrique dans un cas de cancer inopérable. (G. TISSERAND. *Revue méd. de la Franche-Comté*, 15 juin 1925, p. 205.) — Une femme de quarante-sept ans, atteinte d'un cancer inopérable du col utérin, est d'abord améliorée au point de vue local et général par une application de radium. Mais au bout de quelques mois la lésion, ayant repris sa marche envahissante, détermine des hémorragies et des douleurs intolérables nécessitant l'emploi presque continuel de la morphine. L'auteur intervient alors par une laparotomie, constate l'inopérabilité absolue du cancer et pratique au niveau de chaque artère iliaque interne une sympathectomie aussi minutieuse et étendue que possible. Les douleurs et les hémorragies cessent aussitôt. Un an plus tard, le malade doit se faire hospitaliser à nouveau car ses hémorragies ont reparu et son état général décline rapidement. Mais elle ne souffre pas et n'a jamais plus souffert depuis la sympathectomie.

On ne peut tirer des conclusions générales d'un cas isolé. Cependant il faut retenir cette observation. Elle montre que la sympathectomie peut être appliquée au traitement des cancers utérins douloureux, et l'auteur propose qu'on fasse cette opération de parti pris dans les cas où, ayant projeté d'enlever un utérus cancéreux, on s'aperçoit, le ventre ouvert, que l'hystérectomie est impossible.

Traitement des rétrodéviations utérines. (J. FEDRIANI. *El. Siglo medico.*, t. LXXV, 6 juin 1925, p. 581). — La rétroversion utérine peut être fixée ou mobile et ces deux formes représentent des affections tout à fait différentes. Dans la première ce sont les adhérences consécutives à une inflammation pelvienne qui causent les douleurs. Dans la seconde les symptômes relèvent plus d'un état névropathique que de la rétroversion.

Si la rétroversion mobile est bien tolérée, il n'y a pas lieu d'intervenir. S'il existe des douleurs il faut en chercher la cause et la traiter : endométrite chronique, déchirure périnéale, anémie. Lorsque les douleurs persistent et que la stérilité ne peut être attribuée qu'à la déviation utérine, il convient de pratiquer l'opération d'Alquié-Alexander, supérieure ici à toute autre. Le redressement par voie intra-péritonéale n'est indiqué que s'il a fallu ouvrir le ventre pour traiter une autre lésion.

S'agit-il d'une rétrodéviation fixée? On essaiera d'abord contre les lésions causales péri ou para-métrite, annexite, des moyens médicaux tels que les vaccins, la protéinothérapie, les injections de fibrolysine, etc. En cas d'échec, la laparotomie seule permet de libérer l'utérus de ses adhérences, d'enlever éventuellement les annexes malades et de fixer l'utérus en bonne position. Les meilleures techniques de ligamentopexie sont alors celles de Willie, Menge, Dudley et Dartigues.

Enfin la rétro-flexion congénitale, étant généralement due à un défaut de développement de l'utérus sera traitée par l'extrait d'ovaire et des médications reconstituantes.

Symptomatologie et indications thérapeutiques dans les rétro-verso-flexions utérines. (M. USANDIZOGA SORALUCI. *Arch. de med. cir. y espec.*, t. XIX, 9 mai 1925, p. 241). — L'auteur ne s'occupe que de la rétrodéviation primitive, affection qui a été comprise de façon très diverse suivant l'époque. Autrefois l'anomalie de position de l'utérus fut considéré comme la cause unique de tous les troubles observés en pareil cas. Puis avec Kröning on rattacha les manifestations générales de l'affection à un trouble psychopathique, l'hystéro-neurasthénie. Depuis peu on fait jouer un rôle important à la constitution du sujet qui est soit une asthénique-ptosique, soit une hypoplasique génitale.

Les troubles locaux de la rétrodéviation sont la douleur à la défécation, la dyspareunie, la pollakyurie douloureuse, les règles trop abondantes, quelquefois la stérilité ou l'avortement. Les syndromes généraux consistent en céphalée, vertiges, insomnie, asthénie et dépression suivie d'excitation, palpitation, arythmie, dyspnée, troubles digestifs etc. L'examen de tels malades doit porter non seulement sur la sphère génitale mais sur le système nerveux végétatif, sur le psychisme et sur le système endocrinien.

Au point de vue thérapeutique on peut schématiquement distinguer les types suivants :

1° Il y a des rétrodéviations qui ne causent aucun trouble. En ce cas non seulement il ne faut rien faire mais il est préférable de ne pas attirer l'attention de la femme sur son anomalie utérine.

2° Quand les symptômes sont purement locaux, la déviation

doit être corrigée et d'abord par un pessaire dont souvent l'application n'a pas besoin d'être prolongée pour amener un redressement définitif de l'organe. On opérera si le pessaire n'agit pas, est très mal toléré ou si la malade est vierge.

3° Les malades qui présentent des symptômes généraux sont ou des névropathes auxquelles convient la psychothérapie, ou des ptosiques à traiter par la ceinture abdominale, le régime et l'hygiène appropriés ou des hypoplasiques génitales que l'opothérapie améliore et dont l'utérus sera utilement redressé par l'opération d'Alexander.

APPAREIL URINAIRE

L'incontinence dite « essentielle » d'urine. Pathogénie et traitement chirurgical. (Pierre Delbet et André Léri. *Rev. de chir.*, 44e année, 1925, n° 7, p. 483). — Pour les auteurs la *lésion fondamentale* de l'incontinence nocturne dite essentielle d'urine est une compression du sac dural et des nerfs de la queue de cheval par une bride fibreuse transversale. Cette lésion qui est le plus souvent en rapport avec un spina bifida occulta sacré mais non d'une facon constante a pu être étudiée dans 24 cas d'incontinence opérés.

La bride fibreuse haute de quelques millimètres à 1 ou 2 centimètres, épaisse de plusieurs millimètres, jaunâtre, dure, contenant des débris cartilagineux est souvent très adhérente au cul-de-sac dural qu'elle comprime. Elle représente probablement un ligament jaune anormal. Elle siège soit à la région lombaire entre L^4 et L^5, L^5 et S^1 soit à la région sacrée.

On peut dire qu'elle est vraiment la cause de l'incontinence parce que dans certains cas la guérison immédiate et absolue a été la conséquence de sa résection et que même quand le résultat n'a été ni complet, ni définitif il y a presque toujours eu une phase d'amélioration après la résection.

Cette bride agit par compression ainsi que l'ont montré les constatations opératoires et les injections épidurales de lipiodol.

Mais comment la compression est-elle susceptible de produire l'incontinence? Classiquement on admet que l'incontinence est un trouble moteur de la vessie causé par une insuffisance sphinctérienne ou une hyperexcitabilité du muscle vésical. Les auteurs sont d'un avis différent et pensent que l'affection résulte d'un trouble purement sensitif qui est une perception du besoin d'uriner insuffisante à réveiller le sujet. Ce qui tend à le prouver, c'est la fréquence et le caractère impérieux des mictions nocturnes chez le malade qui vient d'être opéré et d'ailleurs aussi des mictions diurnes chez tous les malades atteints d'incontinence essentielle.

L'opération que nécessite l'ablation de la bride fibreuse se pratique ainsi : une incision curviligne à convexité gauche permet de relever un lambeau cutané au niveau du sacrum. Incision médiane de l'aponévrose et décollement des masses sacrolombaires par rugination. Ouverture de l'hiatus sacro-coccygien par résection de la lame fibreuse qui le ferme. Ouverture du canal sacré de bas en haut au ciseau et à la pince-gouge. Résection de la ou des brides fibreuses car il peut y en avoir deux. Cette manœuvre doit être faite avec minutie et douceur afin d'éviter l'ouverture du cul-de-sac dural. La plaie est refermée par suture des masses sacro-lombaires et de la peau sans drainage.

24 malades sont opérés depuis plus d'un an. On n'a des nouvelles détaillées que de 21 d'entre eux, 10 ont été guéris complètement 1 a été très amélioré, 10 ont été légèrement améliorés. Chez 3 le résultat a été nul. En somme la moitié environ des opérés sont restés guéris. Il y a toujours une amélioration immédiate et les récidives sont extrêmement variables dans leur intensité et dans l'époque de leur apparition. D'ailleurs précoces et partielles elles sont en général passagères ; tardives même intenses elles n'impliquent pas foncièrement un échec définitif et peuvent aboutir à une guérison.

Après une analyse étendue des conditions anatomiques, opératoires et pathologiques qui ont pu faire varier les résultats, les auteurs groupent ainsi les causes des insuccès précoces ou tardifs, temporaires ou définitifs : inflammations ou irritations génito-urinaires passées inaperçues, affections nerveuses comme l'épilepsie, lésions méningées, radiculaires ou médullaires, brides fibreuses méconnues ou oubliées, compressions autres que des brides fibreuses, et enfin et surtout de la cicatrice opératoire dont il faudra trouver le moyen de protéger le cul-de-sac dural.

MEMBRES

Troubles moteurs en rapport avec les malformations du rachis lombo-sacré. (Nové-Josserand. Communication à la *Soc. de chir. de Lyon*, 12 mars 1925, in *Lyon chir.*, juillet-août 1925, t. XXII, p. 571.) — Chez un enfant de onze ans et demi présentant depuis l'enfance et sans cause apparente une déformation du pied droit en équin pur due à la tension du tendon d'Achille, on constate radiologiquement une fissure de l'arc postérieur de la Ire sacrée.

Le malade est opéré de la façon suivante : incision paraspinale droite. L'apophyse épineuse de la Ve lombaire est bien développée, mais à la place de l'apophyse épineuse de la Ire sacrée se trouve un gros bloc de tissu fibreux large de 1 centimètre et qui se continue en haut avec le ligament interépineux. Le canal sacré étant ouvert à la partie inférieure de l'incision on pratique l'ablation du bloc fibreux qui remplit l'hiatus sacré et qui adhère très fortement à la dure-mère. Celle-ci s'est mise à battre à mesure qu'on détachait le bloc fibreux.

Suites opératoires simples. Onze jours plus tard l'équinisme avait un peu diminué. Mais pour achever de vaincre la rétraction du tendon d'Achille, il fallut appliquer pendant douze jours un appareil de redressement par la méthode du tourniquet. Puis le malade se leva. Peu à peu l'équinisme a disparu, il n'y a plus de boiterie. Cependant la flexion active non plus que la passive ne dépassent pas encore l'angle droit.

Il semble bien que la libération de la fissure sacrée a fait disparaître un état de contracture. L'auteur a déjà observé et publié plusieurs faits analogues. Ainsi les troubles de l'ossification de l'arc postérieur des vertèbres lombo-sacrées peuvent s'accompagner non seulement de douleurs mais encore de troubles moteurs variés, par compression de l'axe nerveux. Le fait d'ailleurs est difficile à expliquer car les centres moteurs intéressés sont plus haut. Peut-être, pense l'auteur, la compression de l'axe médullaire gêne-t-elle la moelle dans son mouvement d'ascension pendant la croissance, amenant des troubles circulatoires qui peuvent s'étendre à une certaine hauteur.

Ostéo-myélite aiguë de la tête fémorale et du bassin avec trépanation spontanée de l'arrière-fond de la cavité cotyloïde, psoïtis gauche. (E. Aquaviva et G. Darcourt. In *Marseille méd.*, n° 14, 5 juillet 1925, p. 1120.) — Un enfant de dix ans est hospitalisé pour un état général grave, avec 40°8 de température et 160 de pouls.

A l'examen, on note une flexion de la cuisse sur le bassin et un empâtement diffus au niveau de la fosse iliaque interne et de la région inguinale gauche. Les mouvements passifs de latéralité du membre inférieur sont possibles et peu douloureux. Le ventre est météorisé, tympanique avec défense musculaire. Facies tiré, état typhoïde, délire.

On pose le diagnostic de psoïtis et l'on opère. Après incision parallèle à l'arcade crurale, on décolle le péritoine et découvre le psoas. L'aponévrose d'enveloppe a totalement disparu. Les fibres musculaires sont pâles et lardacées avec çà et là, des zones de nécrose. On voit sourdre quelques gouttes de pus. En raison de l'état très grave du petit malade on se contente de drainer par deux gros tubes de caoutchouc accolés en canon de fusil. Dakin discontinu.

La température est à 39°7 le lendemain matin, et remonte dans la soirée à 40°5. On injecte 40 centicubes de sérum antigangréneux. L'enfant succombe rapidement.

A l'autopsie, le psoas-iliaque paraît indemne dans sa portion supérieure, mais il est partiellement détruit dans sa portion pelvienne. Le doigt qui va à la rencontre du petit trochanter perçoit à travers la capsule articulaire la tête du fémur irrégulière et rugueuse.

Une désarticulation de la hanche montre des lésions importantes à la fois sur le fémur et le cotyle.

Sur le fémur existe un foyer de nécrose en couronne faisant le tour de la tête articulaire. Le cartilage de revêtement a presque complètement disparu. Le ligament rond est effiloché et rompu dans sa partie moyenne. A la coupe, les travées osseuses contiennent une moelle rouge en voie de transformation purulente.

L'os coxal présente une perforation spontanée de la paroi postérieure de la cavité cotyloïde. Les traeées osseuses sont

pleines de pus. La perforation apparaît comme l'orifice externe d'une fistule dont l'orifice interne correspond à la partie moyenne du cartilage de conjugaison unissant l'ischion et l'ilion. Le périoste décollé est soulevé par un abcès qui communique par le trou obturateur avec la capsule articulaire coxo-fémorale au niveau du ligament transverse de l'acétabulum.

Il s'agit donc d'un double foyer d'ostéomyélite, l'un siégeant au niveau de la tête fémorale, l'autre au niveau du bassin. Ces foyers sont réunis par deux trajets : l'un à travers la capsule, le trou obturateur et l'obturateur interne; l'autre à travers la paroi postérieure du cotyle.

Il convient de reconnaître la rareté d'un tel cas. La psoïtis, elle-même peu fréquente, est exceptionnelle à gauche. Elle s'explique ici par la propagation de l'infection qui gagna la loge du psoas par l'intermédiaire de la bourse séreuse de ce muscle.

A quelques mois de distance, les auteurs ont observé chez un enfant de quatorze ans des lésions absolument identiques mais siégeant du côté droit. L'infection, quoique grave, présentait un caractère de moindre virulence. Une résection de la hanche permit de drainer largement et l'enfant est actuellement en voie de guérison.

Note sur une nouvelle incision d'arthrotomie du genou, spécialement indiquée dans la méniscectomie. Relation d'un cas opéré par ce procédé. (DELCHEF. *Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, 5e série, t. V, n° 2, p. 83.) — Pour l'auteur, aucune des incisions habituelles d'arthrotomie du genou n'est vraiment pratique pour la découverte et l'ablation des cartilages semi-lunaires. Des recherches cadavériques lui ont permis de régler un nouveau procédé d'arthrotomie dont l'application chez un malade a montré les avantages.

Ce procédé est une combinaison de la transrotulienne verticale avec la transversale au niveau de l'interligne. Il donne un jour considérable sur une moitié de la cavité articulaire et comporte une réparation facile et solide de l'articulation. Voici la technique employée chez un homme de cinquante-quatre ans, atteint d'un double genu varum et présentant au niveau du genou gauche des signes d'arthrite déformante compliquée de méniscite chronique.

Incision médiane de 15 centimètres de long aboutissant à l'insertion inférieure du tendon rotulien. A 2 centimètres et demi de l'extrémité inférieure de cette incision, on en conduit, à angle droit, une autre de 10 centimètres de long à la face interne du genou. Dissection du lambeau angulaire mettant à nu la capsule. La rotule est sciée longitudinalement en deux parties égales. La moitié interne du tendon rotulien est sectionnée par une incision qui, en se prolongeant, divise la capsule au niveau de l'interligne. Une flexion légère du genou fait apparaître les deux tiers antérieurs du ménisque qui peut être enlevé en totalité. Pour refermer l'articulation, on suture la rotule aux crins de Florence, le tendon rotulien, la capsule et le ligament latéral interne au catgut, Drainage filiforme pendant quarante-huit heures. Pansement compressif en extension. Mobilisation active le sixième jour. Lever le dixième jour.

LE CONGRÈS DE STOMATOLOGIE

ET LE DOCTORAT EN CHIRURGIE DENTAIRE

Le Congrès de stomatologie, qui vient de se tenir à la Faculté de médecine de Paris, a présenté un intérêt exceptionnel du fait de la qualité des communications présentées dont la valeur scientifique et médicale fut hors de pair; du fait également de sa coïncidence avec les réunions d'une commission dite d'amélioration des études dentaires.

Certes, cette dernière question valait d'être posée. Le recrutement des chirurgiens dentistes se fait actuellement dans l'enseignement primaire. Pour entrer dans une école dentaire il suffit de posséder le brevet primaire supérieur, et encore bien entendu il est accordé de trop nombreuses dispenses. Ce brevet possède plusieurs branches, dont par exemple la branche agricole. Cette dernière, qui semble la plus facile, est naturellement celle que choisissent de nombreux élèves. C'est sur une telle base, si paradoxal que cela puisse paraître, que se trouve placé l'enseignement d'une des branches de l'art de guérir!

Les résultats en sont naturellement ce qu'ils peuvent être et ceux qui font passer les examens de chirurgiens dentistes ont pu depuis longtemps constater combien ils sont déplorables.

Des études spéciales, en effet, greffées sur une base aussi fragile ne peuvent que mieux faire ressortir encore cette insuffisance. On a eu l'imprudence dans l'établissement des programmes de ne pas tenir compte de cette absence de culture générale à l'origine. Comme cette spécialité, au cours de son évolution, tendait de plus en plus, au point de vue de la pathologie, de la thérapeutique, de la prophylaxie et de l'hygiène, à se rapprocher de la médecine, on a infligé à ces élèves, peu préparés à le recevoir, un enseignement de plus en plus chargé de ces questions qu'ils ne pouvaient assimiler.

Aussi les résultats ont été de moins en moins brillants. Alors qu'au début on n'envisageait, en somme, que la préparation de praticiens, qui n'étaient guère que des mécaniciens, on arriva sans peine à leur apprendre ce qui n'était qu'un métier; mais à mesure qu'on voulut charger de plus en plus les programmes de matières appartenant à l'enseignement supérieur, ils perdirent pied de plus en plus et ne furent finalement ni des mécaniciens, ni des dentistes.

Une autre erreur consista à s'imaginer qu'il suffisait, pour obtenir des cliniciens, de faire suivre aux élèves des cours de pathologie. Ceux qui la commirent furent peut-être excusables; n'étant pas de vrais médecins, ils ne savaient pas que la clinique, indispensable quelle que soit la branche médicale que l'on envisage, ne peut s'apprendre qu'au lit du malade, à l'hôpital.

Il est résulté de ces erreurs que cette spécialité n'a pu suivre le progrès de la médecine générale et qu'elle présente une tendance fâcheuse à la stagnation dans un empirisme qui n'est plus de notre temps.

Aussi donc une commission fut réunie dont le but indiqué était l'amélioration de cette situation. Mais dans sa constitution il semble bien qu'on ne se soit inspiré ni de l'intérêt des élèves, ni de celui du public. Elle fut pour tous un sujet d'étonnement; celui-ci aurait pu être évité si la signature du ministre responsable avait été précédée de la formule ordinaire dans les temps dits d'obscurantisme « car tel est mon bon plaisir »; tout le monde aurait compris.

Ce qui semble ressortir le plus nettement des débats, ce n'est pas tant l'amélioration des études que le désir de la création d'un titre nouveau.

Certes, depuis longtemps, de nombreux chirurgiens dentistes tentent d'abuser le public en se faisant décerner par leur entourage le titre de docteur : en-têtes de lettres, consigne à leur personnel, etc. Mais combien serait-il plus avantageux qu'un titre officiel, docteur en chirurgie dentaire, permît légitimement une confusion encore plus grande avec le doctorat en médecine!

Tout est mis en œuvre pour l'obtention de ce titre et la manœuvre a été poussée à tel point que pour défendre le nôtre le doyen de la Faculté de médecine de Paris a dû faire appel à l'ensemble du corps médical, aux groupements, aux syndicats, au nombre. C'est certainement la première fois que le grand amphithéâtre de notre grande Faculté a entendu de tels appels; les médecins n'oublieront pas que ce sont les manœuvres des chirurgiens dentistes qui les ont provoqués.

Pendant ce temps, le Congrès de stomatologie, sous la présidence éclairée du docteur Tellier, chargé de cours à la Faculté de médecine de Lyon, aidé du vice-président le docteur Fargin-Fayolle et du secrétaire général le docteur Bercher, poursuivait ses travaux scientifiques.

Des rapports furent présentés : l'un, par Worms et Bercher, sur les affections oculaires d'origine dentaire, fut une mise au point parfaite de cette question importante et essentiellement médicale; un autre des docteurs Guilly et L'Hirondel, sur la contention des appareils complets, montra bien, de même que de nombreuses autres communications et démonstrations, que les médecins qui s'occupent de cette spécialité ne négligent point la technique qui lui est particulière. Plusieurs travaux furent présentés sur les traitements des pyorrhées, et en outre d'autres, trop nombreux pour être tous cités, marqués du meilleur esprit scientifique et médical.

Il semble bien que cette spécialité tende de plus en plus

vers la médecine, et des congrès, comme celui dont nous parlons, nous permettent d'entrevoir ce qu'elle pourra être lorsqu'elle ne sera plus exercée que par des médecins.

A. HERPIN.

SOCIETES SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 13 NOVEMBRE 1925)

A propos du rachitisme. — M. VARIOT s'est livré à des recherches sur le poids et la taille de plus de 200 enfants rachitiques. Dans 63 p. 100 des cas le poids serait égal ou supérieur à la normale. Il en est de même pour la taille qui peut être supérieure à la normale. Il rappelle que la cause principale du rachitisme est la privation du lait et il suffit de modifier les troubles de l'alimentation pour voir guérir le rachitisme.

M. COMBY partage l'opinion de M. Variot.

Le stéthoscope électrique. — MM. RIST, RIBIERRE, LE MÉE et HÉBRÉ présentent un stéthoscope électrique. Grâce à cet appareil ingénieux on peut faire entendre à des centaines d'étudiants les bruits normaux et pathologiques du poumon et du cœur.

La lambliase vésiculaire. — MM. M. LABBÉ, NEPVEUX et GAVRILA résument plusieurs observations de lambliase vésiculaire. Il s'agit de malades qui présentent des troubles intestinaux graves et tenaces chez lesquels, par tubage duodénal, on a mis en évidence le lamblia intestinalis dans la bile vésiculaire.

Au point de vue thérapeutique, ni le sulfarsénol, ni le stovarsol, ni le tréparsol, ni la térébenthine n'ont amené une guérison définitive.

Dissociation thérapeutique de l'hémogéno-hémophilie. — MM. Pr. MERKLEN et WOLF présentent le cas d'un petit malade de cinq ans et demi, offrant le tableau typique de l'hémogéno-hémophilie. Après une forte hémorragie, les auteurs eurent à traiter l'enfant et lui appliquèrent trois irradiations sur la rate, avec injection intraveineuse de 30 centimètres cubes de sang étranger. Cette thérapeutique fit diminuer le temps de coagulation jusqu'à environ une heure et demie (au lieu de trois heures), mais il devait bientôt revenir à trois heures. On sait, du reste, que l'action des rayons sur la coagulation est transitoire. Le temps de saignement tomba, par contre, à la normale, trois à quatre minutes, et reste tel depuis plus de deux mois.

Le traitement a donc agi de façon efficace sur l'hémogénie sans réussir à transformer la diathèse hémophilique.

Ce fait confirme que l'hémogéno-hémophilie représente bien une association morbide; il laisse entrevoir le parti que l'on pourra tirer de l'intervention thérapeutique pour l'analyse des complexes hématologiques.

PRATIQUE MÉDICALE

UNE AUTO-OBSERVATION DU RHUMATISME GOUTTEUX. EFFET DU TRAITEMENT (1).

Par le docteur FORGE (de Renaison).

Sous ce titre le docteur Forge, après quelques considérations non sans intérêt sur la valeur des auto-observations médicales, qu'il voudrait voir mises en commun en « une sorte de mutualisme de pathologie médicale » permettant de « faire servir nos petites ou grandes misères aux meilleures fins de notre thérapeutique », expose son cas personnel. Sans antécédents, héréditaires, mais ayant dans ses commémoratifs 46 mois de front et du vrai, il rattache à ceux-ci un rhumatisme goutteux fort tenace et rebelle à toutes les médications classiques : aspirine, colchique, extrait de sambucus, etc. Par contre ayant usé du phénylcinchoninate d'allyle (atoquinol) le résultat fut aussi rapide que durable : cessation de la douleur dès les premières heures, liberté articulaire récupérée en fort peu de temps, tolérance gastrique parfaite. On sait que dans un travail récent le docteur Reynaud a montré la puissante action dissolvante et éliminatrice de l'atoquinol sur l'acide urique des goutteux et rhumatisants chroniques (1), de telle sorte que c'est à un drainage urique de cette nature que le docteur Forge attribue les remarquables résultats qu'il a obtenus sur lui avec ce médicament, résultats qu'il avait vainement poursuivis avec d'autres médications.

(1) *Le Courrier Médical*, 12 juillet 1925.

(1) M. REYNAUD. Le phényl cinchoninate d'allyle (atoquinol), solvant de l'acide urique. *Th. de Paris* 1925, Jouve et Cie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

PHARMACIENS. REPOS HEBDOMADAIRE

Un accord étant intervenu entre les syndicats patronaux et ouvriers, l'arrêté préfectoral qui ordonne, par application de la loi du 29 décembre 1923, la fermeture des pharmacies d'une ville, pendant la journée du dimanche, peut prévoir, dans les limites de l'accord intervenu, l'organisation d'un service de garde, le jour de la fermeture entre tous les pharmaciens qui ont donné leur adhésion. Mais l'arrêté ne saurait contenir aucune clause créant une situation différente entre les pharmaciens d'une même ville, avantageuse pour les uns, désavantageuse pour les autres, après une entente faite entre certains d'entre eux.

Le Conseil d'Etat a annulé, le 10 juillet 1925, un arrêté du préfet de l'Aube créant une inégalité; il est intéressant de le faire connaître :

« Considérant que, s'il appartient au préfet, dans l'intérêt de la santé publique, de prévoir, dans les limites de l'accord intervenu, l'organisation, le jour de la fermeture, d'un service de garde entre tous les pharmaciens y donnant volontairement leur adhésion, il ne doit autoriser aucune clause créant une inégalité entre les divers intéressés en leur imposant, pour rétablir l'égalité, des charges particulières.

Considérant que, d'après l'article 2 de l'arrêté, le service de garde est assuré, chaque dimanche, par une même pharmacie *qui est la propriété collective d'un certain nombre de pharmaciens de la ville de Troyes* ayant pris divers engagements pour garantir son fonctionnement; qu'en fait la désignation permanente de cette pharmacie crée une inégalité entre ses propriétaires et les autres pharmaciens de la ville de Troyes qui ne veulent pas assumer la responsabilité et les charges, notamment financières, pouvant résulter de la co-propriété de cette pharmacie et qui sont illégalement privés du droit d'assurer, à tour de rôle, ainsi qu'ils le désirent, le service de garde dans leur propre officine; qu'il suit de là que, par cette disposition, le préfet de l'Aube a excédé ses pouvoirs et porté atteinte à la liberté du commerce et de l'industrie; que l'annulation dudit article 3 entraîne, par voie de conséquence, l'annulation de l'ensemble de l'arrêté attaqué. »

Cet arrêté marque une phase des difficultés qui sont nées à la suite de la loi du 29 décembre 1923 qui ne permet pas aux pharmaciens d'ouvrir leur officine le dimanche, si cela leur convient. Nous avons déjà formulé nos observations à cet égard. Les faits rapportés dans l'arrêt du Conseil d'Etat montrent qu'un certain nombre de pharmaciens de la ville de Troyes s'étaient entendus pour organiser une pharmacie qui était leur co-propriété; et l'arrêté du préfet de l'Aube l'avait désignée pour être ouverte le dimanche, *d'une façon permanente.* C'était causer une inégalité vis-à-vis des autres pharmaciens qui n'avaient pas voulu faire partie du consortium; c'était leur porter préjudice, car ils se trouvaient exclus du droit d'ouvrir le dimanche à tour de rôle.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

QUESTION D'INTERNAT (ORAL)

CORPS ÉTRANGERS ARTICULAIRES

Définition. — Les corps étrangers articulaires, formations anormales qui ont pris naissance aux dépens des éléments propres des articulations, se subdivisent en traumatiques et pathologiques.

Étiologie. — **Les corps étrangers traumatiques,** de beaucoup les plus intéressants, succèdent rarement à une plaie pénétrante de l'articulation (armes à feu, instruments piquants et tranchants); dans la règle à une entorse au genou souvent d'apparence bénigne (après effort pour prévenir une chute).

Les corps étrangers pathologiques sont secondaires à une affection préexistante de l'articulation, arthrite sèche ou déformante presque toujours (on les a appelés arthrophytes pour les rapprocher des ostéophytes), arthropathies nerveuses, quelquefois lipome arborescent, tuberculose, syphilis très rarement.

Anatomie pathologique. — **Les corps étrangers traumatiques** siègent dans la majorité des cas au *genou*, ensuite au *coude*, sont *uniques*, *aplatis*, à contour ovalaire ou circulaire, de structure variable; tantôt ils présentent une *face cartilagineuse*, lisse, régulière; l'*autre osseuse*, hérissée d'aspérités; tantôt les deux faces sont cartilagineuses, englobant un noyau osseux; très rarement, il s'agit non de tissu *ostéo-fibreux*, mais de débris ligamentaires ou synoviaux.

Les corps étrangers pathologiques se rencontrent au niveau de n'importe quelle articulation, sont *multiples*; de structure infiniment variée : de la fausse membrane synoviale pelotonnée et fractionnée en grains rhiziformes à l'ostéophyte le mieux organisé.

L'ARTICULATION présente des lésions : primitives et intenses pour les corps étrangers pathologiques, secondaires et modérées pour les corps étrangers traumatiques récents : synoviale épaissie et congestionnée; épanchement séreux ou séro-hématique, atrophie musculaire.

Pathogénie. — **Les corps étrangers traumatiques** résultent : dans la règle, de l'arrachement de l'insertion osseuse d'un ligament latéral ou croisé; rarement de la production, par choc direct, d'un éclat détaché du bord antérieur d'un condyle. Isolés, ils sont voués à une décalcification lente et progressive; maintenus par un pédicule, ils sont susceptibles d'augmenter de volume.

Les corps étrangers pathologiques sont des ostéophytes développés, soit au pourtour du cartilage diarthrodial, soit à la surface même de ce cartilage; puis mis en liberté dans la cavité articulaire, par destruction de leur pédicule sous l'influence d'un travail pathologique ou d'une violence.

Pour Rokitansky et Kollikev, les corps étrangers sont constitués de cellules cartilagineuses normales ayant proliféré à l'occasion d'une irritation.

Pour Tourneux et Hermann, il s'agirait d'une évolution anormale des cellules synoviales qui ne sont elles-mêmes que des cellules cartilagineuses modifiées.

Évolution anatomique du corps étranger. — Pour certains auteurs il peut augmenter de volume ou rester stationnaire, étant nourri par imbibition dans le liquide synovial.

Pour d'autres, il subirait des phénomènes de nécrobiose et de résorption, mais ceux-ci sont très lents si bien que le corps étranger conserve longtemps ses caractères anatomiques.

Symptômes. — *Type : le corps étranger traumatique du genou.* — Sujet jeune et vigoureux.

Signes fonctionnels. — CRISES DOULOUREUSES intenses, brusques, très vives, siégeant dans le genou, sans irradiation typique, accompagnant un *bloquage de l'articulation*, instantané et absolu. Le mouvement de flexion ou d'extension commencé ne peut s'achever, mais doit être complètement recommencé.

Examen. — 1° Etude minutieuse des commémoratifs : traumatisme parfois important, plus souvent minime ou même inaperçu; brusque effort pour éviter une chute.

2° *Examen du genou.* — *a.* Epanchement plus ou moins important, hémathrose ou hydarthrose.

b. Recherche des points douloureux (interligne, insertion des ligaments).

c. Recherche du corps étranger : le plus souvent délicate en raison de son extrême mobilité (souris articulaire). Le malade connaît en général l'attitude à donner au genou et le refuge favori du corps étranger. Apprécier sa forme, son volume.

Évolution. — Certains corps étrangers logés dans un repli synovial lâche sont bien tolérés.

Le plus souvent apparaissent bientôt des signes d'*arthrite chronique*, hydarthrose plus ou moins abondante, douleurs sourdes continues, atrophie musculaire. Cette arthrite, en rapport avec l'ancienneté des lésions et la gravité du traumatisme initial, ne rétrocède qu'après ablation du corps étranger qui joue vis-à-vis d'elle le rôle d'une épine irritante.

Formes cliniques. — 1° **Formes frustes.** — Tableau d'arthrite chronique à répétition, hydarthrose rebelle, spontanée. Chercher patiemment le corps étranger, faire radiographier l'article; mais de nombreux corps étrangers, purement cartilagineux, ne sont pas décelés par les rayons.

2° **Corps étrangers pathologiques.** — N'ont pas la même individualité clinique que les corps étrangers traumatiques; ne constituent qu'un élément surajouté au syndrome d'arthrite sèche dont la gravité sollicite toute l'attention.

Diagnostic. — 1° **L'origine traumatique des accidents est évidente.** — Discuter les diverses lésions résiduelles des entorses du genou.

a. LES LÉSIONS DES MÉNISQUES. — Douleur précise au niveau de l'interligne; syndrome de blocage; pas de souris articulaire; rien à la radiographie (sauf pneumoséreuse; lésion en coup d'ongle).

b. LES LÉSIONS LIGAMENTAIRES. — En général, faciles à constater : mouvements de latéralité (ligaments latéraux); signe du tiroir (ligaments croisés).

c. LES ARTHRITES POSTTRAUMATIQUES TRAINANTES. — Liées seulement à la formation de dépôts fibrineux au niveau de la synoviale.

d. LES FRACTURES DE L'ÉPINE DU TIBIA. — Limitation de l'extension, radiographie.

2° **Pas de traumatisme initial.** — Discuter :

a. Les diverses arthrites chroniques du genou : arthrite sèche, tuberculeuse, spécifique.

b. Certaines affections rares : fibrome, lipome, maladie de Hoffa.

3° **Cas intermédiaires.** — On ne saurait trop insister sur l'importance et la fréquence des cas dont l'origine traumatique est douteuse, la symptomatologie fruste : gêne douloureuse dans les marches prolongées, hydarthrose à répétition, atrophie musculaire, affaiblissement progressif. Rechercher par des radiographies faites sous diverses incidences le corps étranger articulaire.

Certains auteurs pratiquent l'arthroscopie sous anesthésie locale après injection d'azote ou d'oxygène dans la cavité synoviale. Le corps étranger reconnu, discuter les quatre grandes causes de l'affection :

1° Fractures parcellaires;

2° Arthrite déformante produisant des ostéophytes (cinquantaine; douleurs chroniques, mouvements limités).

3° Ostéochondrite disséquante (point douloureux sur la face axiale du condyle interne en un point où la radiographie montre une niche osseuse).

4° Ostéochondromatose (capsule épaissie, douleur provoquée au niveau de l'interligne, peu de limitation des mouvements du genou, parfois légère crépitation).

Traitement. — 1° Corps étranger repéré avec précision, arthrotomie sur le corps étranger refoulé et fixé dans un cul-de-sac.

2° Dans les autres cas, arthrotomie exploratrice permettant un examen systématique et complet de l'articulation, et un traitement exactement adapté aux lésions ainsi découvertes.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 95. — SAMEDI 28 NOVEMBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 28 NOVEMBRE 1925. — N° 95.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9 fr. 50.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE.* . . . **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 23 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'épilepsie bravais-jacksonienne. — Signes et diagnostic de l'anévrisme artério-veineux. »

MM. Bossert (André), 25; Lapiné (Eugène), 19; Fenal (Bernard), 23; Vuillième (Jean), 25; Ravier (Jean), 20; Sébileau (Louis), 26; Hébert-Suffrin, 17; Merklen (Jules), 25; Paris (Pierre-Georges), 24; de Sèze (Stanislas), 25.

Séance du 25 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la maladie d'Addison. — Symptômes de la coxalgie. »

MM. Cazes (Emmanuel), 16; Ducas (Paul), 20; Lyonnet (Pierre), 27; Saint-Pierre (Louis), 26; Parent (Maurice), 10; Brongniart (Marcel), 17; Beaux (Maurice), 21; Môle (P.), 25; de Langenhagen et Mlle Sapaïonnou (Angèle), 22.

— Prix Civiale. — Jury : MM. Courtois-Suffit, Lion, Le Noir, Thiéry et Souligoux.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Lille. — Le concours pour une place de médecin adjoint des hôpitaux de Lille s'est terminé par la nomination de M. le docteur Gernez, ancien chef de clinique de la Faculté.

— Toulon. — A la suite du concours qui a eu lieu devant la Faculté de médecine de Montpellier, M. le docteur Gaston Laurès a été nommé médecin des hôpitaux de Toulon.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Bordeaux. — M. Moure, ancien professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie, est nommé professeur honoraire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Besançon. — Un concours s'ouvrira le 4 juin 1926, devant la Faculté de médecine de l'université de Nancy pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon.

GUERRE. — M. le médecin inspecteur Bassères, directeur du Service de santé de la 15e région, a été placé, à compter du 23 novembre 1925, dans la 2e section (réserve) du cadre du corps de santé militaire. (*J. O.*, 24 nov. 1925.)

— M. le médecin principal de 1re classe Lahoussois, du ministère de la Guerre, est nommé médecin chef de l'hôpital militaire Bégin, à Saint-Mandé; M. le médecin principal de 2e classe Epaulard, de Metz, est affecté au Maroc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — La séance annuelle de l'Académie aura lieu le mardi 8 décembre, à 15 heures. M. Achard prononcera l'éloge du professeur Raphaël Lépine.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU SYNDICAT DES MÉDECINS DE LA SEINE. — Le S. M. S. tiendra son assemblée générale le dimanche 29 novembre 1925, à 2 heures précises, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

Les membres du Syndicat sont particulièrement invités à se rendre à cette assemblée.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Concours d'internat a la Maison nationale maternelle de Saint-Maurice (Seine) [puériculture et maternité]. — *Conditions.* — Nul ne peut concourir pour l'emploi d'interne en médecine de la Maison nationale maternelle de Saint-Maurice qu'à condition d'être né ou naturalisé Français, d'avoir moins de trente ans et d'être pourvu de douze inscriptions. (Les docteurs en médecine ne pourront prendre part au concours.)

Les candidats devront adresser leur demande, avant le 10 décembre prochain, au secrétaire de la Maison nationale qui leur fera connaître la date et le lieu du concours.

A l'appui de leur demande ils devront produire : 1° leur acte de naissance; 2° leur livret militaire ; 3° un certificat de scolarité; 4° un certificat de bonne vie et mœurs.

Les épreuves du concours consistent :

1° En une composition écrite de deux heures sur un sujet d'obstétrique ou de pédiatrie. Il est attribué pour cette composition 30 points. Cette épreuve étant éliminatoire pour les candidats ayant obtenu moins de 15 points.

2° Une épreuve orale comportant deux examens cliniques : 1° examen d'une femme en état de gestation ou postpartum; 2° examen d'un nourrisson.

Pour chacune de ces épreuves, quinze minutes d'examen, quinze minutes de réflexion et dix minutes d'exposition. Il sera attribué pour l'épreuve orale une note globale de 40 points.

La durée de l'internat est de trois ans.

Les internes reçoivent une indemnité de : 2.730 francs pour la 1re année ; 2.930 francs pour la 2e année; 3.190 francs pour la 3e année.

Les internes reçoivent, en outre, la nourriture et le logement, chauffage et éclairage compris.

Ier CONGRÈS DE LA PRESSE MÉDICALE DES NATIONS LATINES. — Ce Congrès, organisé par l'Association de la Presse médicale française, avec le concours des associations de la Presse médicale belge, espagnole et italienne, se tiendra à Paris, en 1926.

Parmi les questions proposées, trois ont été retenues dès maintenant par les organisateurs. Ce sont les suivantes :

1° « Unification de la terminologie, du classement et de la bibliographie dans la littérature médicale. » Rapporteurs : MM. Mirande (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*); Tecon (*Revue suisse de médecine*), etc.

2° « La propriété littéraire et la Presse médicale. » Rapporteurs : MM. Gardette (*La Presse thermale et climatique*) ; Ribadeau-Dumas, avocat à la Cour d'appel de Paris, etc.

3° « Du rôle de la Presse médicale dans la préparation, l'organisation et les comptes rendus des congrès médicaux. » Rapporteurs : MM. Le Sourd (*Gazette des hôpitaux*); Beckers (*Bruxelles médical*); J. de Azevedo (*A. Medicina contemporanea*), etc.

Il va sans dire que la liste ci-dessus n'est nullement complète, et encore moins limitative, ni quant au choix des sujets traités, ni surtout quant à celui des rapporteurs.

Le programme définitif du Congrès devant être arrêté très prochainement, les organisateurs accueilleront avec intérêt les propositions et les suggestions que voudront bien leur adresser leurs confrères, directeurs ou rédacteurs de journaux médicaux des pays latins.

Pour tous renseignements, on est prié d'écrire à M. le docteur L.-M. Pierra, secrétaire général de l'Association de la Presse médicale française, 12, rue de Babylone, Paris (VIIe).

LA SITUATION DES MÉDECINS EN RUSSIE. — Tandis que la classe ouvrière et, à un degré plus avancé encore, les médecins et les savants souffrent énormément de la faim et subissent les pires privations, ceux qui de rien sont arrivés à occuper de hautes situations dans l'administration soviétique vivent très confortablement. (*Le Matin.*)

ASSOCIATION POUR LE DÉVELOPPEMENT DES RELATIONS MÉDICALES (A. D. R. M.). — M. Charles André, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine d'Assomption (Paraguay), fera le samedi 12 décembre, à 18 heures, salle Béclard, une conférence : « Trois ans au Paraguay ».

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Paul Heger, ancien président de l'Académie royale de Belgique, qui a succombé aux suites d'un accident. Le professeur Paul Heger fut un grand savant et un grand patriote.

INSTITUT DU RADIUM. (Fondation Curie.) — ENSEIGNEMENT DE LA RADIOLOGIE MÉDICALE. — Le docteur A. Béclère, médecin honoraire des hôpitaux, commencera le dimanche 29 novembre, à 10 heures du matin, au dispensaire de la Fondation Curie, 26, rue d'Ulm (Ve), et continuera les dimanches suivants, à la même heure, une série de quatre conférences sur la radiothérapie des fibromyomes utérins avec les rayons X ou les rayons du radium.

Dimanche 29 novembre : La radiothérapie en gynécologie, ses bases scientifiques.

Dimanche 6 décembre : Radiothérapie des myomes; résultats et mode d'action.

Dimanche 13 décembre : Techniques diverses de la radiothérapie des myomes.

Dimanche 20 décembre : Indications et contre-indications de la radiothérapie des myomes.

LEÇONS DE THÉRAPEUTIQUE DIGESTIVE. — Docteur Le Noir, hôpital Saint-Antoine, salle Aran, 10 h. 1/2.

Programme. — Lundi 30 novembre : Traitement de l'ulcère gastro-duodénal non compliqué.

Mardi 1er décembre : Traitement de l'ulcère gastro-duodénal compliqué.

Mercredi 2 décembre : Traitement des vomissements incoercibles et de l'aérophagie.

Jeudi 3 décembre : Physiothérapie des affections gastriques.

Vendredi 4 décembre : Tubage duodénal et ses applications thérapeutiques.

Samedi 5 décembre : Traitement de la dysenterie et des colites.

NOTES DE PRATIQUE

PRÉSCLÉROSE GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination est envisagé un état pathologique justiciable des médicaments utilisés contre l'artériosclérose. Chtchoukine n'a eu que des insuccès avec l'iode comme avec les iodures ainsi qu'avec la théobromine. Par contre, l'Adonis vernalis s'est montrée efficace ; il attribue cette supériorité de l'Adonis sur la théobromine à ce que celle-ci ne provoque qu'une dilatation des parois vasculaires, tandis que l'adonis exerce, en outre, une action stimulante de la circulation d'où rétablissement d'un équilibre suffisant.

En conséquence, prescrire l'Adonis sous forme de Diurène, deux à trois cuillerées à café en y ajoutant quelques gouttes de teinture de condurango à titre de tonique gastro-intestinal.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 30 NOVEMBRE AU 5 DÉCEMBRE 1925)

THÈSES

Lundi 30 novembre. — Jury : MM. Gosset, président; M. Labbé, Lardennois et Fiessinger. — M. PELLISSE (F.). De la biopsie dans les amputations. — M. SALATHI. Essai sur l'influence de l'alimentation sur les échanges respiratoires. — M. FRANTZ (André). Forme larvée de l'abcès du foie.

Mercredi 1er décembre. — Jury : MM. Achard, président; Bernard, Bezançon et Jeanselme. — M. D'AUXION (J.). Le mal de mer. — M. MATTEI. Traitement des ascites cirrhotiques. — M. DALSACE (R.). Le bactériophage de d'Hérelle. — M. MARCERON. Etude de la photo sensible par les solutions fluorescentes. — M. BOURDON. Intérêt de l'inoculation au cobaye pour diagnostic de la tuberculose.

Jeudi 3 décembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Claude, président; Jeanselme, Bezançon, Coquot, Moussu, Henry, Robin et Panisset. — M. MONNIER. Etude de la polyarthrite des poulains de lait. — M. COULON. Considérations sur le traitement de l'eczéma du chien. — M. SCHLOESSER. De la nymphomanie chez la jument.

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROME DE RAYNAUD

Par MM P. MEIGNANT et M. KAPLAN,
Internes des hôpitaux de Paris.

C'est en 1862, dans sa thèse, que Maurice Raynaud a décrit, sous le nom de *grangrène symétrique des extrémités*, une affection caractérisée par la survenue des crises de vasoconstriction prononcée des extrémités, crises entrecoupées de phases de rémission totale et n'aboutissant au sphacèle des extrémités atteintes qui si elles sont trop prolongées.

I. HISTORIQUE

Pour Raynaud, cette affection symétrique indépendante de toute altération vasculaire, constituait une entité nosologique, une maladie propre dont on a fait, à juste titre, la « maladie de Raynaud ». De nombreuses observations en furent après 1862 retrouvées ou colligées et des travaux d'ensemble furent publiés, notamment par Hochenegg (1885), Weiss (1893), Monro (1899). Partout l'étude clinique, anatomo-pathologique, étiologique et thérapeutique de l'affection fut poussée d'autant plus activement que la question semblait se compliquer davantage après la description de formes frustes et l'accumulation de documents anatomiques contradictoires. Depuis une vingtaine d'années, c'est sur l'étiologie et la pathogénie du syndrome qu'ont porté surtout les recherches et les discussions. Il nous est impossible de citer ici toutes les communications, les dernières toutes récentes, faites sur le sujet aux Sociétés médicales. Parmi les travaux d'ensemble rappelons seulement, en dehors des articles des traités classiques, une Revue générale de Sarvonat sur « l'Etiologie et la pathogénie de la maladie de Raynaud » dans la *Gazette des hôpitaux* du 8 juin 1907, un chapitre extrêmement documenté de Cassirer dans son volume *Die vasomotrischen und trophischen Nevrosen* (Berlin 1912), un travail de Giroux (1913) et la thèse de Kudelski (1923) sur les gangrènes symétriques syphilitiques.

II. ÉTIOLOGIE

Nous n'entreprendrons pas non plus de faire l'énumération complète des affections circulatoires, nerveuses centrales ou phériphériques, endocriniennes, des « névroses » qu'on a vu associées au syndrome de Raynaud. Signalons seulement ici le rôle étiologique possible d'*infections aiguës* et *surtout chroniques* (syphilis, tuberculose, paludisme), *d'intoxications* (plomb, ergot, oxyde de carbone), d'*affections cardio-vasculaires* (rétrécissement mitral, artériosclérose), ou *endocriniennes*. Nous retrouverons et essaierons de classer ces faits au chapitre pathogénique.

Retenons seulement que l'affection frappe :

a. *Surtout des sujets de dix-huit à trente ans.* — Bien qu'on ait signalé la maladie chez le nourrisson (Cassirer, Deck-Kolisch, Defrance) et chez le vieillard (soixante et soixante-dix-huit : Henry, Rénon et Follet, Grasset) ;

b. *Surtout des femmes.* — Monro donne une proportion de 62,6 p. 100 de femmes atteintes pour 37,4 p. 100 d'hommes ; d'une façon générale, on admet que le sexe féminin est frappé quatre fois sur cinq. Le rôle de l'*hérédité*, de la constitution névropathique est partout invoqué.

Les chagrins, les émotions et surtout le froid humide semblent être les causes adjuvantes les plus fréquentes.

III. SYMPTOMATOLOGIE

Quoi qu'il en soit l'affection est caractérisée :

A. *Par des crises paroxystiques* qui peuvent constituer toute la maladie (formes frustes) ou n'être que la première étape du syndrome complet;

B. *Par des accidents trophiques*, manifestations ultimes de l'affection telle que l'a décrite Raynaud.

Toutes les extrémités (doigts, orteils, nez, oreilles), peuvent être touchées. Le syndrome est surtout fréquent *aux doigts* et cette localisation nous servira de type de description.

A. **Phase des crises paroxystiques.** — Cliniquement, il existe deux formes de paroxysmes : 1° la *syncope locale*; 2° l'*asphyxie locale*. D'une façon générale, c'est en hiver qu'on les observe et leur distribution est bilatérale et symétrique.

1. **Syncope locale.** — C'est dans la règle la forme de début.

Sous une influence que nous préciserons, froid par exemple, un doigt (souvent l'annulaire) se décolore, devient jusqu'à la racine de la première phalanne *d'un blanc d'ivoire*. Il est raide, immobilisé ; les mouvements sont gênés et maladroits. Il n'y a d'ailleurs pas de paralysie vraie, pas plus qu'il n'y a de douleur vraie : le sujet perçoit son doigt comme un corps étranger et, subjectivement, les troubles reproduisent en somme le phénomène du doigt mort : mais ils peuvent frapper, successivement ou simultanément, un ou plusieurs doigts des deux mains. A l'examen, le doigt est froid, glacé, humecté de sueur; la sensibilité cutanée au contact et à la piqûre est diminuée ou abolie; le froid et la chaleur sont encore perçus; le volume total du doigt diminuerait.

L'accès dure de quelques minutes à une ou même plusieurs heures. Puis tout rentre dans l'ordre, le plus souvent cependant après une phase transitoire de rougeur, d'hyperthermie locale et surtout de paresthésie [picotements locaux, fourmillements, sensation d'onglée] (Raynaud).

La crise peut être unique. En général les mêmes causes la reproduiront identique à elle-même dans sa localisation initiale, mais souvent d'acuité et d'extension variables. La syncope peut ainsi s'étendre symétriquement à toute la main, à l'avant-bras.

2. **Asphyxie locale.** — Elle succède généralement à la syncope; dans certains cas, elle peut alterner ou coexister avec elle sur des doigts voisins ; plus rarement, elle survient d'emblée. Les doigts deviennent violacés, *cyaniques*, ardoisés, l'ongle seul restant quelquefois coloré. Même gêne des mouvements que dans la syncope ; mais les douleurs spontanées sont constantes et plus vives (élancements, brûlures), parfois irradiées au poignet ou à l'avant-bras ; les troubles objectifs de la sensibilité sont plus marqués (anesthésie complète). L'hypothermie locale est constante. Les phénomènes ont ici encore une extension variable : des marbrures violacées peuvent s'étendre sur l'avant-bras (Souques et Rathery). A la palpa-

tion, on perçoit un gonflement des parties atteintes; la pression provoque sur le fond cyanique une tache blanche longue à disparaître.

L'accès asphyxique est en général plus long que l'accès syncopal. Lorsqu'il s'atténue, la couleur violette des téguments devient par places rouge foncé; puis les taches rouges gagnent peu à peu du terrain et sont à leur tour chassées par des plages d'aspect normal. Ici encore existent alors des fourmillements, sensation d'onglée ou de piqûres d'ortie.

Tel est l'aspect général des crises paroxystiques. Les modifications contemporaines de la circulation locale seront étudiées plus loin. *Dans l'intervalle des accès*, les doigts ont un aspect, une température, une sensibilité absolument normaux. On peut voir chez le même malade la succession schématique de la syncope (*phase ischémique*), de la cyanose (*phase d'asphyxie*) et du retour à l'état normal (*phase de réchauffement*) (Claude et Tinel).

Les *crises se répètent*, plus ou moins espacées et pénibles : on en a compté 8, 10, 30 dans une même journée; elles sont ordinairement moins fréquentes.

La phase des paroxysmes peut durer indéfiniment, ou bien les crises s'espacent, disparaissent même, sous l'effet d'un traitement. Mais lorsqu'elles sont prolongées, intenses ou répétées, elles aboutissent à des troubles trophiques qui constituent à proprement parler « la gangrène des extrémités », telle que l'a décrite Raynaud.

B. **Phase des accidents trophiques.** — Les troubles trophiques sont précédés et annoncés par une aggravation et une répétition des crises asphyxiques réalisant un *véritable état de mal* (cyanose, douleurs, crises, anesthésie absolue, extension des marbrures sur la plus grande partie du membre). On en décrit trois types :

1° **Phlyctènes et ulcérations.** — L'extrémité des doigts devient noire; de petites phlyctènes apparaissent sur la phalangette, plus ou moins confluentes. Elles se rompent et laissent à leur place une ulcération superficielle à fond rouge se recouvrant à plusieurs reprises de croûtes qui tombent et se reforment. Finalement, il reste des cicatrices blanchâtres, fibreuses et déprimées, dures. Ces phénomènes se répètent et ainsi la phalange, puis *le doigt s'amincit*, *s'effile et se raccourcit*. Les ongles tombent.

2° **Parcheminement.** — Dans une deuxième forme, il n'y a pas d'ulcération. Mais la peau, au niveau des placards asphyxiques, se recouvre de pellicules dures et épaisses qui desquament. Elle devient parcheminée, chagrinée et desséchée. Les ongles s'altèrent (rainures transversales par inégalités de croissance) et tombent. La rétraction générale des tissus aboutit encore au doigt effilé et raccourci. Les articulations s'ankylosent et *la radiographie* montre de l'atrophie osseuse des dernières phalanges : Phleps, qui a bien étudié cette atrophie osseuse au point de vue radiologique, insiste sur le fait qu'elle est souvent précoce et susceptible de s'étendre jusqu'au squelette du poignet. Ce type de troubles trophiques est beaucoup plus proche de la *sclérodactylie* que de la gangrène.

Par opposition à ces deux *formes superficielles* semble rare la

3° **Gangrène vraie**, en réalité moins caractéristique. Comme toute *gangrène sèche*, c'est une momification d'une phalange avec formation d'un sillon d'élimination d'allure inflammatoire. La partie nécrosée tombe, laissant à nu des bourgeons charnus de cicatrisation. Les récidives sont fréquentes au niveau du moignon, et l'on a vu ainsi tomber non seulement les phalanges et les doigts successivement, mais les mains et, dans le cas classique de Variot, les quatre extrémités.

L'état général reste cependant bon, sauf s'il y a des crises douloureuses particulièrement intenses.

IV. FORMES CLINIQUES

Le syndrome de Raynaud varie beaucoup dans son évolution et son siège.

1. **Formes évolutives.** — On a isolé :

a. **Une forme aiguë**, qui évolue, d'après M. Raynaud, en *trois phases* : 1° d'invasion (crises de syncope et d'asphyxie), 2° de gangrène, 3° d'élimination. La première phase dure quelques semaines, la seconde une dizaine de jours, la dernière quatre ou cinq mois. Cette forme clinique est, dans la règle d'un bon pronostic car l'extension du processus est rapidement limitée.

b. **Une forme chronique**, beaucoup plus féquente : c'est la forme typique.

Les accès, selon leur fréquence, sont *intermittents*, *rémittents* ou *continus*. On peut voir des accès de syncope ou d'asphyxie subintrants pendant huit à dix jours. Quelquefois, les accès finissent par s'espacer et disparaître, comme s'il y avait *accoutumance*. Dans d'autres cas, ils persistent des années, subissant une exacerbation chaque hiver, une atténuation chaque été; ils peuvent troubler l'existence du malade par les douleurs atroces qui les accompagnent en l'absence même de gangrène. Les accès peuvent ainsi se reproduire pendant dix ans et plus, et la gangrène peut ne jamais se montrer. On pourrait ainsi décrire *des formes abortives*, *syncopales* ou *asphyxiques*.

Quand les *troubles trophiques* surviennent, et parfois inopinément alors que les crises semblaient s'espacer, on ne peut pas, comme dans les formes aiguës, prévoir jusqu'où iront les mutilations de la gangrène et de ses récidives.

2. **Formes topograghiques.** — Typiquement, l'affection frappe symétriquement les deux mains. On a cependant vu, surtout comme formes de début, *des crises à manifestations unilatérales* présentant tous les caractères, sauf la symétrie, des crises classiques (formes frustes).

Plus souvent les accès, plus ou moins précocement, débordent les doigts et les mains et frappent en même temps les *orteils*, le *nez*, les *oreilles* (hélix). Aux orteils, elles peuvent aboutir à la gangrène, comme aux doigts. Le fait semble rare pour le nez et les oreilles.

Exceptionnellement peuvent d'ailleurs être affectés le nez et les oreilles (Fox, Nott, Declaux, Ribadeau-Dumas, Sabrazès), le nez seul (Grasset, Balzer, Fouquet), l'oreille seule (Urbantschitsch, Hallopeau et Lesnier), voire la langue (Van Pouvell, Fournier et Sebareanu), le sein (Raynaud, Fox), les lèvres (Blumenthal, Monro), le menton, les joues, les paupières, le coude, les fesses, le pénis (Cassirer).

3. *La forme de l'enfant* a été décrite par de nom-

breux auteurs. Elle n'a rien de bien spécial; il y a souvent atténuation ou disparition spontanée des crises à la puberté. *Chez le nourrisson* cependant, l'évolution est souvent aiguë; il y a des signes généraux; d'ailleurs le début de la maladie passe souvent inaperçu, le stade de syncope locale en particulier. Au stade d'asphyxie, les douleurs, par les cris qu'elles provoquent, attirent l'attention. Notons qu'il s'agit souvent de nourrissons présentant des tares nerveuses se révélant en particulier par du spasme glottique.

4. Quant aux *formes associées à d'autres affections ou à des phénomènes généraux* nous les retrouverons à propos de la pathogénie.

V. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Raynaud, puis Vulpian, pour expliquer le syndrome que nous venons de décrire, invoquaient déjà des troubles d'ordre vaso-moteur. Les méthodes dont nous disposons aujourd'hui pour explorer la circulation sanguine dans les vaisseaux des membres montrent la réalité de ces troubles au moment des accès paroxystiques. C'est la capillaroscopie et la mesure de la tension artériolaire qui semblent, dans cet ordre d'idées, donner les renseignements les plus précis.

1. **Capillaires.** — *L'examen du repli sous-unguéal au microscope* (méthode de Lombard-Weiss) montre, *pendant la crise syncopale*, que certaines anses capillaires cessent d'être visibles, deviennent filiformes; seuls, leurs sommets contiennent encore quelques hématies; dans le champ du microscope, il y a réduction du nombre des anses capillaires visibles (Leriche et Policard). Le rétrécissement de l'anse prend parfois l'aspect en chapelet : série de bosselures irrégulières, séparées par des rétrécissements où le vaisseau devient invisible (Anny Halphert). De toutes façons, il y a ralentissement du courant sanguin à travers l'anse capillaire, stase relative avec réduction très poussée de l'oxyhémoglobine, d'où coloration violacée et, d'autre part, abaissement de la pression sanguine capillaire. La fin de la crise syncopale est marquée par une dilatation des anses, une accélération du cours du sang, une élévation moyenne de la pression sanguine capillaire (A.-C. Guillaume). On avait déjà remarqué, en étudiant *le phénomène dit de la tache blanche*, que la durée de celle-ci était, sinon augmentée pendant la crise syncopale (fait impossible à constater), du moins diminuée à la phase de réchauffement; or la rapidité de l'effacement de la tache est en raison directe de l'amplitude du pouls capillaire (Hallion et Laignel-Lavastine).

Les auteurs admettent unanimement que les *phénomènes qui se passent dans les capillaires pendant la crise syncopale sont la signature « d'un état de ralentissement du courant sanguin par vaso-constriction ou lésion oblitérante des vaisseaux »*; ceux qui marquent la fin de la crise caractérisent au contraire un état de vaso-dilatation.

2. **Artérioles.** — La *mesure de la tension artériolaire* au Gaertner montre que celle-ci tombe au moment de la crise, parfois jusqu'au zéro dans les doigts affectés, alors qu'avant et après les crises elle était et sera de dix à douze. *Les méthodes pléthysmographiques* (Verdeli) indiqueraient pendant la crise une ondée artériolaire peu pénétrante, c'est-à-dire un état de contraction des artérioles ; à la période de réchauffement il y aurait par contre une ondée pénétrant assez loin vers les capillaires, c'est-à-dire dilatation des artérioles. Les resultats sont d'ailleurs difficiles à lire et à apprécier en raison de « l'instabilité du tonus des vaisseaux »; d'une « torpeur du réflexe vasculaire » (Castellino et Cardi).

Les résultats semblent cependant assez concordants pour qu'on puisse admettre que *la crise syncopale répond à une vaso-constriction paroxystique des artérioles, suivite d'une vaso-dilatation réactionnelle.*

3. **Troncs artériels.** — La vaso-constriction paroxystique peut-elle gagner les gros troncs ? C'est ce qu'on peut chercher à établir par l'étude du pouls, de la pression artérielle et de l'indice oscillométrique au niveau de la radiale et de l'humérale.

a et *b*. D'une façon générale, pendant la crise, *le pouls et la pression pris sur les artères radiale et humérale* ne sont pas modifiés. Pourtant Grasset, Bernhardt, Claude et Tinel et d'autres auteurs signalent des cas où le pouls radial est devenu insensible à l'acmé de la crise. Heitz a observé un cas de crise unilatérale pendant laquelle la pression radiale, dans le membre atteint, était devenue inférieure de 1 à 2 centimètre de mercure à ce qu'elle était du côté sain : il y a donc indiscutablement des crises pendant lesquelles la pression tombe dans les gros troncs artériels de quelques centimètres de mercure.

c. *L'étude de l'indice oscillométrique* des grosses artères du membre apprend que, dans les accès d'intensité moyenne, l'indice reste à l'humérale égal à lui-même avant, pendant et après la syncope des extrémités; à la radiale par contre il est diminué comme en témoignent les chiffres comparatifs pris à droite et à gauche dans les paroxysmes unilatéraux : Heitz, par exemple, a noté dans deux cas du côté malade 3 et 4 divisions contre, respectivement, 6 et 10 du côté sain. Dans une observation très précise de Claude et Tinel, il n'y avait au début des crises aucune diminution de l'indice, plutôt même une légère augmentation; secondairement, l'indice baissait dans la radiale seule; puis cette chute, progressivement s'étendait vers la racine du membre, gagnant l'humérale ; à la phase de réchauffement, les oscillations étaient exagérées partout, mais plus à l'extrémité qu'à la racine.

Il y a donc, lors des crises syncopales, pour le moins une vaso-constriction artériolaire, d'où ischémie relative du territoire atteint avec toutes ses conséquences (pâleur, troubles sensitifs, hypothermie). Parfois, *la vaso-constriction semble se propager en onde ascendante sur les grosses artères* ; *le point de départ reste artériolaire* ; la propagation se fait plus ou moins loin selon l'intensité de la crise.

4. **Veinules et veines.** — Nous sommes très mal renseignés sur ce qui se passe dans les veinules au moment de la crise. Grace Briscoe, utilisant l'appareil de Hooker perfectionné, a signalé que, en même temps que la pression capillaire augmentait, la *pression veineuse* s'accroissait aussi et on admet généralement que, parallèlement au spasme artériolaire, existe un spasme veineux. Ce qu'on peut dire, c'est que *dans la crise syncopale* il n'y a pas de stase veineuse surajoutée. *Dans la crise asphyxique* au contraire, alors que les phénomènes quant au pouls, à la tension artérielle, à l'indice oscillométrique et à la tension artériolaire sont identiques à

ce qu'ils sont dans la syncope, la capillaroscopie montre, à côté du rétrécissement de la branche artérielle de l'anse capillaire, une dilatation de la branche veineuse ; il y a de plus, semble-t-il, exagération de la pression veineuse pendant la crise. Il y a donc, en plus de la vaso-constriction artériolaire, *stase veineuse*, peut-être parce que le spasme artériel persiste plus longtemps que le spasme veineux, laissant au sang noir la possibilité de refluer des veines dans les veinules et les capillaires veineux (Laignel-Lavastine).

Quoi qu'il en soit les recherches modernes mettent en évidence *l'existence, au moment des crises paroxystiques de la maladie de Raynaud, d'une vaso-constriction artérioso-veineuse, de topographie plus ou moins étendue* et parfois (dans les crises asphyxiques) décalée dans le temps sur les veines et les artères.

Deux ordres de faits confirment le rôle prédominant du spasme vaso-constrictif dans les paroxysmes du syndrome de Raynaud :

a. L'action des agents susceptibles d'influencer le système vasomoteur. — On sait l'action vaso-constrictive générale du *froid* : dans les crises spontanées, c'est le froid qui, dans l'immense majorité des cas, déclenche la vaso-constriction (crises plus fréquentes en hiver, crises survenant par contact un peu prolongé avec un objet froid, par immersion des mains dans l'eau froide). Expérimentalement, par le froid on peut en général reproduire l'accès à volonté. Inversement, *l'épreuve du bain chaud* prolongé a permis dans quelques cas de ramener à la normale l'indice oscillométrique et la pression artériolaire : Gaertner, chez un sujet, a ainsi porté celle-ci de 0 à 12 ; (cette épreuve est d'ailleurs pénible et, si le bain est trop chaud, surviennent des douleurs et des crampes vives). On arriverait aux mêmes conclusions par les *épreuves pharmaco-dynamiques* (action de l'adrénaline, de la belladone, des nitrites, de la pilocarpine).

b. La coexistence des crises de la maladie de Raynaud avec des paroxysmes vaso-constrictifs des artères rétiniennes a été souvent notée (Raynaud, Weiss, Marfan, Stephenson, Warren, Roques, Calmette, Mantle, Garrigues, Galezowsky, Panas). Dans le même ordre d'idées on peut faire état de la coexistence du syndrome de Raynaud avec la *migraine* (Blumenthal, Waldo), elle-même attribuée à une crise vaso-constrictive des artères cérébrales (Pasteur-Vallery-Radot), avec l'angine de poitrine attribuée dans certains cas à un spasme vaso-constricteur des coronaires (Bard) (1), avec des accès épileptiformes, de l'aphasie passagère avec ou sans perte de connaissance (Osler), mis sur le compte d'un spasme des artères encéphaliques (Weiss). Les crises du syndrome de Raynaud ne sont donc qu'une des manifestations d'une instabilité vasomotrice (Cassirer) à prédominance de vaso-constriction artérielle. Weiss, se basant sur des expériences de Gubler, a montré que le tonus veineux était aussi touché, du moins dans les cas d'asphyxie locale. Pelnar, Péhu et Brissaud, Hallion et Meige concluent à l'hyperexcitabilité mécanique des petites artères chez les sujets atteints de syndrome de Raynaud. La coexistence et l'alternance possible de cette affection avec l'érythromélalgie (crise de vasodilatation active) plaident encore dans le sens d'une perturbation fonctionnelle du sympathique vasomoteur dans les paroxysmes de la maladie de Raynaud. Que ceux-ci soient le fait de crises vaso-constrictives est donc actuellement un point acquis.

Deux difficultés cependant se présentent. D'une part, il semble aujourd'hui démontré que *la vaso-constriction à elle seule, même prolongée, ne peut aboutir à la gangrène* (Barié, Souques) ; d'autre part il reste à rechercher pourquoi, chez tels sujets et non chez d'autres, se déclanchent des crises vaso-constrictives dans les petits vaisseaux des extrémités. C'est ce que nous allons tâcher de préciser dans le chapitre suivant.

(1) Rappelons que M. Raynaud a observé la gangrène asphyxique des extrémités pour la première fois chez sa propre sœur et qu'il est mort d'angine de poitrine (Duroziez).

Dans son rapport au XVIIIe Congrès de médecine, Gallavardin vient d'insister à nouveau sur la parenté du syndrome de Raynaud et de l'angine de poitrine.

VI. ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

En présence d'un syndrome où les modifications circulatoires apparaissent au premier plan, il était naturel que les altérations vasculaires soient particulièrement recherchées et étudiées. Mais, nous le verrons, celles-ci ne sont pas constantes et ne peuvent à elles seules expliquer le syndrome de Raynaud.

A. **Facteurs vasculaires.** — *L'absence de lésions cardio-vasculaires* était, pour Raynaud, puis pour Vulpian, un des traits caractéristiques de la maladie. Après eux, cependant, de nombreux auteurs ont rapporté des observations où existaient, cliniquement ou anatomiquement, des affections circulatoires.

1. Endopériartérites. — Il s'agit surtout de lésions artérielles tendant à diminuer l'apport sanguin au niveau des extrémités.

Sans doute, dans la foule des publications, peu mentionnent des lésions des grosses artères des membres. L'*artériosclérose* généralisée a cependant été notée (Souques, Thiersch) ; mais il est rare, tous les auteurs insistent sur ce point, qu'on trouve des cas nets d'*endartérite* humérale, radiale (1) ou cubitale, tibiale (une observation de Paisseau et Lemaire, chez un paludéen). Les *thromboses*, signalées à l'origine de gangrènes des extrémités, notamment dans les maladies infectieuses, répondent à un type clinique qui doit être exclu du cadre de la maladie de Raynaud.

Les artériolites des petites artères des doigts et de la main (endartérites ou périartérites) sont par contre beaucoup moins rares (Dehio, Gangolphe, Goldschmidt, Gouget, Bret et Chalier, Lyle et Graine). Naturellement le grand facteur d'artérite, la *syphilis,* serait en cause le plus souvent. Dans une affection comme la maladie de Raynaud qui ne tue pas et qui ne force pas à l'amputation, les vérifications anatomiques sont forcément rares et il est probable que beaucoup de crises paroxystiques s'accompagnent de lésions artériolaires non directement vérifiables ; il en serait ainsi dans la plupart des cas de syndrome de Raynaud chez les syphilitiques (Giroux, Kudelsky). Quoi qu'il en soit, la notion de lésions prédominant sur les artérioles concorde bien avec

(1) Gilbert, Souques, Rathery ont cependant signalé des cas d'athérome prononcé de la radiale.

les faits physiopathologiques qui montrent que là se localise ou de là part la vaso-constriction. On peut même admettre que l'*artériolite est le facteur dominant de la gangrène*, qu'il n'y aura gangrène, chez un malade présentant des crises vaso-constrictives, que s'il y a artérite ou artériolite : hypothèse sans doute, mais vraisemblable et d'accord avec tout ce que nous savons de la pathologie vasculaire. Barié sépare ainsi nettement de la maladie de Raynaud deux formes cliniques : l'une où l'artériolite existe, peut aboutir à la gangrène ; dans l'autre, qui ne va que jusqu'à l'asphyxie, il n'y a pas de lésions artérielles constituées.

Il n'en reste pas moins que l'artériolite, quand elle existe, est un état permanent et que, pour expliquer l'allure paroxystique du syndrome de Raynaud, il faut quelque chose de plus. *Que les lésions artérielles puissent être le point de départ même du spasme* (par voie réflexe passant par les centres ou par intervention autonome des centres vaso-moteurs inclus dans les parois artérielles), le fait n'est pas douteux (Saint-Philippe, Verdale, Bouveret, Couchet) ; A. Thomas a étudié des faits semblables à propos de l'artérite des grosses artères des membres inférieurs et de la claudiration intermittente ; la pathologie digestive montre de même le spasme du pylore sous la dépendance d'un ulcère de la région pylorique. Mais il ne semble pas qu'on doive généraliser : beaucoup d'auteurs après Raynaud, insistent sur l'intégrité des vaisseaux, et si l'endopériartériolite semble constituer fréquemment l'épine irritative spasmophile, elle n'est pas constante ni même, lorsqu'elle existe, proportionnelle en intensité aux crises vaso-constrictives.

2. Lésions cardio-vasculaires autres que les endopériartérites. — Quelquefois, on peut invoquer l'action des *compressions ou écrasement artériels* (syndromes de Raynaud post-traumatiques) qui ne vont pas sans léser ou irriter le sympathique périartériel ; de la même façon peut agir une *côte cervicale* comprimant l'artère sous-clavière (Marie et Crouzon, Lannois et Porot). Ce sont là des faits rares.

On a invoqué le rôle de l'*hypoplasie congénitale* du système artériel ou *hyposphyxie constitutionnelle* (Martinet), c'est-à-dire le calibre trop étroit de tout le système artériel, la chlorose, l'anémie, états qui peuvent être prédisposants soit parce qu'ils diminuent l'apport sanguin, soit parce qu'ils sont générateurs de spasmophilie. On a signalé des cas, rares, d'*endophlébite* des petites veines digitales ; on a vu des syndromes de Raynaud coïncider avec des *états de compression veineuse*, notamment de la veine cave supérieure. Les auteurs lyonnais (Roques, Chalier) ont enfin insisté sur le rôle possible *des cardiopathies, du rétrécissement mitral notamment* (6 cas de Chalier) qui agirait à la fois par diminution de l'ondée sanguine et comme facteur de stase veineuse.

Il n'en reste pas moins des cas où tous ces facteurs manquent. Il n'en reste pas moins que l'allure paroxystique des troubles, leur symétrie, ne peut guère se concevoir sans l'intervention du système nerveux. *(A suivre.)*

La Myocardie. *Syndrome d'insuffisance cardiaque primitive,* par le docteur Jean Walser, ancien interne des hôpitaux de Paris. Un vol. in-8 de 160 pages, avec 16 figures dans le texte. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance du 16 novembre 1925)

Préparation de l'albumine du muscle ou myoalbumine par la méthode à l'acétone ; ses principales propriétés. — M. Maurice Piettre.

Sur le gastrococcus. — M. Constantin Gorini.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 24 novembre 1925)

La légende du vin. — M. Jean Lépine s'attaque à la légende du vin inoffensif.

Les nouveaux faits observés par M. Lépine attestent une recrudescence d'alcoolisme à type congestif due à l'abus du vin. Il a constaté de nombreux cas d'épilepsie développée tardivement par des influences à la fois digestive et circulatoire.

M. Lépine attire notamment l'attention sur les dangers de l'alcoolisme au point de vue de la sécurité en chemin de fer. Les examens d'entrée dans les compagnies deviennent inopérants à mesure que le personnel s'habitue à une consommation de vin insuffisante pour produire de grands accès alcooliques, mais nettement nocive pour le fonctionnement central.

M. Achard apporte des faits qui confirment les conclusions de M. Lépine sur l'aggravation de l'alcoolisme. Pour répondre à certains pays étrangers qui trouvent outrageant pour la France qu'elle ne soit pas encore arrivée à diminuer les accidents de l'alcoolisme, M. Achard montre par une statistique que la consommation de l'alcool, à l'Exposition des arts décoratifs, s'est accrue chaque mois dans des proportions énormes. Or, on sait que ce sont surtout les étrangers dont le nombre était dominant à l'Exposition.

Sur les ressources actuelles et possibles de la station de Bagnères-de-Luchon en eaux minérales radio-actives. — M. Lepape.

Prix Albert Ier de Monaco. — Sur le rapport de M. Carnot le prix Albert Ier de Monaco (100.000 fr.) a été décerné à M. le professeur Hédon (de Montpellier) et à M. Laguesse (de Lille) pour leurs travaux sur la sécrétion interne du pancréas.

Élections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la deuxième division (chirurgie). La liste de présentation portait : 1° en première ligne, MM. Rollet (de Lyon) et Jeanbrau (de Montpellier) ; 2° en seconde ligne *ex æquo*, MM. Abadie (d'Oran), Commandeur (de Lyon), Jeanne (de Rouen), Lafourcade (de Bayonne), Phocas (de Lille).

Au premier scrutin, le nombre des votants étant de 79, majorité 40, M. Rollet est élu par 59 suffrages. Au deuxième scrutin, nombre des votants 78, majorité 40, M. Jeanbrau est élu par 59 suffrages.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 20 novembre 1925)

Hernie diaphragmatique. — M. Grenet montre une femme de vingt-neuf ans qui présentait à la base pulmonaire gauche les signes d'un hydropneumothorax. A l'examen radioscopique il existait une contraction anormale des parois qui a permis de constater qu'il s'agissait d'une ectopie du gros intestin remontant jusqu'au-dessous de la clavicule. S'agit-il d'une hernie ou d'une éventration ? M. Grenet pense plus volontiers à une hernie sans toutefois conseiller l'intervention chirurgicale.

Lésion congénitale du cœur. — MM. Zadoc-Kahn et Cousin présentent le cœur d'un malade mort à trente et un

ans avec de la cyanose et de la tachyarythmie qui offre comme particularité une absence de cloison interauriculaire et au niveau de la cloison interventriculaire là où existe habituellement la communication interventriculaire un orifice communiquant avec un diverticule borgne. Il n'existe aucune lésion de l'artère pulmonaire.

Sur un cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique. — MM. P.-E. Weil et Stœffel rapportent un cas d'anémie pernicieuse cryptogénétique dans lequel quatre transfusions de sang avec le sang d'un pléthorique ont amené le nombre des globules rouges de 1 à 3 millions. A ce propos, les auteurs ont actuellement trois cas de guérison depuis trois ans sur seize cas, et dans 50 p. 100 des cas une amélioration des plus manifestes.

Nécrose hémorragique du foie. Accident terminal au cours d'une broncho-pneumonie tuberculeuse. — MM. A. Cain et Boltanski. L'hémorragie et la nécrose respectent seulement quelques îlots de parenchyme qui donnent au foie son aspect nodulaire. Cette hémorragie est la manifestation d'un processus terminal d'hypersensibilité d'ordre allergique.

Hérédité et maladie de Dupuytren. — M. Apert, à propos du rôle récemment mis en relief du saturnisme dans l'étiologie de la rétraction de l'aponévrose palmaire, montre qu'à côté des causes occasionnelles il faut faire une large place à une prédisposition transmissible par hérédité. Il rapporte l'histoire d'une famille indemne de saturnisme dans laquelle quatre générations furent successivement atteintes à des âges de plus en plus précoces : soixante-quinze ans, soixante-dix ans, soixante-cinq ans, quarante-neuf ans. Chez le sujet de quarante-neuf ans, la maladie a été enrayée dès son début par l'application locale d'émanation de radium.

L'évolution des endocardites. Les endocardites cicatricielles. — M. Maurice Renaud étudie les lésions scléreuses de l'endocarde de type cicatriciel dont il paraît possible d'établir la filiation avec des lésions aiguës. Il montre huit pièces où des scléroses plus ou moins étendues de l'endocarde valvulaire et pariétal existent indépendamment de toute lésion chronique d'athérome et d'artério-sclérose, laisse de côté le cas extrêmement fréquent de sclérose endocarditique associée à l'athérome.

Dans cette catégorie de faits rentrent d'abord les lésions valvulaires à lésions anciennes et complètement cicatrisées.

D'autres cas sont ceux de malades porteurs de thromboses énormes, anciennes, à caillot dur et sec, faisant corps avec des plaques scléreuses hyalines très localisées de l'endocarde, où toute la symptomatologie se réduisit à des embolies cérébrales. De tels cas se rattachent évidemment aux endocardites à lésions complexes et les relient aux cas suivants, où la sclérose cicatricielle est pure, et l'inflammation complètement éteinte. Ceux-ci montrent des lésions limitées à l'endocarde et sans thrombose. Ils ont été des trouvailles d'autopsie. On doit interpréter ces lésions scléreuses comme le reliquat d'une endocardite passée inaperçue.

Méningite cérébro-spinale à rechutes. Début sous forme d'une réaction méningée aseptique de longue durée. Des variations de la glycorachie. — M. Ch. Zœller rapporte l'observation d'un cas de méningite cérébro-spinale à rechutes de gravité croissante. La première atteinte fut une simple réaction méningée aseptique avec hyperalbuminose légère; la seconde fut du type des épanchements puriformes; la troisième fut une méningite vraie de type A qui ne céda qu'à des ponctions répétées, largement évacuatrices, de 100 à 200 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien.

Recherches physiologiques sur la résorption des huiles injectées sous la peau. — M. Léon Binet a constaté que les huiles disparaissent lentement sous la peau, sauf les huiles animales. Elles diffusent d'une façon considérable et autour de chaque gouttelette de graisse il existe une petite cuticule formée de tissus conjonctifs avec nombreux mononucléaires qui, à la faveur d'une lipase, digère l'huile.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 28 octobre 1925)

M. le Président annonce la mort de M. Cauchoix et adresse à sa famille les condoléances émues de la Société. Il lève la séance, pour quelques instants, en signe de deuil.

Brides du duodénum. — M. Moure apporte un nouveau fait de compression de la troisième portion du duodénum par bride gastro-duodénale se rapprochant des faits communiqués par M. Duval. Il s'agit d'une femme de vingt-huit ans présentant des signes d'ulcère duodénal, vomissements, douleur avec maximum au niveau d'un point au-dessus et à droite de l'ombilic, défense musculaire. L'examen radiobismuthé montre un estomac allongé, hypotonique, un duodénum allongé et présentant un ralentissement notable de l'évacuation. L'état s'aggravant, on fait la laparotomie; on trouve un appendice normal, une dilatation du duodénum avec une bride partant de la face antérieure de la troisième portion du duodénum et allant jusqu'au péritoine pariétal antérieur. Section de la bride. Guérison.

M. Moure préfère au titre de périduodénite choisi par M. Duval celui de bride duodénale.

Blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie. — M. Marion fait un rapport sur une observation adressée par M. Petit (de Niort).

Il s'agit d'une malade qui portait un fibrome volumineux inclus dans le ligament large droit et qui produisait des troubles de compression nécessitant l'extraction. Au cours de celle-ci l'uretère fut intéressé. On fit une suture urétérale. Pas de complications, guérison apparente. Mais il se fit une fistulisation, l'uretère se dilata et il est exceptionnel que la perméabilité rénale persiste quand il y a fistulisation de l'uretère. Souvent alors surviennent des accidents de pyonéphrose qui nécessitent la néphrectomie.

De ce fait, M. Marion rapproche celui d'une femme qui a été hystérectomisée par Pozzi il y a dix-neuf ans; l'uretère droit fut intéressé. Guérison apparente. Cette malade, dix-neuf ans après, souffrit du rein droit qui était gros et douloureux. L'uretère était dilaté. Des accidents de pyonéphrose survinrent, M. Marion pratiqua la néphrectomie. Guérison.

M. Moure, dans un cas de ce genre, remplaça un uretère dilaté par une artère, mais la dilatation persista.

M. Tuffier estime qu'on peut toujours commencer par lier l'uretère quitte à recourir à la néphrectomie si les accidents persistent.

M. Chiffoliau, dans un cas de section de l'uretère, a fait une suture bout à bout. Il y a eu après quelques troubles d'insuffisance rénale. Amélioration par le régime lacté. Chez une autre malade il a fait une suture de l'uretère. Le succès complet après ces tentatives est exceptionnel. Le plus souvent surviennent des accidents du côté du rein.

M. Gernez pense qu'il faut distinguer des cas où la section de l'uretère est verticale de ceux où elle est longitudinale.

M. Ombrédanne, chez un enfant de quatre ans atteint d'hydronéphrose congénitale, fit une anastomose de l'uretère au bassinet. Dans la suite, le bleu de méthylène passa. Mais bientôt rien ne passa plus et il ne restait plus que la ressource de la néphrectomie.

M. J.-L. Faure, dans un cas de blessure de l'uretère au cours d'une ablation de fibrome, a fait une urétéro-néo-cystostomie qui a donné un bon résultat. Mais, en général, ces tentatives de réparation donnent des résultats bien médiocres; ce sont, en outre, des interventions d'une certaine gravité, autrement plus graves qu'une néphrectomie. Aussi, depuis quelques années, M. J.-L. Faure pratique d'emblée cette intervention dans ces cas de blessure des uretères.

M. Lecène, dans un cas de lésion urétérale, a tenté une suture. Il y a eu infection, pyonéphrose, et il a fallu recourir secondairement à la néphrectomie.

M. Lapointe a pratiqué chez une femme, il y a un an, une large ablation du rectum pour cancer. Il se fit un foyer de nécrose qui entraîna une fistulisation des deux uretères.

M. Lapointe a pratiqué, récemment, chez cette malade une

double urétéro-néo-cystostomie, opération qui a été très difficile. L'opérateur a eu beaucoup de peine à libérer les uretères et il n'a pu les implanter que fixés sur une sonde. M. Lapointe semble douter du résultat qu'il fera connaître.

M. MARION a perdu trois malades de pyonéphrose à la suite de réimplantation des uretères. Aussi se rattache-t-il complètement à l'avis exprimé par M. J.-L. Faure et s'en tiendra-t-il à l'avenir à la néphrectomie après s'être assuré que l'autre rein est sain.

M. MICHON se trouve absolument d'accord avec MM. J.-L. Faure et Marion.

Diverticule du duodénum. — M. ROUX-BERGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Perard (de Casablanca). Il s'agit d'un diverticule du duodénum. Ablation par excision et gastro-entérostomie de sûreté. Mort par péritonite.

M. LECÈNE, dans un cas semblable, s'est contenté d'une simple excision.

Fracture de Dupuytren. — M. GRÉGOIRE fait un rapport sur une observation de M. Leclerc (de Dijon) qui, dans un cas de fracture de Dupuytren avec fragment marginal postérieur, pratiqua une suture de la malléole interne. Bon résultat.

La meilleure voie d'accès dans le médiastin antérieur. — M. GRÉGOIRE revient sur cette question, soulevée le 3 juin dernier par MM. Cunéo, Tuffier et Sébileau qui proposaient la voie sternale. M. Grégoire s'est servi de cette voie pour enlever un kyste dermoïde du médiastin. Il fait observer que, dans ces cas, les renseignements fournis par la radiographie sont précieux.

Résultat éloigné de l'ablation complète d'une lèvre inférieure. — M. MOURE présente un malade chez lequel il a obtenu un très beau résultat, en suivant la technique de Morestin.

(SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1925)

Diverticule du duodénum. — M. LECÈNE complète l'observation dont il a parlé dans la dernière séance : diverticule siégeant sur la deuxième portion du duodénum, diagnostiqué à l'aide de la radiographie; opération le 7 juillet 1921, laparotomie, ablation facile du diverticule, pas de gastro-entérostomie, la circulation se faisant normalement dans le duodénum, suture en deux plans.

L'examen bactériologique du diverticule n'y révéla aucune lésion. Aussi M. Lecène doutait-il très fort d'obtenir un bon résultat au point de vue des troubles gastro-intestinaux que présentait cette malade. Elle fut cependant améliorée. Trois ans après, elle ne souffrait plus. Puis elle fut atteinte d'un épithélioma du col qui obligea M. Lecène à lui pratiquer une hystérectomie. Elle va bien maintenant.

Pyonéphrose, accidents urémiques, traitement par l'autovaccinothérapie. — M. MICHON analyse une observation de M. Aumont (de Versailles). Il s'agit d'un homme âgé présentant un syndrome gastro-intestinal se compliquant bientôt de troubles rénaux, de fièvre, d'accidents urémiques, d'oligurie, hoquet; d'un état général grave contre-indiquant toute intervention chirurgicale. La constante d'Ambard est inférieure à la normale. M. Aumont eut recours à l'autovaccinothérapie. Dès les premières injections, apparut une polyurie s'accompagnant d'une amélioration de l'état général et d'une guérison assez rapide. Ces accidents de pyonéphrose avec menaces d'urémie au cours d'infections gastro-intestinales sont assez fréquents. Quand apparaît la fièvre, dans les cas aigus, l'autovaccinothérapie semble une ressource précieuse. Le cas de M. Aumont en est un nouvel exemple.

Des rapports possibles des vomissements incoercibles de la grossesse avec une crise d'appendicite méconnue. — M. MOURE fait un rapport sur un travail de M. Caplesco relatif à plusieurs faits dans lesquels on a pu diagnostiquer une appendicite aiguë, enlever l'appendice et voir disparaître les vomissements attribués à la grossesse.

Rachi-anesthésie. — M. JONNESCO (de Bucarest) fait une communication sur la rachi-anesthésie avec le mélange stovaïne-caféine qu'il a déjà vanté dans de précédentes communications, On a critiqué l'emploi de la caféine. M. Jonnesco vient affirmer de nouveau qu'il n'a jamais eu d'accidents attribuables à la caféine aux doses de 20, 30 et même 50 centigrammes. La caféine n'est donc pas dangereuse. L'expérience de M. Jonnesco portant sur des milliers d'observations, les bons résultats qu'il a obtenus sont évidemment appréciables.

Hernie obturatrice étranglée. — M. GAUTHIER (de Luxeuil) rappelle avoir déjà apporté un cas de hernie obturatrice sur lequel M. Fredet a fait un rapport. Il apporte un nouveau cas qu'il a observé chez une femme âgée de soixante-quatorze ans. Il n'a pu intervenir qu'après quatre jours d'étranglement, la malade ayant des vomissements fécaloïdes. Laparotomie médiane, résection de la portion herniée, anastomose. Mort d'urémie.

Suture de deux tendons fléchisseurs des doigts. — M. CUNÉO et M. TAILHEFER présentent un jeune homme qui eut deux tendons fléchisseurs coupés par suite de la blessure de la face palmaire de la main. Avec beaucoup de soins, beaucoup de précautions, une rigoureuse asepsie, l'emploi de fils et d'aiguilles bien appropriés, M. Cunéo est arrivé à suturer l'un à l'autre les deux bouts de ces tendons et a obtenu un résultat anatomique et fonctionnel absolument parfait (1). M. Cunéo a décrit, en détails, sa technique.

Abcès cérébral, trépanation, guérison. — M. SÉBILEAU fait un rapport sur une observation de M. Petit (de Niort).

Bec-de-lièvre. — M. VEAU présente un garçon de deux ans qui était né avec une gueule de loup. A quatorze mois, dans un premier temps, il lui ferma sa voûte palatine. Un peu plus tard, il lui ferma son voile du palais. Le résultat anatomique et fonctionnel est admirable.

M. SÉBILEAU se fait l'interprète de ses collègues en félicitant très chaudement M. Veau.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(SÉANCE DU 24 OCTOBRE 1925)

Action expérimentale de la toxine phallinique sur les centres nerveux. — M. R. DUJARRIC DE LA RIVIÈRE rappelle ses travaux sur la préparation en partant de champignons vénéneux d'une toxine phallinique à toxicité fixée et sur l'action élective de cette toxine sur les centres nerveux. L'auteur montre que les centres nerveux des animaux ayant succombé à la toxine ont eux-mêmes un pouvoir toxique. La matière cérébrale fraîche possède sur la toxine un pouvoir fixateur qui n'est que partiel. Les moelles, desséchées comme les moelles rabiques, baissent de virulence et se conservent fort longtemps (l'auteur en conserve depuis plus de deux ans). Cette atténuation soulève la question de l'utilisation (que l'auteur croit possible et sur laquelle il poursuit des travaux) des centres nerveux et des moelles à virulence diminuée, soit pour le traitement des malades tout au début d'une intoxication fongosique, soit pour l'immunisation des chevaux fournisseurs de sérum antiphallinique.

Les variations des lipoïdes du sang au cours du cancer expérimental. — MM. REMOND, SENDRAIL et LASSALLE, poursuivant leurs recherches sur les altérations les plus précoces du milieu humoral liées au développement du cancer de goudron, constatent qu'un trouble profond du métabolisme lipoïdique accompagne de façon constante l'apparition des premiers caractères histologiques de malignité : abaissement du taux des lipoïdes phosphorés et cholestériniques, élévation

(1) Le résultat que nous a montré M. Cunéo est vraiment admirable. Il nous rappelle le fait suivant : Vers 1845, le docteur B... se coupa plusieurs tendons fléchisseurs des doigts en passant sa main à travers un carreau dans l'obscurité. Jules Guérin, qui venait d'inventer sa méthode sous cutanée, fut aussitôt appelé et, séance tenante, sutura ces tendons. La guérison a été immédiate et parfaite et M. le docteur B... a pu continuer à jouer du violon. — (*N. du Réd.*)

parfois considérable du taux des acides gras. Le cancer de goudron doit être considéré, semble-t-il, moins comme un cancer d'irritation que comme l'expression tissulaire d'une atteinte générale de l'organisme.

A propos de la teneur en oxygène de la méthémoglobine. — MM. Balthazard et Philippe présentent un appareil qui leur a permis de vérifier les faits observés par Nicloux et Roche et d'établir avec certitude que la méthémoglobine contenait moitié moins d'oxygène que l'oxyhémoglobine. Les auteurs insistent sur la sensibilité extrême de la méthomoglobine aux réducteurs, sensibilité qui explique l'absence de méthémoglobine chez le cadavre et l'absence de méthémoglobine dans les tissus des sujets soumis à un traitement méthémoglobinisant (phénacétine, acétanilide); la méthémoglobine disparaît du sang et est réoxydée, sans qu'il y ait — à moins d'hémolyse — déperdition d'hémoglobine.

Discussion. — M. Nicloux a confirmé ces résultats dans de nouvelles expériences d'oxygénation *in vitro* d'hémoglobine à l'état d'oxygène de méthémoglobine.

Accoutumance de l'intestin isolé à l'adrénaline. — MM. Gautrelet et Bargy montrent que si le système cardio-vasculaire ne présente pas d'accoutumance à l'adrénaline, vis-à-vis duquel celle-ci agit comme hormone, par contre l'intestin isolé dans la solution de tyrode présente rapidement (en l'espace de trente minutes) une accoutumance à l'adrénaline.

Action des rayons ultraviolets sur le tissu lymphoïde. — M. Jolly a démontré l'existence d'une action directe des rayons ultraviolets, non plus sur des organismes unicellulaires mais sur des organes lymphoïdes. Ayant irradié pendant trente minutes des organes lymphoïdes sous-cutanés du lapin (thymus, ganglion poplité) exposés directement au rayonnement après ablation de la peau sus-jacente, l'auteur a constaté l'existence de lésions électives sur les cellules nobles (thymocytes, follicules) identiques à celles qui produisent les rayons X et après un temps de latence égal à celui des rayons X. Mais les lésions sont plus diffuses et moins profondes.

Sédimentation des hématies. — MM. Roger et Binet recueillent 15 à 40 centimètres cubes de sang artériel ou veineux dans une solution citratée, complètent 150 centimètres cubes et étudient la sédimentation. Ils démontrent que la sédimentation plus intense obtenue dans le sang artériel s'explique non pas par une action spéciale du poumon, mais dépend de la teneur en oxygène. Il est possible, en modifiant celle-ci par l'hyperpnée ou l'asphyxie d'accélérer ou de ralentir la sédimentation. Il s'agit là d'un phénomène important dont il faut tenir compte dans les appréciations cliniques des phénomènes de sédimentation.

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1925)

Atropine. Sécrétion thyroïdienne et choc peptonique. — MM. L. Garrelon et D. Santenoise montrent que l'atropine n'est efficace contre le choc peptonique si un intervalle suffisant sépare l'injection de peptone de l'injection d'atropine.

Rapprochant ce fait des constatations du même ordre sur l'intervalle nécessaire après section haute du vague ou section des filets vagaux innervant l'appareil thyroïdien, pour que l'injection de peptone ne produise pas de choc, les auteurs pensent que dans son action protégeante contre le choc l'atropine agit surtout en arrêtant la mise en circulation par l'appareil thyroïdien d'une hormone sensibilisante.

Ainsi peut-on expliquer les divergences d'opinion des divers auteurs sur l'action anti-choc de l'atropine, suivant la durée de l'intervalle, séparant l'injection déchaînante de l'injection d'alcaloïde.

Inversion sexuelle du plumage observée chez nos sujets lors de la mue et notion de seuil hormonique. — MM. Pézard, Sand et Caridriot. Les modifications sexuelles secondaires les plus considérables s'expliquent assez bien par la notion de variation portant sur les masses ovariennes pour que l'on n'ait nullement besoin de parler de constitutions anatomiques aberrantes, et confirment pleinement la notion du seuil hormonique que nous avons déjà exposée maintes fois.

Modifications chimiques subies par l'huile injectée dans le tissu sous-cutané. — MM. Léon Binet et P. Fleury, par l'étude des indices d'acidité, d'iode et de saponification des huiles injectées sous la peau comparativement à ceux des huiles primitives et de la graisse des animaux en expérience, montrent l'existence d'une véritable digestion « in situ » de l'huile injectée. Cette digestion locale est l'œuvre des leucocytes qui affluent autour des gouttelettes huileuses et qui constituent pour elles une véritable paroi kystique.

M. Mestrezat. Les auteurs ont-ils fait des examens histologiques?

M. Léon Binet. Avec M. Verne, nous en avons fait de nombreux. Ils nous ont montré que l'huile injectée provoque autour d'elle une réaction, aboutissant à la formation d'une cuticule où abondent les leucocytes, mono et surtout polynucléaires. Ces leucocytes renferment l'huile, mais sous une forme spéciale. En effet ; 1° si on a injecté de l'huile colorée avec Soudan, l'huile contenue dans les leucocytes n'est pas colorée en rouge ; 2° après fixation par acide osmique, ils se colorent en noir, mais moins foncé que d'habitude.

M. Mestrezat. M. Policard avait vu des cas de ce genre et a insisté, lui aussi, sur les caractères particuliers des polynucléaires en cause.

Nouvelles observations en lumière de Wood. — M. J. Turchini rappelle les services que peuvent rendre les examens anatomiques et histologiques en lumière de Wood, examens pratiqués tout d'abord à Montpellier et qui se sont très rapidement généralisés depuis. Il donne toute une série d'exemples zoologiques nouveaux.

Ulcérations tégumentaires de Squilla mantis et leur fluorescence en lumière de Wood. — MM. Duboscq et Turchini indiquent les applications que peut recevoir la lumière de Wood à la recherche de certaines lésions parasitaires et donnent comme exemple les ulcérations tégumentaires d'un crustacé Squilla mantis décelées par ce procédé et l'observation des teignes.

Développement de l'émail dans la dent adulte. — M. Ed. Retterer. Les incisives de l'écureuil ont une couche d'émail, sur leur face antérieure ou connexe. Ces incisives s'usent par le bout libre et la partie enchâssée repousse et restaure la portion libre (usée). La partie enchâssée est entourée d'une couche de ciment (*cortical osseux*) qui sépare complètement l'émail d'avec l'organe persistant dit de l'émail, lequel, par conséquent ne saurait fournir des éléments de régénération à l'émail. Celui-ci se produit, sous la gencive, aux dépens de la couche superficielle de la dentine. Donc, ici comme dans les dents embryonnaires, l'émail est le dernier stade évolutif de la dentine, soumise au facteur mécanique.

Sur l'existence de substances hémopoiétiques dans le sang et le sérum des pléthoriques. — MM. P. Emile-Weil et Stieffel ont constaté dans le sang des pléthoriques des substances capables de déterminer chez l'homme ou l'animal des poussées importantes d'hématopoièse et pensent que ces substances peuvent jouer un rôle dans la réalisation de la pléthore.

Six transfusions de sang d'une pléthorique polyglobulique ont pu faire remonter à 3.500.000 le sang d'une anémie pernicieuse que quatre transfusions de sang humain normal n'avait pas modifié et laissaient aux environs de 1 million.

L'injection sous-cutanée de 10 centimètres cubes de sérum de pléthoriques (treize expériences faites avec le sérum de trois pléthoriques différents) donne une polyglobulie constante au lapin de 1 million à 1.500.000. Cette polyglobulie se réalise au troisième jour de l'injection et dure de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Le sang d'autres polyglobulies (cyanose congénitale, emphysème pulmonaire) s'est montré inefficace dans plusieurs cas.

L'injection de sang ou de sérum des polyglobuliques constitue donc une méthode d'étude de ces affections.

M. P. Carnot. Au moment où j'étudiais les phénomènes de réparation sanguine chez les animaux saignés, avec Mlle Desflandres, j'avais vainement essayé les injections, à des anémiques, de sang d'érythrémie. La notion exposée par M. P. E.-Weill nous donne la clef de ces insuccès.

Etude sur le bactériophage en sacs de collodion. — MM. Chr. Zœller et Manoussakis étudient le bactériophage en sacs de collodion placés dans le péritoine de cobayes ou de lapins. Ils ont observé que le bactériophage donné *per os* se retrouve dans le sac de collodion quel que soit le germe inclus dans le sac. La seule présence du sac dans le péritoine n'a pas fait apparaître de bactériophage. Un bactériophage empêchant *in vitro* pour le bacille de Shiga n'est plus empêchant lorsqu'on le place dans le sac intra-péritonéal. Le bacille devient au contraire résistant. Des lapins porteurs de sacs auxquels on a donné du bactériophage par ingestion ont après un mois perdu ce brctériophage. Le bacille de Shiga contenu dans le sac a gardé sa vitalité.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925 (1)

82. Leygues. — De l'écoulement spontané ou postopératoire du liquide céphalo-rachidien par l'oreille.
106. Lucas. — L'acide cyanhydrique. Son rôle dans la dératisation et la désinsectisation des navires.
73. Mac. — Contribution à l'étude des fractures de la diaphyse humérale.
115. Mainguy. — Du décollement pleuro-pariétal dans le traitement chirurgical des suppurations pulmonaires non bacillaires.
43. Malval. — Etude sur les fémurs en fourche.
15. Marneffe. — La fluorescence est-elle microbicide?
97. Marty. — Des paralysies du plexus brachial par fracture de la clavicule.
88. Massé. — Recherches sur le rétablissement de la circulation collatérale après ligature de l'artère axillaire.
62. Massière (Mme), née Quiquandon. — Contribution à l'étude de la tuberculose infantile.
85. Matharan. — Péritonites tuberculeuses et héliothérapie.
23. Mazurier. — De la dilatation aiguë de l'estomac chez les nouvelles accouchées.
100. Médeiros (de). — Lithiase salivaire et radiographie.
61. Mendy. — L'analgésie obstétricale par le trichlorobutylalcool diallylmalonylurate d'héthylomorphine ou hémypnal.
95. Mengaud. — Hôpital suburbain des enfants : Le Bouscat-Bordeaux. Ses services et son organisation.
40. Meusnier. — Relation d'une épidémie à bord du trois-mâts « Général de Négrier ».
65. Michon. — Contribution à l'étude du traitement du cancer par le sélénium.
56. Montagné. — Les accolements secondaires du méso-côlon transverse et de la partie initiale du jéjunum. L'angle duodéno-jéjunal est un angle jéjuno-jéjunal.
5. Montestruc. — La thrombo-phlébite utéro-pelvienne dans l'infection puerpérale.
42. Muraine. — Traitement actuel des fractures du maxillaire inférieur.
34. Nas de Tourris (de). — Considérations médico-légales sur les perforations gangréneuses de l'utérus de siège anormal dans l'avortement criminel.
8. Négrié. — Considérations sur quelques cas de méningites otogènes à forme prolongée.
121. Orgogozo. — De l'amygdalectomie. Bases anatomopathologiques. Indications et technique opératoires.
33. Palmas (de). — L'impuissance génitale émotive.
81. Papillon. — De la butelline. Sa valeur clinique. Ses indications en ophtalmologie.
64. Penne-Bédat. — Des lésions de la face antérieure de la vessie au cours de l'accouchement dystocique et en particulier de l'application du forceps.
94. Périé. — Contribution à l'étude du traitement chirurgical des ménisques articulaires du genou.
120. Philaire. — Contribution à l'étude de la main bote congénitale.
52. Pons. — Contribution à l'étude des tumeurs bénignes de la base de la langue et du pharynx inférieur.
103. Pradès. — Ligature préventive des deux artères hypogastriques dans l'hystérectomie abdominale totale.
90. Pruilh. — De la laryngite spasmodique postgrippale. Ses causes. Son traitement.
25. Przyiemski. — L'interprétation médico-légale des fractures du crâne chez le nouveau-né.
4. Queinnec — Considérations sur l'opération césarienne à la clinique d'accouchements de Bordeaux.
29. Quéré. — Contribution à l'étude de la ponction lombaire dans le diagnostic et le traitement des traumatismes craniens.
104. Ribon. — Contribution à l'étude des anomalies de la dilatation au cours de l'accouchement.
116. Riorteau. — Recherches sur les modifications de l'azotémie liées au travail de l'accouchement.
36. Robert (Géraud). — De l'insuffisance respiratoire sans lésion pulmonaire.
39. Robert (Philippe). — Etude critique de quelques méthodes de dosage des phosphates dans les liquides de l'organisme.
99. Rouchon. — Contribution à l'étude de la main bote paralytique.
109. Rougier. — La question des vitamines et des maladies par carence. Contribution à l'étude des vitamines du vin.
20. Saint-Val. — Contribution à l'étude de la valeur antiseptique du vinaigre.
113. Saleüm. — Les suites éloignées des fractures du rachis.
54. Sanner. — Evolution des idées médicales concernant les corps granuleux et exposé des conceptions actuelles.
50. Sanson. — Considérations sur la réforme du système pénitentiaire au point de vue criminologique.
79. Siméon (Jacques). — Contribution à l'étude des tumeurs malignes primitives de l'ethmoïde.
49. Siméon (Pierre). — Le vertige dans les maladies du cervelet, de la protubérance et du bulbe.
27. Simon. — Tuberculoses ouvertes et tuberculoses fermées.
14. Thé. — Traitement du rhumatisme chronique à Préchacq-les-Bains.
19. Touchais. — La désinfection des livres souillés par les bacilles tuberculeux. Etudes expérimentales.
30. Varneau. — Contribution à l'étude des paralysies laryngées associées.

Doctorat d'Université. (*Mention médecine.*) — 162. Lederman (Mlle). — Etude statistique et thérapeutique des avortements observés dans le service de Canolle (maternité de Bordeaux), 1921 à 1924.
155. Manoïlovitch. — Contribution à l'étude du métabolisme basal. Considérations sur sa mesure en clinique.
154. Martinovitch. — Contribution à l'étude du cancer de la langue.
160. Milovanovitch. — Contribution à l'étude de l'évolution des formes douloureuses des blessures du médian.
161. Pardo. — Contribution à l'étude du sarcome costal.
156. Suen Yu Pin. — Le vertige. Symptôme des affections de l'appareil cardio-vasculaire.
157. Tsai Hong. — La rupture de la grossesse tubaire dans le ligament large.
158. Wang Tsu Teh. — De l'extraction de la cataracte chez les glaucomateux.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 85, p. 1386.

L'Art de vivre, par le docteur Toulouse. Nouvelle édition remaniée et sensiblement augmentée. Un volume in-8. — Prix : 8 fr. 50. — Paris, Fasquelle.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

L'Anatomie en poche, par VICTOR PAUCHET et S. DUPRET. Un volume (11 × 18) contenant 297 planches en noir et en couleurs. Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Syndromes neuro-anémiques, par le docteur Pierre MATHIEU. Un vol. in-8 de 172 pages, avec 20 figures et 1 planche. Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

La Médecine de demain, science de la vie, par le docteur E. LAPLANCHE. Un volume in-16 de 160 pages. Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*
Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Fête en l'honneur de M. Auguste Pettit. — Dimanche matin, à la Société de biologie, sous la présidence du professeur Ch. Richet, fête tout intime pour célébrer la récente élection de M. Auguste Pettit à l'Académie de médecine. Successivement, prennent la parole MM. Louis Martin, au nom de cette grande famille qu'est l'Institut Pasteur; Raymond Bouceau, au nom des amis personnels; Noël Fiessinger, au nom des élèves, à la reconnaissance malicieuse; Ch. Richet, au nom de la Société de biologie dont M. Auguste Pettit est, depuis si longtemps l'animateur. Tous les orateurs associent à cette fête sa vénérable mère et sa charmante sœur; son chien fidèle est même de l'un d'eux, l'objet d'une flatteuse « citation ». Très ému, le héros de la cérémonie répond en quelques mots. Il évoque les heures heureuses passées à ce Muséum, à l'Hôtel-Dieu, à la Terrasse, à Pasteur. De tous ces endroits où il a laissé un peu de lui-même, ne pourrait-il dire, avec ce grand orateur : « C'est là qu'homme solitaire, « inconnu des grands, éloigné des partis, étranger aux tra- « vaux où se presse la foule et se nouent les relations, j'ai « rencontré les âmes qui m'ont aimé? » L. Babonneix.

Hôpitaux de Paris. — Concours de l'internat. — Séance du 28 novembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des oreillons. — Symptômes et complications des ulcères duodéno-pyloriques. »

M. Berton (René), 20; Mlle Bardy (Jeanne), 23; MM. Duncombe (Charles), 24; Louvel (Jacques), 22; Coudrain (André) et Luzuy (Maurice), 27; Méry (Jean), 24; Tariel (Henri), 27; Garnier (Pierre), 23; Mlle Sazérac de Forges, 24.

— Prix Civiale. — Le jury est provisoirement composé de MM. Courtois-Suffit, Thiéry, qui acceptent; Le Noir, Lion, Souligoux, qui n'ont pas encore fait connaître leur acceptation.

Concours d'agrégation. — Examen préparatoire a l'agrégation des facultés de médecine. — Liste des candidats de Paris :

Médecine. — Médecine : MM. Guilmain (Léon), Joannon (Pierre), Surmont (Jean), Tzanck (Arnould), van Caulaert (Camille).

Chirurgie et obstétrique. — Chirurgie : MM. Fey (Alexandre), Oberlin (Serge), Plantey (Roger), Wilmoth (Pierre).

Pharmacie. — Pharmacie : M. Hazard (René).

Morphologie. — Histologie : M. Giroud (Antoine). — Bactériologie : MM. Hauduroy (Paul), Peyre (Edouard).

Physiologie. — Physiologie : MM. Chabannier (Henry), Chailley-Bert (Paul), Gournay (Joseph), Legrand (André), Santenoise (Jules). — Chimie : M. Sannié (Charles). — Physique : M. Fabre (Philippe).

Facultés de médecine. — Paris. — *Concours pour le clinicat.* — Un concours pour des emplois vacants de chef de clinique s'ouvrira, à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 21 décembre 1925, à 9 heures du matin.

Places mises au concours. — 1° Clinicat médical : titulaire, 1; titulaires sans traitement, 2; 2° Clinicat des maladies nerveuses : titulaire sans traitement, 1; 3° Clinique neuro-psychiatrique infantile : titulaire sans traitement, 1.

Conditions du concours. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté jusqu'au samedi 12 décembre inclusivement. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de 15 à 17 heures.

Sont admis à concourir : tous les docteurs en médecine français. Il n'y a pas de limite d'âge.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin, chirurgien ou accoucheur des hôpitaux.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— LYON. — La chaire de pharmacie de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'Université de Lyon est déclarée vacante.

FACULTÉ DE PHARMACIE DE PARIS. — M. Goris, agrégé près la Faculté de pharmacie de l'Université de Paris, est nommé, à compter du 1er décembre 1925, professeur de chimie analytique à ladite Faculté, en remplacement de M. Bougault, appelé à d'autres fonctions.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — TOURS. — Un concours pour l'emploi de chef des travaux pratiques de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours s'ouvrira au siège de ladite Ecole le 4 juin 1926.

UNIVERSITÉ DE PARIS. — A l'occasion de la séance solennelle de rentrée de l'Université, le titre de docteur honoris causa a été décerné à MM. Pawlow, professeur de physiologie à l'Université de Leningrad ; Noguschi, professeur à l'Institut Rockefeller de New-York, et sir Ernest Rutherford, professeur de physique expérimentale à l'Université de Cambridge, prix Nobel, correspondant de l'Académie des sciences.

LE CENTENAIRE DU « JOURNAL DE MÉDECINE DE BORDEAUX ». — Notre excellent confrère, le *Journal de médecine de Bordeaux*, a célébré, il y a huit jours, le centenaire de sa création en un banquet amical que présidait le professeur Arnozan, son rédacteur en chef, et auquel assistaient plus de 80 convives, parmi lesquels figuraient les représentants de l'Université de Bordeaux, de la municipalité, de la Chambre de commerce, et, bien entendu, ceux de la Faculté de médecine, de la Société de médecine de Bordeaux, de l'Association des médecins de la Gironde, des syndicats médicaux, etc.

L'Association de la Presse médicale, à laquelle appartiennent les professeurs Arnozan et Cruchet, celui-ci comme premier vice-président, avait délégué son secrétaire général, le docteur Pierra, pour la représenter officiellement. La Chambre syndicale des fabricants de spécialités pharmaceutiques était représentée par MM. Bottu, Heudebert et Leprince.

A l'heure des toasts, M. le Recteur de l'Université de Bordeaux a su traduire, en des termes fort heureusement choisis, les impressions d'un « profane » en présence d'un journal fort savant, mais aussi agréable et aussi bien composé que celui dont on célébrait le centenaire. Après lui, M. le docteur Ginestous, au nom de la municipalité, M. le professeur Verger, au nom de la Faculté de médecine, M. le docteur Rousseau-Saint-Philippe, au nom de l'Association des médecins de la Gironde, ont exprimé leurs sentiments de haute estime pour le *Journal de médecine* et l'ont remercié des services éminents qu'il ne cesse de rendre à la science et à la profession. Le docteur Pierra et M. Leprince ont clos la série des discours, le premier en apportant à ses confrères bordelais le témoignage de la sympathie et de l'admiration de tous les journaux médicaux français pour le labeur si fécond qu'ils accomplissent, le second en félicitant les directeurs du *Journal de médecine* de la façon dont ils comprennent et pratiquent l'indispensable collaboration entre la presse médicale et les spécialistes pharmaceutiques.

Le professeur Arnozan, qui exerce depuis vingt-cinq ans les fonctions de rédacteur en chef du *Journal de médecine*, a été l'objet d'une manifestation particulière de sympathie de la part de tous les convives, et M. le docteur Vergely, secrétaire général du Journal et organisateur de cette soirée si parfaitement réussie, a su fort bien exprimer la respectueuse affection qu'éprouvent tous ses élèves pour le maître bordelais. (*Association de la Presse médicale française.*)

LES GRANDES STATIONS P.-L.-M. DE SPORTS D'HIVER. — Le Revard (1.500 mètres) sur Aix-les-Bains).

La grande station française de sports d'hiver à 9 heures de Paris. Rapides de jour et de nuit, toutes places de luxe.

Service de correspondance à Aix-les-Bains entre les gares P.-L.-M. et Revard.

Chemin de fer à crémaillère d'Aix-au-Revard (trajet, 1 h.).

Pistes de luge et terrains de ski.

Grandes courses en ski, à travers les champs de neige ondulés (1.450 à 1.550 mètres) parsemés de forêts qui forment le plateau du Revard.

Grande patinoire de 4.000 mètres. Curling.

Grand tremplin de saut.

Nombreux concours de fêtes sportives pendant la saison.

Hôtels et restaurants P.-L.-M. du Revard entièrement transformés. — Tout le confort.

DESNOS

Nous apprenons, avec une très vive peine, la mort de notre excellent confrère, Ernest Desnos, membre de l'Académie de médecine, décédé à l'âge de soixante-douze ans, à Pondichéry, au cours d'une mission scientifique.

Desnos était un ancien collaborateur de Guyon. Bien qu'il n'appartînt ni à la Faculté, ni aux hôpitaux, la valeur de ses travaux, autant que la légitime estime dont il jouissait, lui avaient permis d'occuper une place éminente en chirurgie urinaire.

Fondateur avec Pousson de l'Association française d'urologie, il avait fondé également, il y a quelques années, l'Association internationale d'urologie.

Il fut l'âme de ces deux associations, et dans leurs congrès publia la plupart de ses importants travaux sur la chirurgie du rein et de la prostate.

NOTES DE PRATIQUE

TACHYCARDIE PAROXYSTIQUE

Agir sur les centres nerveux et le nerf pneumogastrique par la compression de la région cervicale, sur le trajet de la carotide gauche, et par des pulvérisations de chlorure de méthyle à la nuque.

A titre de médicament vasculaire et vaso-constricteur : sulfate de quinine (1g50).

Proscrire le thé, le café, le tabac, les aliments excitants. Enfin, appliquer, de façon suivie, le traitement antitoxique par la Théosalvose pure ou phosphatée (2 cachets de 0g50 par jour).

RENSEIGNEMENTS

(Les renseignements sont donnés à titre de simple indication et sans aucune garantie de notre part.)

TRÈS BON INFIRMIER, ancien aide radiographe, titulaire de la médaille épidémies, connaissant ménage et cuisine, cherche place auprès malade ou infirme.

Ecrire A. B..., bureau du Journal.

DEUX SUJETS NOUVEAUX ET INTÉRESSANTS DE THÈSES A TRAITER :

I. *Travail de psychiatrie,* conviendrait plus spécialement à interne d'un asile ou maison de santé.

II. *Etude physiologique et clinique d'un nouveau médicament cardio-vasculaire.*

Ecrire A. J. L., bureau des Annonces, 54, rue Jacob, Paris

EN MARGE D'UN BEAU LIVRE

Par M. L. BABONNEIX.
Médecin de l'hôpital de la Charité.

De tous les jeunes neurologistes, M. J. Lhermitte est, assurément, l'un des plus complets. Grand admirateur de M. Bergson, il connaît la valeur de l'*énergie spirituelle* et le prix des idées générales : il lit tout; il sait tout : mieux encore, il comprend tout. Virtuose de la technique, il est depuis longtemps passé maître en anatomie pathologique : ne sont-ils pas là pour en témoigner, ceux qui, chaque jour plus nombreux, viennent au laboratoire de son ami Roussy lui apporter leurs coupes, et auxquels, avec une aménité toute « Letullienne », il donne la plus précieuse des « consultations » ? Clinicien de race, il n'ignore pas ce qu'en médecine comme ailleurs on peut attendre de la méthode analytique : ne l'a-t-elle pas maintes fois déjà conduit aux larges et vastes synthèses ?

C'est dire l'intérêt qui s'attache à son dernier ouvrage (1) que nous avons déjà mentionné ici même il y a quelques jours, et dans lequel il se propose de démontrer que la vie psychologique « plonge de profondes racines dans l'activité du système nerveux et que les processus les plus spécifiquement psychiques ne peuvent éclore et se développer que soutenus et alimentés par l'activité des centres encéphaliques ».

*
* *

Pour mener à bien sa tâche, M. J. Lhermitte multiplie, avec raison, divisions et sous-divisions.

Il commence par un curieux chapitre d'*historique*. Le cerveau n'a pas toujours été considéré comme le siège de la pensée. Il s'en faut de beaucoup ! Pour Aristote, par exemple, il ne participe en rien à la vie de l'esprit. Mieux inspiré, Alcméon de Crotone localise sensations, perceptions et vie de la pensée dans cet organe que Démocrite définit le gardien de l'intelligence. Hippocrate va plus loin encore et avance que c'est aux lésions du cerveau qu'il faut rapporter les désordres de l'intelligence, du sentiment et des désirs. Malgré Aristote et sa docte cabale, cette idée est adoptée par l'école d'Alexandrie. Galien énonce les propriétés des nerfs spinaux, entrevoit les radiculites, décrit les troubles consécutifs à l'hémisection de la moelle et démontre qu'à une lésion cérébrale limitée correspond toujours une paralysie limitée.

Pendant le Moyen âge et la Renaissance, les idées de Galien sont adoptées sans modifications. Seul, peut-être, L. de Vinci ébauche un programme d'étude expérimentale des sens.

Si le nom de Galien symbolise l'époque ancienne, celui de Descartes représente la neuro-physiologie moderne. Grand mécaniste, il définit le premier ce qu'est un arc réflexe, il entrevoit les phénomènes d'innervation réciproque, il s'occupe des sens intérieurs; on voit partout chez lui l'ἦθος et le πάθος. Pourquoi faut-il qu'il ait cherché à localiser l'âme dans le *coronarium* ? Au XVIIIe siècle, Ch. Willis s'occupe déjà des localisations cérébrales et professe les idées que reprendront bientôt Gall et Spurzeim. Au premier, le mérite d'avoir vu que le manteau cérébral est un organe hétérogène ! Aux deux, la gloire d'ouvrir l'ère actuelle de la psychobiologie !

(1) J. LHERMITTE. *Les Fondements biologiques de la psychologie*, Science et civilisation, Paris 1925, Gauthier-Villars et Cie, in-18 de 241 pages.

La première partie du livre, intitulée : *Structure et physiologie générale du système nerveux*, comprend plusieurs chapitres. Dans les *structures*, est étudiée la constitution : 1° de la cellule nerveuse, surtout vivante, avec ses deux particularités : condensation de la chromatine en un nucléole central, absence de centrosome, et 2° des fibres nerveuses. Passons à l'*influx nerveux*. Qu'elle est loin, la conception de Du Bois-Reymond croyant l'avoir identifié avec le courant électrique ! En fait, les choses sont infiniment plus compliquées : nous commençons à connaître, de cet influx, certaines propriétés : vitesse, agents de transmission, intensité, avec la fameuse *loi de tout ou rien* (Adrian), qualité, modifications provoquées dans sa conduction, et, surtout, ces phénomènes si curieux décrits sous les noms de *fatigue*, de *phase réfractaire* et *supernormale*, de *sommation*, d'*inhibition*, de *facilitation*. Dans leur déterminisme, impossible de faire abstraction du rôle joué par les terminaisons nerveuses, par le *tissu de jonction*, dit aujourd'hui *synapse*, et de ne pas rappeler la magnifique conception du neurone due à R. Y. Cajal. Quelle est la *nature* de cet influx ? Sans doute, *physico-chimique*. Et *comment circule-t-il dans l'écorce* ? D'une manière encore mystérieuse, mais sur laquelle les travaux de Pawloff, relatifs aux *réflexes conditionnés, associés* et *individuels*, de Brown et Sherrington sur la plasticité physiologique de l'écorce, commencent pourtant à jeter une vive lumière.

Deuxième partie : c'est l'*évolution phylogénique du système nerveux*. Que de chemin parcouru depuis l'extrémité la plus reculée du *phyllum* jusqu'à nos jours ! Que de phases : 1° excitabilité sans intervention du système nerveux; puis apparition : 2° du récepteur spécialisé; 3° de l'arc réflexe; 4° des réflexes intersegmentaires reliant entre eux les divers métamères; 5° des neurones suprasegmentaires, qui ne possèdent plus aucune relation directe avec un élément effecteur et récepteur, permettant, grâce au *temps perdu* (Tilney et Riley), une meilleure adaptation de la réponse, et intervenant activement dans les phénomènes de l'inhibition !

Après avoir assisté à la *naissance du système nerveux*, examinons le *système nerveux des vertébrés* avec son adaptation plus étroite, plus appropriée et son mécanisme défensif de plus en plus perfectionné. En étudiant l'évolution phylogénique des vertébrés, impossible de ne pas remarquer la corrélation entre le développement des structures organiques et celui des fonctions de défense et d'adaptation ! A la complication sans cesse croissante de l'architecture des centres correspond un épanouissement de plus en plus grand des fonctions nerveuses, comme le montre l'étude analytique des décérébrations chez les diverses variétés de vertébrés. A ces faits se rattachent les classiques expériences de Flourens sur le pigeon (1822), de Munk, de Goltz sur le chien. Combien passionnante cette excursion dans le domaine de la phylogénie ! Ne nous montre-t-elle pas qu'automatique chez les amphibiens et reptiles, instinctive chez les oiseaux dont le cerveau antérieur s'accroît surtout par ses ganglions centraux, l'activité cérébrale devient coordonnée, chez

les mammifères, grâce à l'ascension progressive des centres d'intégration, à la *télencéphalisation*? De réflexe ou automatique, le comportement des êtres devient individuel.

Après la phylogénie, l'ontogénie. La troisième partie est donc consacrée à l'*évolution ontogénétique du système nerveux chez l'homme*. Quelles sont, tout d'abord, la *structure et les fonctions du fœtus humain*? Jusqu'au cinquième mois, c'est encore une moelle, ce n'est pas un cerveau. Ses mouvements sont d'ordre réflexe (Minkowski), lents, arythmiques, choréo-athétosiques, son cerveau, inexcitable. Selon l'expression classique, il dort d'un sommeil sans rêve. Tout différent, le cerveau du nouveau-né, dans lequel seules, certaines parties sont développées, riches en fibres à myéline. C'est sur cette constatation que Flechsig s'est fondé pour diviser les centres corticaux en centres d'association et de projection. En fait les centres d'*association* n'existent pas, et chaque centre dit de *projection* se montre doublé d'un centre d'association. Quoi qu'il en soit, l'enfant a bien à faire pour se perfectionner. N'est-il pas à sa naissance sourd, aveugle et anosmique? Heureusement, ses progrès sont rapides, et de réflexe et générique, son comportement devient bientôt instinctif, puis individuel.

La quatrième partie est consacrée au *cerveau de l'homme adulte*, qui comprend deux systèmes d'intégration superposés : l'un composé du thalamus et des noyaux lenticulaire et caudé, l'autre, formé par le cortex.

Aux corps opto-striés sont dévolues d'importantes fonctions. La couche optique est essentiellement sensitive. Est-elle lésée, le malade intègre toutes les sensations dans la douleur, grâce à sa libération (Head) ou à la destruction de son appareil analyseur (Lhermitte). Quant au corps strié, il faut distinguer le *pallidum*, qui tient sous son contrôle une partie du tonus, d'une part, et de l'autre, la régulation des mouvements automatiques élémentaires et le *striatum*, doué d'un pouvoir inhibiteur sur le pallidum et les organes sous-jacents, et aussi d'une action coordinatrice, au moins pour certains mouvements automatiques et instinctifs.

Contrairement à la thèse défendue par Flourens, pour qui le cerveau est un organe homogène, nous savons depuis Fritsch et Hitzig, qu'il est essentiellement hétérogène. Cette hétérogénéité, surtout nette pour l'*écorce*, est mise en lumière par toutes sortes d'arguments.

Arguments d'ordre histologique. Ainsi que l'ont montré les recherches de Campbell, d'Oskar Vogt, de Brodmann, l'écorce se compose d'éléments dont le type fondamental subit, selon la région, d'importantes variations architectoniques. On a pu ainsi tracer une carte du l'écorce cérébrale, et identifier un grand nombre de territoires corticaux bien distincts, les localisations en surface se doublant peut-être, d'ailleurs, de localisations en profondeur.

Arguments d'ordre physiologique. Ils permettent de distinguer des aires : 1° *électro-motrice*, correspondant à l'aire précentrale, avec ses centres bien connus, et ses réactions différentes selon la nature de l'excitation, ses effets variables, positifs et négatifs, constitués, pour les premiers, par la contraction des muscles agonistes, pour les seconds, par l'inhibition des muscles antagonistes, avec aussi, sa spécialisation. N'est-elle pas le centre, par excellence, des mouvements les plus différenciés les plus *humains*? 2° *psychomotrice*, dont la lésion trouble, non les mouvements élémentaires des membres, mais leur coordination, leur adaptation à un but donné (*apraxie motrice*); 3° *post-centrale*, exclusivement sensitive chez l'animal comme chez l'homme; 4° *post-centrale intermédiaire*, dont la destruction se traduit par la perte, non plus des sensations élémentaires, mais des perceptions : c'est la région de la « pensée sensitive », si bien étudiée par Head; 5° *pariétale*, affectée à la reconnaissance tactile des objets, à la *gnosie* tactile, et occupant seulement l'hémisphère gauche; 6° *visuelle*, à laquelle se rattache le nom d'Henschen : véritable rétine cérébrale, la scissure calcarine est le centre cérébral de la vision; la représentation corticale de la macula en occupe la partie postérieure. A la destruction totale des deux calcarines correspond la *cécité corticale*. Existe-t-il, dans cette zone, des récepteurs spécialisés pour les couleurs, pour la lumière, pour la forme et pour le mouvement des objets? La question est encore discutée. Une seule notion acquise : la notion formelle des objets résulte d'un travail intellectuel complexe (Sachs, Piéron), dans lequel interviennent sans doute bien d'autres zones que la zone visuelle; 7° *occipitale* ou *visuo-psychique*, dont la destruction détermine de la *cécité psychique* ou *agnosie optique* : malgré la conservation des sensations visuelles, l'identification des objets est impossible. C'est à l'intégrité de ces deux aires visuelle et visuo-psychique qu'est liée en grande partie la *notion d'espace*; 8° *préfrontale*, aujourd'hui bien déchue de sa splendeur passée. Gratiolet se l'avait-il point baptisée « majesté du cerveau »? En fait, ses lésions se manifestent par un ensemble complexe, dont l'élément le plus important est constitué par une perturbation de l'équilibre et par une certaine désorientation spatiale (P. Marie); 9° *auditive*. La destruction bilatérale et complète de cette aire a pour corollaire la *surdité corticale*; 10° *audito-psychique*, dont la lésion produit peut-être la *surdité psychique*; 11° *olfactive* et *gustative*, peu développées chez l'homme. N'oublions pas non plus que le *système nerveux de la vie organo-végétative* est représenté par des centres bulbaires, mésocéphaliques, et surtout sous-thalamiques, tous placés sous le contrôle du cortex, encore que la localisation des centres corticaux soit objet de discussion entre neurologistes.

Abordons maintenant l'étude des *émotions* et de *leurs expressions organiques*. Dans l'émotion vive, deux éléments : l'un psychologique, l'autre physiologique, celui-ci, objectif, celui-ci, subjectif. Lequel commande l'autre? Le second, pour Descartes, Lange, William James. Le premier, pour la majorité des chercheurs dont Sherrington, d'après lesquels l'excitation produite par le choc émotif se propage du cerveau psychique aux centres organo-végétatifs qu'elle ébranle ou qu'elle inhibe, d'où perturbation somatique et viscérale encadrant et soutenant l'émotion psychologique. Les constatations cliniques faites sur des sujets atteints d'encéphalite léthargique plaident en faveur de cette dernière hypothèse. Elles attestent encore l'existence d'un mécanisme physiologique individualisé des expressions émotionnelles. Il y a deux mimiques, l'une volontaire, liée à l'intégrité du faisceau géniculé, l'autre automatique, dont le centre paraît être la région opto-striée. Les régions sus-thalamiques sont-elles

détruites, la région opto-striée se trouve dépourvue de tout contrôle, son activité, traduite par une exagération de la mimique automatique, apparaît comme un phénomène de *libération*.

Nous voilà maintenant en état d'étudier le *cerveau et la pensée verbale*. Bien que celle-ci se relie par d'étroites connexions avec la pensée tout court, elle ne doit pas être confondue avec elle. Nous savons qu'il existe, sur le cortex, un territoire déterminé dont les lésions conditionnent des perturbations de la pensée verbale désignées du terme d'*aphasie*.

Deux grandes variétés d'aphasies : de réception ou de compréhension, d'expression, distinctes, les unes et les autres, de l'*anarthrie*, dans laquelle la pensée verbale n'est point troublée (P. Marie). Plusieurs variétés d'aphasies : 1° de *réception* (aphasie sensorielle corticale de Wernicke); 2° d'*expression* (aphémie, aphasie motrice complète); 3° *globale* (aphasie sensorielle + aphémie), et, parmi les aphasies *électives* : 1° la *surdité verbale pure*; 2° la *cécité verbale pure*; 3° l'*aphémie pure*; 4° l'*agraphie pure*, niée par Dejerine. A quelles lésions correspondent-elles?

On connaît aujourd'hui le support anatomique de la fonction du langage. La *zone du langage* comprend un vaste territoire répondant à l'ensemble des circonvolutions qui bordent la scissure de Sylvius gauche et en forment le fond, excepté l'opercule rolandique.

Or, les lésions des centres secondaires contenus dans cette zone produisent, nous le savons, ici, de l'apraxie, et là, de l'agnosie. Ne peut-on, dès lors, considérer les différentes aphasies comme autant d'agnosies ou d'apraxies verbales?

Des *agnosies*. Supposons qu'une lésion intéresse les centres sensoriels primaires du cerveau : il en résulte une surdité ou une cécité globales. Détruit-elle les centres sensoriels secondaires, elle détermine une agnosie globale visuelle ou auditive. Se limite-t-elle à un territoire particulier en connexion avec les uns et avec les autres, elle produira une surdité ou une cécité verbale pure.

Des *apraxies*. N'existe-t-il pas, au-devant de la zone électro-motrice des membres supérieurs, une aire destinée à coordonner les incitations motrices? Sa destruction ne détermine-t-elle pas de l'apraxie? Et ne peut-on se demander si une altération discrète et limitée de cette aire ne serait pas capable d'engendrer de l'apraxie verbale?

Inutile d'ajouter que les deux variétés de centres secondaires : *verbo-gnosique* et *verbo-practique* sont reliées entre elles, et que par leurs lésions, comme par la rupture de leurs connexions, doivent pouvoir, en théorie, s'expliquer toutes les formes cliniques d'aphasies. C'est d'une manière analogue que l'on peut chercher à interpréter les *amusies*, étudiées par Henschen, qui font trait-d'union entre la surdité psychique et la surdité verbale, et peuvent porter, soit sur tous les éléments de la langue symbolique musicale : rythme, ton, mélodie, soit seulement sur l'un d'entre eux.

Chacun sait ce qu'est le *sommeil*. Quel en est le mécanisme physiologique? Il s'agit avant tout (Bergson, Claparède) d'une fonction active, dont l'automatisme et le jeu périodique sont soumis au contrôle de la volonté. Il existe, à n'en pas douter, un *centre régulateur du sommeil et de la veille*, situé dans la région ventrale du ventricule médian et dont les lésions provoquent l'hypersomnie. Il ne s'agit pas d'un centre hypnique, mais bien d'un centre *vigile*, puisque sa destruction produit le sommeil. Il voisine avec les centres polyurique, glycorégulateur, ce qui explique l'association de la narcolepsie avec l'obésité, la glycosurie et la polyurie.

A l'état de veille, l'*activité psychique n'est-elle pas soumise au contrôle d'un appareil régulateur?* C'est là une hypothèse ingénieuse qui a été formulée, dès 1911, par le regretté J. Camus, et qui a pour elle des faits anatomiques, cliniques et expérimentaux. Mais, jusqu'à présent, cet appareil semble exclusivement destiné à la régulation du ton affectif. Les recherches de Naville autorisent à penser qu'il a son centre dans le *paléo-encéphale* (zone opto-striée), tandis qu'à la sphère *néo-encéphalique* (corticale) sont dévolues les fonctions intellectuelles proprement dites. A l'état normal, les deux centres sont naturellement conjugués, ce qui permet à la pensée de s'enrichir de toutes les nuances de la vie affective.

* * *

Telle est, très condensée, la substance de ce livre que liront avec passion tous ceux qui s'intéressent encore aux idées générales. L'auteur n'y fait-il pas preuve des plus rares qualités d'érudition et de méthode? N'excelle-t-il pas à grouper les faits, à mettre les plus importants au premier plan, à peindre les ensembles avec autant de vigueur dans le trait que d'éclat dans la couleur? Sur des sujets qui ne s'accommoderaient guère du clair-obscur, ne s'entend-il pas à verser la lumière? M. J. Lhermitte n'est pas seulement un savant : c'est aussi un artiste de race.

ACTUALITÉS

L'OUABAÏNE.

ACTION PHYSIOLOGIQUE.

Les diverses espèces de Strophantus (Apocynées) ont fourni des produits divers, les strophantines. Différant par leurs origines et leur mode de préparation ils ont fourni les résultats les plus discordants; aussi cette médication a-t-elle connu alternativement les extrêmes de la faveur et de la défaveur.

Nous réserverons le nom d'ouabaïne au glucoside extrait en 1888 par le professeur Arnaud des semences du strophantus gratus (strophantus glabre du Gabon) et obtenu par lui sous forme cristallisée; laissant aux autres dérivés du strophantus la dénomination générale de strophantine.

A noter l'identité du glucoside d'Arnaud avec le glucoside extrait du bois de l'acocanthera ouabaïo, arbre du pays somali dont la place en systématique s'éloigne peu des apocynées.

Historique. — On savait depuis longtemps que pour empoisonner leurs armes les indigènes de diverses régions de la zone intertropicale emploient un produit extrait de diverses espèces de strophantus que leur fournit la flore locale (strophantus hispidus au Gabon et en Sénégambie, str. Kombé dans la région des Lacs); ces plantes qui sont des lianes ont des semences diversement riches en principe actif. On trouve des strophantus aux Indes, dans les

îles de la Sonde et à Madagascar. En pays somali, on s'adresse au bois d'un arbuste d'espèce voisine (acocanthera) doué de propriétés analogues. Le trait commun à ces divers poisons est l'électivité pour le tissu musculaire, lisse ou strié, avec aux fortes doses une action particulièrement précoce et intense sur le cœur.

Dès 1865, Pelikan et Vulpian, en 1871 Polaillon et Carville étudièrent ces poisons; les produits obtenus en partant des divers strophantus furent considérés par eux comme des paralysants du cœur. En 1873, Fraser (d'Edinbourg) obtenait à partir du strophantus Kombé un produit analogue.

En 1888 Catillon puis Arnaud réussirent à extraire du strophantus gratus un produit que l'on confondit longtemps avec les autres strophantines; ce corps, cristallisé, bien défini, de formule $C^{30}H^{46}O^{12}$, fut dénommé ouabaïne par Arnaud qui montra son identité avec le glucoside extrait de l'acocanthera et que son action analogue à celle des strophantines déjà connues s'accompagnait d'une toxicité de 25 p. 100 inférieure à celle des strophantines cristallisées du Kombé.

Les essais physiologiques montrèrent qu'à dose therapeutique ces corps étaient en réalité des cardiotoniques mais l'emploi en clinique des diverses strophantines qu'on ne pouvait le plus souvent titrer que par voie physiologique donna lieu aux résultats les plus variables et à des accidents graves qui firent écarter ce médicament de l'arsenal courant.

L'attention fut vers 1906 attirée à nouveau par les résultats remarquables que Fraenkel (de Badenweiler) avait obtenus par les injections intraveineuses de strophantine, succès corroborés par ceux qu'obtinrent ensuite Vaquez et Leconte. Mais des cas de mort publiés par Chauffard, puis Vaquez, vinrent à nouveau jeter le discrédit sur cette médication.

Reprenant alors l'étude des strophantines par l'étude de l'ouabaïne d'Arnaud, Vaquez et Leconte (1917), puis Vaquez, et Lutembacher et après eux leur élève Dimitracoff (1) et d'autres cliniciens, montrèrent qu'un produit invariable est d'une activité plus fidèle et plus contrôlable et lui reconquirent une place en thérapeutique cardiaque.

Action physiologique. — Comme les strophantines, l'ouabaïne agit sur tous les muscles, lisses ou striés sans altérer en rien le sang, même lorsqu'elle est directement introduite dans la circulation. L'action élective sur le cœur résulte peut-être de l'irrigation particulièrement riche de cet organe; cette action est la seule que l'on constate aux doses thérapeutiques.

Elle agit, semble-t-il, sur le myocarde par contact et se fixerait sur lui à la façon d'une teinture ou d'une toxine.

La sensibilité change avec les animaux mis en expérience mais la tolérance s'accroît chez un même sujet du fait de l'accoutumance.

Action sur le cœur sain. — *Aux petites doses*, l'ouabaïne augmente le tonus et la contractilité du myocarde *accroissant ainsi l'énergie de la contraction cardiaque.* Elle allonge (Laubry et Deglaude) la période réfractaire et *ralentit ainsi le rythme cardiaque.*

Aux fortes doses (toxiques), on constate des troubles d'autant plus précoces que la dose est plus forte. L'action sur l'excitabilité prend le pas, *les contractions sont accélérées et l'arythmie* apparaît. Si la dose est suffisante, le mort survient : l'oreillette s'arrête d'abord puis le ventricule après une courte période de fibrillation. *Arrêt du cœur en diastole.*

Lorsque la quantité d'ouabaïne fixée par le myocarde est petite l'effet physiologique est à son maximum ; le tonus cardiaque est augmenté en même temps que le cœur diminue de volume (demi-contracture utile).

Action sur le cœur malade. — Elle s'exerce plus nettement que sur le cœur sain, mais de façon homologue.

On constate, à l'écran radioscopique la *diminution de l'aire cardiaque*; en même temps, le *pouls se ralentit*; le *rythme se régularise* s'il était irrégulier; les extrasystoles, s'il en existe, disparaissent.

Action sur la tension artérielle. — L'action de l'ouabaïne est complexe et se traduit d'une façon qui varie avec les cas. Son action sur la musculature des vaisseaux étant faible ou nulle n'entre pas en ligne de compte.

Chez l'animal, il y a, d'habitude, élévation légère et indirecte de la tension artérielle du fait de l'action sur le cœur.

C'est aussi un *relèvement de la tension* que l'on constate en clinique, *toutes les fois que cette tension a subi une dépression brusque*; il est notable et porte surtout sur la tension maxima; l'écart maxima-minima est donc lui aussi augmenté.

Elle la fait *baisser* au contraire lorsque l'insuffisance cardiaque est *consécutive à une poussée d'hypertension.* L'action porte alors à la fois sur les tensions maxima et minima et les chiffres tendent à se rapprocher de ce qu'ils étaient avant la crise.

Action sur la respiration. — Elle est faible et s'exerce surtout indirectement par l'appareil circulatoire. La dyspnée et la toux s'apaisent, les sécrétions bronchiques diminuent, à la suite de l'atténuation de la stase pulmonaire. Si l'ouabaïne est donnée à trop forte dose ou trop rapidement absorbée, on voit apparaître des troubles du rythme qui peuvent aller jusqu'à la syncope respiratoire momentanée ou définitive.

Action sur le rein. — L'ouabaïne est un *diurétique* puissant, mais dont l'action ne se fait sentir en général qu'après vingt-quatre à quarante-huit heures; elle agit directement sur l'épithélium rénal sans pourtant l'irriter; et indirectement aussi en améliorant la circulation. Le taux de l'urée, des chlorures et des phosphates sont parallèlement augmentés.

Actions accessoires. — Richaud a signalé une action excito-sécrétoire sur les glandes salivaires. De plus, comme tous les strophantiques, l'ouabaïne a une action éméto-cathartique des plus nettes.

Elimination. — L'ouabaïne s'élimine ou se détruit beaucoup plus vite que la digitale mais par une voie que l'on n'a pu encore reconnaître. On ne la retrouve en effet ni dans la salive, ni dans le tube digestif, ni dans les urines. D'après Dimitracoff son coefficient d'élimination journalière correspond à peu près par kilogramme, au 1/12e de la dose mortelle par kilogramme d'animal; il ne semble donc pas qu'il puisse y avoir d'accumulation, tout au moins lorsque l'ouabaïne est administrée de façon normale, mais le point demeure controversé.

(1) Dimitracoff. *Th. de Paris*, 1922.

TOXICITÉ. — L'absorption de l'ouabaïne se fait avec une vitesse inégale selon les voies d'administration : rapidement par une voie intraveineuse, assez vite par voie sous-cutanée, moins vite par le rectum ; par voie buccale, enfin, deux fois moins vite que par voie rectale. D'où résultent des rapidités décroissantes d'action thérapeutique et d'effets toxiques.

A noter que le foie n'arrête ni ne détruit sensiblement l'ouabaïne et que le glucoside de l'acocanthera est peut-être un peu plus toxique que celui du strophantus gratus.

L'ouabaïne a, en tout cas, une toxicité de 25 p. 100 inférieure à celle de la strophantine du Kombé.

Les phénomènes toxiques apparaissent et évoluent plus ou moins vite selon la voie d'administration.

La dose toxique, variable selon les animaux, observés, est chez le chien d'à peu près $0^{mm}15$ par kilogramme en injections intraveineuses.

(A suivre.) R. LEVENT.

XXXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925) (1).

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

ORGANES GÉNITO-URINAIRES

Procédé rapide d'implantation dans la vessie de l'uretère sectionne au cours des laparotomies gynécologiques. — M. C. DANIEL (de Bucarest). La section involontaire de l'uretère doit être immédiatement réparée afin d'empêcher l'écoulement des urines dans le champ opératoire.

L'accord n'est pas encore fait quant à la meilleure méthode à employer pour remédier à ce grave accident opératoire.

L'auteur a employé un nouveau procédé d'implantation de l'uretère dans la vessie, « en trompe », ne nécessitant aucune préparation spéciale du bout urétéral ni aucune suture particulière, lequel par sa simplicité, la rapidité de son exécution et la sécurité de son résultat confère au chirurgien la tranquillité d'esprit nécessaire pour pouvoir continuer en paix l'opération principale, le plus souvent hystérectomie élargie pour cancer du col de l'utérus.

Comparable à une greffe urétéro-vésicale, ce procédé rapide consiste dans :

a. L'amarrage du bout supérieur de l'uretère sectionné à l'aide d'un fil ;

b. La perforation de la vessie à l'aide d'une pince introduite par l'urètre ;

c. L'attraction du bout urétéral dans la vessie par la pince qui saisit le fil;

d. La fixation de l'orifice vésical à l'uretère qui le traverse à l'aide d'un point de suture ;

e. La fixation du fil de soie passé en anse à travers le bout urétéral, au méat urinaire.

A propos de 250 lithotrities. Sa supériorité sur la taille. — M. CATHELIN (de Paris). A propos d'une statistique personnelle de 250 cas de lithotritie, l'auteur revient sur les avantages énormes de cette technique, qu'il oppose aux résultats souvent décevants de la taille sus-pubienne, celle-ci ne devant être conservée que pour les calculs trop gros ou trop durs. Il rappelle les incidents des tailles, les calculs oubliés après ouverture du réservoir, les fistules persistantes pour lesquelles il faut réintervenir, les infections et la longueur du temps post-opératoire.

La lithotritie grâce au contrôle cystoscopique donne au contraire toute sécurité. C'est une opération brillante, rapide, sûre et anodine pouvant même se faire souvent sans anesthésie.

L'amputation du col dans les cas de cancer localisé et limité siégeant au pourtour de l'orifice ou sur la surface vaginale du col. — M. JAYLE (de Paris) Le cancer du col, comme tous les cancers, présente une allure protéiforme qui dépend d'une part de sa constitution histologique, d'autre part de l'état de l'organisme du sujet et en particulier de sa constitution héréditaire, de la composition de ses humeurs et de la dépression de son système nerveux.

Cliniquement, il existe une variété à marche lente, siégeant sur une lèvre ou au pourtour de l'orifice, s'étendant lentement en profondeur, et qu'on peut observer par conséquent à une époque où la lésion est encore localisée et limitée. Les cas de ce genre sont exceptionnels mais ils existent.

L'amputation en bloc du col, très facilitée par des injections dans les tissus d'une solution de novocaïne et d'adrénaline ou de sérum adrénaliné, suffit à obtenir la guérison.

M. Jayle cite deux cas ainsi opérés et guéris, datant l'un de seize ans et l'autre de trois ans et huit mois.

La néphrectomie dans le traitement du kyste hydatique du rein. — M. NICAISE.

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

MEMBRES — ARTICULATIONS — OS

La prétendue ostéochondrite ou coxa plana est une subluxation congénitale méconnue. — M. CALOT (de Berck). Pour l'auteur, une des lésions les plus fréquentes de la hanche est la subluxation congénitale. Cette lésion peut ne se révéler cliniquement que très tard à dix ans, vingt ans, soixante ans et par des douleurs qui apparaissent très brusquement. Aussi a-t-elle été souvent décrite comme une lésion acquise sous le nom d'arthrite sénile, déformante ou d'ostéochondrite. On la reconnaît, sur les radiographies, quand l'ossification est terminée, par l'aspect du *cotyle à double fond* et avant la fin de l'ostéogenèse par l'*imperfection de l'emboîtement* des segments articulaires et l'*imperfection de forme* de ces segments qui ne sont plus rigoureusement sphériques.

L'auteur expose les arguments qui sont en faveur de sa thèse. L'aspect de fragmentation de l'épiphyse, d'ailleurs rare, ne se retrouve analogue que dans la luxation congénitale. La coexistence fréquente de la luxation congénitale d'un côté et de l'ostéochondrite de l'autre est plutôt une preuve que l'ostéochondrite doit être interprétée comme une subluxation. Enfin, la bilatéralité des lésions de l'ostéochondrite est un phénomène qui s'observe fréquemment dans la luxation.

— La communication de M. Calot donne lieu à une longue discussion :

M. FROELICH trouve les conclusions de M. Calot trop absolues. Il est vrai qu'on a pu prendre des luxations congénitales pour des ostéochondrites; mais la tête fémorale au cours de l'évolution d'une ostéochondrite est modifiée dans son volume et sa direction. Par suite elle peut ne plus se trouver en regard du cotyle, et dans ce cas la subluxation n'est que la conséquence de l'évolution de l'ostéochondrite; en fait les deux affections sont parfaitement distinctes.

M. PERDU fait remarquer que M. Calot simplifie singulièrement la pathologie si complexe de l'articulation de la hanche. Il n'y aurait que de la coxalgie ou de la luxation. L'auteur pense qu'il y a place encore au niveau de la hanche pour bon nombre d'affections dont le diagnostic est du reste fort délicat.

M. DELCHEF, contrairement à ce qu'affirme M. Calot, croit que dans l'ostéochondrite la cavité cotyloïde n'est pas déformée. La lésion siège sur l'épiphyse fémorale. Il en donne pour preuve une pièce anatomique qu'il a pu se procurer récemment. Cette pièce provient d'une enfant de neuf ans, atteinte d'ostéochondrite de la hanche, ayant succombé à une septicémie suraiguë consécutive à une angine non diphtérique. Le cotyle est arrondi et sain. M. Calot le voit elliptique, en forme de coquetier, mais il est seul à le voir tel.

La tête fémorale et le col anatomique présentent de graves

Association de la Presse médicale française.

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 82, p. 1331; n° 83, p. 1345, n° 84, p. 1366; n° 85. p. 1381; n° 89, p. 1445, et n° 91, p. 1477.

lésions de déformation. L'auteur possède des radios qu'il ne peut présenter actuellement mais qu'il publiera. Ces radios pouvaient être interprétées dans le sens d'une luxation. Mais il faut savoir lire les clichés et les traduire. Il faut savoir transformer un diagnostic radiographique en un diagnostic anatomique. C'est justement là l'œuvre du clinicien.

M. Calot reprend la parole pour discuter les objections qui lui sont présentées et maintient ses conclusions.

Traitement des subluxations congénitales douloureuses de la hanche chez l'adulte. — M. Lance (de Paris). Il existe des luxations congénitales incomplètes de la hanche qui ne se révèlent qu'à l'âge adulte par des crises douloureuses, de la limitation des mouvements, et, tardivement, par de l'arthrite déformante et une ankylose plus ou moins complète. Ces subluxations existent, soit associées à une luxation complète de l'autre côté, soit à l'état isolé. Dans ce dernier cas elles sont le plus souvent méconnues et étiquetées sciatique, rhumatisme, arthrite déformante, coxalgie.

Jusqu'ici on a utilisé dans ces cas un traitement purement palliatif : physiothérapie, eaux thermales, résection, arthrodèse, ostéotomies.

L'auteur pense qu'on peut faire plus et faire disparaître les douleurs tout en conservant la motilité. Le vice initial étant un manque d'appui de la tête fémorale dans un cotyle à plafond insuffisant, l'intervention logique consiste à compléter l'appui de cette tête fémorale.

L'opération consiste en ceci : le membre est mis en abduction pour abaisser la tête fémorale ; on découvre l'insertion supérieure de la capsule fémorale; immédiatement au-dessus on taille dans l'os iliaque un fossé dont on rabat en bas la berge inférieure; on superpose dans ce fossé des greffons ostéo-périostiques de Delagénière pris au tibia, constituant ainsi un talus osseux au-dessus de la partie luxée de la tête fémorale.

L'auteur a pratiqué sept fois cette intervention pour des subluxations douloureuses de la hanche : quatre isolées, une subluxation double, deux subluxations associées à une luxation du côté opposé.

Tous ces cas ont été améliorés, mais c'est en général assez tardivement, au bout de plusieurs mois, que l'amélioration s'accentue; aussi ne peut-on juger des résultats définitifs que dans trois cas opérés depuis dix-huit, douze et huit mois.

Dans une subluxation âgée (cinquante-trois ans) avec arthrite déformante chez une malade présentant une luxation complète de l'autre côté, l'amélioration a été très appréciable : la malade, qui ne marchait qu'avec deux cannes, marche sans appui, les douleurs ont disparu. Dans deux subluxations isolées, chez des sujets jeunes (vingt-huit et vingt-cinq ans) les douleurs ont complètement disparu, l'atrophie musculaire a diminué, les mouvements sont plus étendus. Le résultat équivaut à une guérison.

Périostoses dans les cas d'hématomes profonds traumatiques. — M. Mauclaire (de Paris) a observé trois faits de ce genre.

Un des malades avait reçu un coup de pied de cheval sur la cuisse. Assez longtemps après cet accident il vint consulter pour une tuméfaction au niveau du fémur. On pensa à un sarcome. Au cours de l'opération on découvrit une périostose.

Un second malade, marinier, avait reçu un coup de gouvernail sur la cuisse et présenta, comme le précédent, quelque temps plus tard, une périostose du fémur.

Chez le troisième malade on avait fait le diagnostic d'ostéomyélite.

L'auteur se demande si ces accidents sont consécutifs à un épanchement sanguin entre os et périoste, ou si l'origine doit en être recherchée dans un hématome intramusculaire pénétrant secondairement sous le périoste à l'occasion d'une déchirure de ce dernier.

A côté de ces cas de périostoses localisées, il en existe d'autres, à distance. C'est ainsi qu'une malade, à la suite d'un hématome du bras, présenta des périostoses du cubitus et du radius.

Prothèse osseuse perdue en métal à revêtement d'ébonite. — M. Robineau (de Paris) présente une observation de tumeur bénigne osseuse de l'extrémité inférieure de l'humérus droit, intéressante en raison des caractères histologiques qui ne permettent pas de classer cette tumeur dans un groupe connu, et surtout en raison du mode de réparation de la perte de substance opératoire. Logiquement, il aurait fallu amputer. Grâce à l'ingéniosité de Contremoulins, l'auteur a pu remplacer les 10 centimètres d'humérus réséqué par une pièce en acier moulé sur un humérus sec, puis enrobé complètement dans du caoutchouc durci (méthode inaugurée par P. Delbet en 1919).

L'opération date de six mois; les radiographies mettent en évidence les faits suivants. La pièce est parfaitement tolérée par l'organisme, le métal ne pouvant s'oxyder dans sa carapace d'ébonite; l'humérus ne présente aucune altération, aucune ostéoporose. Robineau et Contremoulins attribuent ce fait à ce que la pièce a été fixée immuablement sur l'os; aucun ébranlement n'a été possible.

C'est la première fois qu'une réparation osseuse aussi étendue et comprenant une extrémité articulaire est faite par ce procédé. La solidité du membre est absolue; la mobilité du coude n'est pas aussi complète qu'on l'aurait désiré, mais l'utilisation fonctionnelle du membre donne cependant toute satisfaction à l'opéré.

Tuberculose et syphilis. — M. Sorel (de Paris) pense que bon nombre de lésions osseuses ou articulaires considérées comme tuberculeuses relèvent en réalité de la syphilis. C'est du moins ce qui se passe chez l'enfant. Dans vingt cas de ce genre l'auteur a obtenu des guérisons complètes et durables.

Le laboratoire ne tranche pas toujours la question. Il s'agit le plus souvent de manifestations héréditaires, souvent même l'origine de la maladie doit être recherchée chez les grands parents; le Wassermann est négatif, et seul, le résultat du traitement montre qu'il s'agissait bien de syphilis.

M. Auvray confirme absolument les affirmations de M. Sorel. Il en est ainsi non seulement chez l'enfant, mais encore chez l'adulte. Un Wassermann positif doit toujours imposer l'établissement d'un traitement spécifique. Un Wassermann négatif même après réactivation, ne dispense pas du même traitement. On a certainement amputé des malades dont les lésions se seraient éteintes sous l'action d'un traitement purement médical.

M. Trèves fait remarquer qu'il existe aussi des formes hybrides où tuberculose et syphilis s'associent, où les réactions humorales sont le plus souvent négatives et dans lesquelles le traitement spécifique « ne mord pas ». Il faut prescrire cependant les arsenobenzènes à titre de médication générale. On obtient le plus souvent une amélioration des lésions locales plus ou moins marquée; l'arsenic agissant comme tonique relève l'état général du sujet et rend plus active toute autre thérapeutique employée concurremment.

M. Bérard partage l'avis de M, Trèves et dans son service on fait régulièrement de petites doses d'arsenobenzènes à tous les tuberculeux chirurgicaux, pour deux raisons : ce traitement améliore les tuberculeux et guérit les syphilitiques qui n'ont que l'apparence de la tuberculose.

(A suivre.) CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

(Séance du 7 novembre 1925)

Sur l'existence, chez le chien, de vaisseaux lymphatiques allant directement du canal thoraciques à certains ganglions du médiastin. — M. Léon Binet décrit, chez le chien, des vaisseaux lymphatiques naissant directement du canal thoraciques se dirigeant de bas en haut et aboutissant à des groupes ganglionnaires déterminés. Il insiste sur : 1° un rameau naissant de la branche droite du canal thoracique et aboutissant au ganglion thoracique supérieur droit : 2° un rameau, qui naît de la branche droite du même canal et se termine au ganglion biliaire droit : 3° un rameau qui se

détache du canal thoracique après fusion des deux branches droite et gauche et aboutit au ganglion thoracique supérieur gauche. Les canaux sont le siège d'une circulation active et, après injection de bleu de Gérota dans la partie inférieure du canal thoracique, on peut suivre facilement la migration de bleu, migration se faisant du canal thoracique dans le vaisseau, montant dans ce dernier et aboutissant au ganglion sus-jacent. Il convient d'ajouter que chez le chien des vaisseaux lymphatiques relient d'un même côté les ganglions cervicaux inférieurs, le ganglion thoracique supérieur, le ou les ganglions biliaires, ces derniers étant eux-mêmes en rapport avec les lymphatiques du diaphragme.

La réaction du benjoin colloïdal dans les cas de tumeurs cérébrales. — MM. Georges Guillain, Guy-Laroche et P. Lechelle rappellent que les examens du liquide céphalo-rachidien des sujets atteints de tumeurs cérébrales donnent des résultats très irréguliers quant au taux de l'albumine, au nombre et à la nature des cellules, aux modalités des réactions colloïdal de l'or et du mastic ; la réaction de Wassermann elle-même a été trouvée positive dans certains de ces liquides céphalo-rachidiens en l'absence de toute infection syphilitique.

Dans cette note les auteurs étudient uniquement les résultats obtenus avec leur réaction du benjoin colloïdal pratiquée sur 49 liquides céphalo-rachidiens provenant de 28 malades atteints de tumeur cérébrale. Sur ces 28 sujets il y en eut 5 dont le liquide céphalo-rachidien donna toujours une réaction du benjoin colloïdal négative. Dans 17 cas les liquides céphalo-rachidien ne précipitèrent pas le benjoin dans les cinq premiers tubes de la réaction, mais les précipitèrent dans les tubes 6 à 10, parfois dans les tubes 6 à 11, 12, 13, 14, c'est-à-dire dans la zone méningitique. Dans six cas ils ont obtenu une précipitation d'un type particulier, à la fois dans les premiers tubes et dans les derniers tubes, avec une absence de précipitation intercalaire ; l'existence de cette absence de précipitation portant sur plusieurs tubes entre deux zones de précipitation leur paraît un signe différentiel important avec la syphilis.

Les auteurs attirent l'attention sur ce fait que la réaction du benjoin colloïdal, chez les sujets atteints de tumeurs cérébrales, se présente avec des modalités très spéciales, lesquelles peuvent fournir des renseignements utiles pour l'orientation du diagnostic.

Recherche comparative des anticorps et de l'antigène tuberculeux dans le sang et les liquides pleuraux. — MM. Salomon et J. Valtis ont recherché comparativement les anticorps et l'antigène tuberculeux dans le sang et les liquides pleuraux des tuberculeux traités par un pneumothorax artificiel ou atteints d'une pleurésie.

Ils concluent que les exsudats qui compliquent le pneumothorax et les liquides pleuraux contiennent la même quantité d'anticorps que le sérum sanguin.

Mais, alors que les liquides de pneumothorax sont doués d'un pouvoir antigène parfois élevé, les liquides des pleurésies en sont totalement dépourvus.

Election. — M. Zimmern est nommé membre titulaire.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1925)

Examen histologique après ovariotomie de deux kystes de l'ovaire traités par le radium. — M. Peugniez présente l'observation d'une malade atteinte d'un double kyste des ovaires, pris pour un fibrome et traité par la radiothérapie, Il fit une ovariotomie qui guérit sans incident. Les coupes histologiquss de la paroi kystique montrent que celui des deux kystes qui a subi le rayonnement le plus intense a son tissu surélevé. Presque tous les follicules primordiaux ont disparu. La dose administrée avait été de trente millicuries détruits.

Evolution de quelques dermatoses sous l'influence des traitements physiques et des rayons ultra-violets. — M. Sandoz. Certaines dermatoses telles que acné, eczéma, érythème, prurits ont subi accidentellement des modifications très heureuses allant parfois jusqu'à la guérison, à la suite de traitements physiques s'adressant à des affections bien déterminées, telles que scoliose essentielle, arthrite, névralgies-névrites qui n'avaient avec l'affection cutanée en question que des rapports tout au plus très éloignés. Parmi les agents physiques employés, les rayons ultra-violets paraissent avoir une action élective sur les dermatoses, car cette action est plus rapide et plus complète que celle des autres excitants physiques. Mais ce n'est probablement là qu'une apparence, car leur action n'a d'effets durables que si elle est suffisamment prolongée et répétée, et surtout associée à d'autres médications physiques. Il en est exactement de même des vaccinations qui jouissent actuellement d'une grande vogue dans le traitement des dermatoses : encore plus que la médication physique, elles n'ont d'effets durables que si elles sont suffisamment prolongées et répétées.

Opération des pseudarthroses de la rotule avec large écartement des fragments. — M. Dupuy de Frenelle.

Arriérations multiples au cours de l'instabilité thyroïdienne. Transformation par la thyroïthérapie. (Présentation de deux garçons). — M. Léopold-Lévi.

Traitement de l'urticaire alimentaire par la pancréatite. — M. A. Legrand se basant sur l'hypothèse de l'insuffisance des sucs digestifs dans la production de l'anaphylaxie alimentaire et par conséquent de l'urticaire qui en est le premier symptôme, démontre, avec observations à l'appui : que l'urticaire alimentaire est due à une insuffisance pancréatique. La pancréathérapie, qui consiste dans l'administration de la pancréatine, appliquée dès le début des accidents, donne des résultats constants, rapides et complets.

M. Marcel Labbé présente une observation de M. Papainototu (Alexandrie) d'amibiase généralisée, guérie par le traitement à l'émétine et au stovarsol.

La question du sexe dans l'opothérapie. — M. Klotz-Guérard se basant sur des considérations histologiques et cliniques, conclut que nous devrions préparer les produits opothérapiques, en tenant compte du sexe de l'animal donneur.

(SÉANCE DU 31 OCTOBRE 1925)

Pseudo-fatigue par plexite brachiale bilatérale. — M. Gommes. Bien des cas de fatigue féminine (ménagère en particulier) sont dus à des douleurs latentes, plus spécialement accentuées aux membres supérieurs, dans le domaine du plexus brachial (points de Valleix, fourmillements, hypoesthésie, parésie, œdème). Leur bilatéralité, leur association à des algies légères d'autres plexus permettent de conclure à des névrodicites par tiraillements ou même à un trouble général toxique (dépression, anémie, leucorrhée, forte hygrométrie...) « orienté par des contractions musculaires répétées. Leur traitement ; des calmants généraux associés à des injections para ou intraplexiques de solutions physiologiques.

Ectopie testiculaire bilatérale. Opothérapie thyro-testiculaire. — M. Léopold-Lévi présente un nouveau cas d'ectopie testiculaire bilatérale chez un sujet ayant dépassé seize ans. Le traitement thyro-hypophysaire a déterminé la descente d'un testicule, l'apparition de la puberté; l'instabilité thyroïdienne du sujet a été réglée et reste réglée depuis cinq ans que le traitement est suspendu. Il a grandi de 15 centimètres, augmenté de 12 kilos. L'observation montre l'action *convergente* de la thyroïde et de l'hypophyse pour la croissance et le développement testiculaire. Le sujet présentant toute une série de *stigmates de dégénérescences*, parmi lesquels l'ectopie testiculaire, on peut conclure que ces stigmates (toute cause mise à part) restent subordonnés à un mécanisme endocrinien qui est parfois sensible à l'opothérapie correspondante.

Nouveau traitement de l'ophtalmie gonococcique du nouveau-né. Emploi local du sérum antigonococcique — M. Offret a présenté 5 cas d'ophtalmies gonococciques du nouveau-né, traitées par l'emploi local d'un nouveau sérum. Les phénomènes inflammatoires ont disparu en vingt-quatre heures. Les nouveau-nés ont été définitivement guéris en un temps très court (quatre à dix jours). Il s'agit d'instillations, à peu près continues, pratiquées avec le sérum antigonococ-

cique de Blaisot. Le sérum de Blaisot est préparé sur bovidés par injections quotidiennes de doses massives de gonocoques et il est additionné d'un antiseptique approprié.

Statistique radiumthérapique de 305 cas de cancer du col utérin. — M. OPPERT, étudie 305 cas de cancer du col de l'utérus et a constaté des guérisons se maintenant depuis quinze, treize et douze ans par le radium seul. La dose favorable paraît osciller autour de 50 millicuries détruits, sans dépasser 60, distribués en une séance prolongée pendant huit à dix jours, sous une intensité faible. Avec cette technique, tubes de 50 microcuries chargés de 6mmg66 de radium filtrés sous 1 millimètre de platine, plus aluminium et caoutchouc, soit 4 millimètres et demi pour couper le rayonnement secondaire, le nombre des succès traités depuis la guerre et se maintenant depuis cinq ans au moins a augmenté dans d'heureuses proportions. Il semble que la radiumthérapie précédant de six à huit semaines l'hystérectomie totale doive être une méthode d'avenir. L'irradiation post-opératoire, au contraire, n'est pas encourageante en ses résultats. L'auteur a traité un nombre élevé de dégénérescences néoplasiques du moignon du col de l'utérus après hystérectomie subtotale pour fibrome : 17 cas sur 305, soit une proportion de 5,57 p. 100. La proportion des succès obtenus par la curiethérapie seule atteint 40 p. 100. La radiothérapie profonde ne doit s'associer systématiquement à la curiethérapie que lorsque les paramètres sont envahis d'emblée, c'est-à-dire dans les cas inopérables. Il ne semble pas qu'elle ajoute un élément de succès dans les cas de cancer du col tout à fait limité.

Poussée aiguë grave, au cours d'une syphili-tuberculose chronique, jugulée rapidement par le mercure. — M. MELAMET. La malade présentée est venue consulter pour une infiltration de la moitié supérieure du poumon gauche et du sommet droit. Le Wassermann était positif, ses crachats contenaient des bacilles de Koch granuleux. Phénomènes toxi-infectieux graves; température 39 degrés. Ni repos, ni traitements divers n'agissent sur la poussée. On prescrit des suppositoires de Hg; le troisième jour, la température baisse et reste là, même les jours suivants. Sous l'influence d'un essai de médication anti-syphilitique active, nouvelle poussée aiguë qui cède à nouveau et dès le deuxième jour à quelques centigrammes de Hg. M. Melamet pense que dans la syphilis tuberculeuse, l'élément E peut à lui seul et en dehors du facteur tuberculeux, donner des poussées aiguës graves.

Traitement des sphinctéralgies anales par les courants de diathermie. — M. Paul MEYER rapporte 56 observations de sphinctéralgies anales, aiguës ou chroniques, heureusement traitées par les courants de diathermie. Dans les formes aiguës, aussi longtemps que le spasme est marqué, il ne pénètre jamais le canal anal, il constitue un pôle anal externe à l'aide d'un tampon de coton inhibé d'eau salée. Les applications demeurent ainsi toujours indolores. Dans les névralgies chroniques, afin de pouvoir utiliser de hautes intensités bien tolérées, l'auteur emploie une grosse électrode conique présentant près de sa pointe un étranglement sur lequel vient se mouler la virole anale. Cette technique lui a permis d'obtenir dans le traitement de toutes les sphinctéralgies des résultats très supérieurs à ceux que donne la haute fréquence habituelle.

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE

(SÉANCE DU 13 OCTOBRE 1925)

Attribution d'un prix de 500 francs pour récompenser un travail qui sera présenté à la Société et qu'elle en jugera digne sur la question des *anémies infectieuses*. Les auteurs concourant pour ce prix devront présenter leur travaux avant le 1er octobre 1926 et se faire inscrire le plus tôt possible.

Sur le somnifène intraveineux (à propos du procès-verbal). — M. BONNEAU a renoncé momentanément à cette méthode qui, parfois excellente, s'accompagne souvent d'une violente excitation secondaire qui trouble les suites opératoires.

Depuis lors, *Frédet* a obtenu du fabricant l'élimination du radical dyéthyl-malonylurée, inutile pour l'anesthésie et excitant pour le système nerveux. Les suites opératoires sont plus calmes.

Un autre expérimentateur, pour éviter l'action brusque de l'agent sur le névraxe, a eu recours à la voie intra-musculaire deux heures avant l'opération. Il aurait obtenu de bonnes anesthésies.

Il faut aussi remarquer que toujours on associe le somnifène à une injection préalable de scopolamine-morphine, ce qui montre qu'il ne faut pas attendre du somnifène seul l'anesthésie parfaite.

En somme, cette méthode est encore dans la période d'études.

Sur l'anémie infectieuse du cheval. — M. VALLÉE.

L'acidité cadavérique par le procédé du séton. — M. EGAS MONIZ DE ARAGAO (de Bahia), qui a expérimenté dans 50 cas le procédé des docteurs Icard et Sylvio Rebello, en confirme l'efficacité.

Etude comparative de la tuberculose et du cancer. — M. SMIONESCO rappelle les nombreux faits appuyant le rôle de l'hérédité dans le cancer. Il a étudié la réaction de Thomas-Binetti par le bleu de méthylène et a constaté que la vitesse de cette réduction est très accélérée chez les cancéreux, tandis que le sérum de tuberculeux donne une réduction identique à celle du sérum normal. Il pense que le cancer est une évolution histologique cellulaire sur un terrain dont l'équilibre du pouvoir régulateur de la neutralité humorale est rompu.

LIVRES NOUVEAUX

Traité d'épidémiologie [t. II] (1), par MM. DOPTER et DE LAVERGNE.

Voici le second tome du *Traité d'épidémiologie* de MM. Dopter et de Lavergne. Les auteurs continuent l'exposé des maladies infectieuses envisagées au point de vue épidémiologique. Nous y retrouvons le même souci de précision et de clarté que dans le tome premier; l'abondance de la documentation scientifique s'associe avec bonheur à la vision nette des grandes lignes, comme elle se plie aux exigences des applications pratiques.

Pour chaque infection sont envisagés les caractères généraux, les conditions étiologiques, la prophylaxie.

Sont étudiés successivement la tuberculose, la lèpre, la morve, l'infection charbonneuse humaine. Puis viennent les maladies à détermination intestinale, les fièvres typhoïdes et paratyphoïdes, la dysenterie bacillaire, le choléra. Les auteurs en font une étude particulièrement approfondie qui justifie la gravité et la fréquence de ces maladies épidémiques.

On ne saurait trop souligner combien la haute compétence des auteurs donne de valeur à leur exposé.

CH. ZŒLLER.

Claude Bernard (2), par J.-L. FAURE.

Quelle prodigieuse destinée fut celle de Claude Bernard. Ce petit vigneron du Beaujolais, élevé par un curé et aussi par un pharmacien auquel il rendait quelques services, rêve d'abord de faire du théâtre; dissuadé par Saint-Marc Girardin de suivre cette voie, il commence ensuite sa médecine, est reçu à l'internat. Devenu l'interne de Magendie à l'Hôtel-Dieu, puis son préparateur au Collège de France, Claude Bernard est attiré par la physiologie. Il abandonne la médecine comme il avait renoncé au théâtre et se consacre désormais au laboratoire où il ne tarde pas à atteindre l'apogée de la gloire.

Un pareil sujet devait tenter l'écrivain puissant et varié qu'est M. Jean-Louis Faure.

Nul, mieux que lui, ne sait passer avec aisance des descriptions colorées et des récits familiers aux conceptions les plus élevées où se plait son esprit généreux.

Il était bien l'historiographe digne de faire revivre la grande figure de Claude Bernard.

F. L. S.

(1) Paris, J.-B. Baillière.
(2) In-8 avec un portrait hors texte. — Prix : 7 fr. 50. — Paris 1925, Editions G. Crès et Cie.

L'oxyde de carbone et l'intoxication oxycarbonique. Etude chimico-biologique (1), par le docteur Maurice NICLOUX, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, membre correspondant de l'Académie de médecine.

L'étude de ce gaz toxique et d'autre part extrêmement répandu, poursuivie inlassablement pendant un siècle, n'a donné des résultats complets qu'au cours de ces dernières années, et actuellement, la question de la propriété biologique de l'oxyde de carbone est parfaitement claire.

« Pour une fois, écrit l'auteur, le biologiste — fait si rare que je le tiens actuellement pour unique — voit une suite de processus physiologiques et physio-pathologiques se dérouler exactement dans le cadre d'une des lois les plus importantes et les mieux établies de la chimie physique : *la loi d'action de masse* ».

La combinaison de l'hémoglobine avec l'oxyde de carbone, le partage du pigment mis au contact du mélange des deux gaz oxygène et oxyde de carbone telles sont les deux questions qui sont étudiées dans le plus grand détail. Avant elles, l'auteur a résumé un certain nombre de généralités concernant l'oxyde de carbone (état naturel, sources diverses, réactions chimiques pouvant donner naissance à de l'oxyde de carbone, préparation, propriétés physiques et chimiques).

Puis il étudie l'intoxication oxycarbonique, la mesure de son intensité par la notion du coefficient d'empoisonnement, son traitement par les inhalations d'oxygène administré par des appareils dont il donne la description.

Désirant donner à cet ouvrage un caractère pratique, l'auteur termine par l'exposé des techniques relatives au dosage de l'oxyde de carbone dans l'air et dans le sang, techniques dont la description est dispersée dans un grand nombre de périodiques.

L. G.

QUESTION D'INTERNAT

LES CRISES GASTRIQUES DU TABES

A n'importe quelle période de l'évolution du tabes, il peut survenir brusquement un accident grave par sa répétition : ce sont les *crises gastriques* qui rentrent d'ailleurs dans le cadre des crises viscérales ou viscéralgies du tabes. Très fréquentes, elles ont été étudiées pour la première fois par Delamarre, puis de nouveau par Charcot, Fournier, P. Marie, etc.

Symptômes. — Dans sa *forme commune*, la crise gastrique survient, soit comme une des premières manifestations d'un tabes incipiens, passé inaperçu jusque-là et même plusieurs années avant l'apparition de tout autre symptôme, soit au contraire au cours de l'évolution d'un tabes reconnu et soigné.

La crise est parfois précédée d'un malaise vague et d'abattement plus ou moins marqué. Puis les douleurs gastriques surviennent brusquement. Le plus souvent, le caractère essentiel de la crise gastrique est, son début, subit, « brutal, soudain, inopiné » (L. Ramond).

a. **Les douleurs** sont en général extrêmement violentes, atroces même; elles arrachent des cris au malade qui, pour se soulager, cherche une attitude (position en chien de fusil ou bien assis et les jambes fortement fléchies). Elles siègent au creux épigastrique et peuvent irradier vers l'hypocondre gauche et surtout l'hypocondre droit, ce qui peut faire penser à une colique hépatique, ou bien autour de la taille, dans le dos, l'abdomen, etc. Ces douleurs sont tellement aiguës que l'on peut penser à une perforation gastrique ou intestinale, à une pancréatite, à un empoisonnement.

b. **Les vomissements** accompagnent presque toujours les douleurs. Ils surviennent soit à jeun, soit en pleine période digestive. Au début, ce sont des vomissements alimentaires, puis très rapidement le malade vomit des pleines cuvettes de liquide bilieux ou même seulement aqueux ou muqueux. Ces vomissements se produisent sans arrêt et reprennent avec une intensité plus violente dès que le malade prend quelque aliment ou boisson. Il y a une intolérance gastrique absolue avec hypersécrétion intense. Pendant les périodes de repos, il y a fréquemment du hoquet ou des éructations gazeuses.

Enfin, au bout de quelques jours, les vomissements aqueux peuvent se teinter de sang. Il est rare qu'il se produise une véritable hématémèse; mais il s'agit plutôt de traînées noirâtres de sang digéré. L'examen de ces liquides vomis montrent tantôt de l'hyper, tantôt de l'hypochlorhydrie.

c. **L'état général** est fortement atteint. Le facies est grippé pâle, les traits sont tirés, la face angoissée, les yeux cernés et enfoncés.

Le pouls s'accélère et bat à 100 et au-dessus. La pression artérielle reste en général élevée. La pupille se dilate. La soif est vive, ardente et les urines sont rares. On a signalé dans les urines la présence d'acétone et d'acide diacétique (von Noorden), de glycosurie. A l'examen, l'abdomen est aplati, contracturé, hyperesthésié le plus souvent.

L'intestin est souvent intéressé. Tantôt il y a une constipation absolue, tantôt il y a une crise diarrhéique concomitante avec selles profuses muqueuses, crises douloureuses abdominales, rétraction du ventre et hyperesthésie cutanée. Parfois la crise intestinale peut même dominer les troubles gastriques. L'examen radioscopique a pu montrer dans quelques cas (Carnot, Grœdel, Ludin, Antoine) une hypertonie gastrique nette pendant la crise avec hypersécrétion. La crise se termine brusquement. Le malade épuisé se rétablit rapidement.

Formes cliniques. — On a décrit quelques *formes anormales* (Charcot, Fournier) : la forme *gastralgique* pure, sans vomissements; le malade a des nausées, fait des efforts, mais ne peut vomir. Ces efforts inutiles sont d'autant plus douloureux. La forme *vomitive*, au cours de laquelle, au contraire, les douleurs sont au minimum et les vomissements existent pour ainsi dire comme seuls symptômes. La *forme algide* simulant le choléra. La forme flatulente (Cade et Leriche) : les éructations sont violentes, les borborygmes répétés; il y a un météorisme abdominal très marqué. Mais tous ces symptômes paraissent traduire surtout une crise d'aérophagie aiguë. Une *forme gastrorrhagique*, l'hématémèse est rarement abondante : elle peut être due, soit à une lésion de la muqueuse gastrique (ulcus, cancer), soit à la sclérose des vaisseaux qui se rompent sous l'influence de l'hypertension et des efforts de vomissement.

On a décrit encore une forme simulant le syndrome de Reichmann, et caractérisée par une exagération de la sécrétion chlorhydrique (Soupault). On a aussi signalé des *formes vagotoniques* et des formes *sympathicotoniques*, suivant la prédominance des symptômes observés.

Evolution. — L'évolution est variable. La crise dure en général deux ou trois jours, et rapidement tout rentre dans l'ordre. La terminaison est brusque. D'autres fois, elle se prolonge une, deux ou trois semaines, en se succédant sans arrêt. Cet *état de mal continu* amène le malade dans un état de prostration et d'abattement. La mort peut survenir dans le collapsus avec diarrhée profuse. Plus rarement, les crises s'espacent et disparaissent à la longue. Mais, en général, les crises se succèdent de plus en plus violentes et de plus en plus rapprochées et deviennent intolérables pour les malades.

Rapport avec le tabes. — Les crises gastriques peuvent précéder l'apparition du tabes de plusieurs années. D'autres fois, elles peuvent être le premier symptôme qui révèle un tabes incipiens qui évolue par la suite. Enfin, bien souvent, on constate l'association ou l'alternance de la gastralgie avec les autres symptômes : signe de Romberg, signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes, myosis, etc., crises douloureuses vésicales, rénales, testiculaires, ovariennes, etc.

(*A suivre.*)

Initiation à la médecine, par le docteur Henri BOUQUET. (Collection des Initiations.) — Paris, Hachette.

(1) Un vol. de 254 pages avec 34 fig. — Prix : 22 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 97. — SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1925. — N° 97.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, **20** francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : **9** fr. **50**. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* **48-31**

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . **35** *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . .* **45** *fr.*

Tarif extérieur n° 1, **55** *fr.,* valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, **65** *fr.,* valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 30 novembre. — Questions données : « Symptômes de l'insuffisance aortique. — Rupture traumatique de l'urètre. »

MM. Chaperon (Robert), 24; Ragu (Jean), 27; Béraudy (Emile), 22; Baillis (Jean), 25; Mlle Landowski (G.), 23; MM. Wolff (André) et Lançon (Joseph), 22; Sicard (A.), 25; Gaubier (Roger), 23; Berdet (Henri), 24.

Séance du 2 décembre. — Questions données : « Diagnostic des hémoptysies tuberculeuses. — Examen clinique d'une femme enceinte près du terme. »

MM. Laçon (René), 18; Briau (Lucien), 22; Schwob (Robert), 18; Mlle Maas (Alice), 27; MM. Brusson (Jean), Massot (Pierre) et Lejeune (Pierre), 20; Mlle Dartin (Anne-Marie), 18; M. Priollet (Jean), 26.

— (*Médaille d'or.*) — *Section de médecine.* — Le jury est composé de MM. Brouardel, Babonneix, Michel, Touraine et Heuyer.

Section de chirurgie. — Le jury est composé de MM. Picot, Wiart, Moulonguet, Monthus et Levant.

— PRIX CIVIALE. — Le jury est définitivement composé de MM. Courtois-Suffit, Thiéry, Le Noir, Lion et Souligoux.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. M. le professseur agrégé Portmann a été désigné pour assurer le cours de M. le professeur Moure, nommé professeur honoraire.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — AMIENS. — Le concours pour l'emploi des fonctions de professeur suppléant de pathologie et clinique chirurgicale, à l'Ecole de médecine d'Amiens, s'est terminé par la nomination de M. R. de Butler d'Ormond.

COMMISSION DU CANCER. — M. le docteur Lippmann, ancien interne des hôpitaux de Paris, chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, est nommé membre de la Commission.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE. — M. le docteur Charles Juilliard a été nommé professeur extraordinaire de médecine des accidents.

M. le docteur François Naville est chargé du cours de médecine légale à la Faculté de médecine et à la Faculté de droit de Genève.

M. le docteur Bujard est nommé professeur extraordinaire d'histologie normale et d'embryologie.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LAUSANNE. — M. le docteur Preissig est nommé professeur de psychiâtrie

M. le docteur Ramel est nommé professeur de dermatologie.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE. — Le médecin inspecteur Visbecq, directeur du service de santé de la 16e région, est nommé directeur du service de santé des troupes d'occupation du Maroc ; le médecin inspecteur Oberlé, directeur du service de santé des troupes d'occupation du Maroc, est nommé directeur du service de santé de la 15e région ; le médecin inspecteur Lafforgue, disponible, est nommé directeur du service de santé de la 16e région, à Montpellier.

ÉCOLE D'APPLICATION DU SERVICE DE SANTÉ DES TROUPES COLONIALES. — Sont nommés professeurs aux chaires vacantes à l'Ecole d'application du Service de santé des troupes coloniales : chaire de médecine légale et de psychiatrie, M. Jauneau, médecin-major de 1re classe ; chaire d'anatomie chirurgicale et médecine opératoire, M. Botreau-Roussel, médecin-major de 1re classe ; chaire de bactériologie, parasitologie et hygiène, M. Keckenroth, médecin-major de 1re classe. (*J. O.*, 25 nov. 1925).

MÉDECINS, PHARMACIENS ET DENTISTES AUXILIAIRES DE RÉSERVE. — Les militaires de la disponibilité et des réserves titulaires d'au moins 12 inscriptions validées de médecine ou de 8 inscriptions validées de pharmacie ou de 8 inscriptions validées de chirurgie dentaire peuvent être nommés, sur leur demande, respectivement au grade de médecin auxiliaire, de pharmacien auxiliaire ou de dentiste auxiliaire de réserve après avoir subi avec succès un examen d'aptitude dont les matières sont fixées par le ministre de la Guerre.

La position dans la hiérarchie militaire des médecins, pharmaciens et dentistes auxiliaires est celle des adjudants sous-officiers.

Les médecins, pharmaciens et dentiste auxiliaires secondent, dans l'exécution du service technique, les médecins, pharmaciens et dentiste militaires de l'armée active ou des réserves sous les ordres desquels ils sont placés.

Le décret du 3 mars 1902, réglant l'organisation d'un cadre de médecins auxiliaires pour le cas de mobilisation, et le décret du 11 janvier 1919, déterminant la situation militaire et l'effectif maximum des dentistes militaires, sont abrogés. (*J. O.*, 21 nov. 1925).

JOURNÉES MÉDICALES MARSEILLAISES. — Dans son assemblée générale du 29 octobre dernier, le Conseil d'administration du *Marseille médical* a décidé d'organiser, en mai 1927, des Journées médicales à l'instar de celles qui ont eu lieu à Toulouse en 1925 et de celles qui auront lieu à Montpellier en 1926 et à Bordeaux en 1928.

IIIe CONGRÈS DES DERMATOLOGISTES ET SYPHILIGRAPHES DE LANGUE FRANÇAISE (Bruxelles 1926). — Questions à l'ordre du jour :

1° *Tuberculides, nature et traitements.* — Rapporteurs : MM. Pautrier (de Strasbourg) et Schaumann (de Stockholm).

2° *Herpès et zona, leur étiologie.* — Rapporteurs : MM. X... et Levaditi (de Paris).

3° *Les purpuras.* — Rapporteurs : MM. Lespinne (de Bruxelles), Roskam (de Liége) et P.-E. Weill (de Paris).

4° *Réinfection syphilitique, pseudo-réinfection, superinfection.* — Rapporteurs : MM. R. Bernard (de Bruxelles), Carle (de Lyon) et Marcel Pinard (de Paris).

5° *Des troubles endocriniens d'origine hérédo-syphilitique.* — Rapporteurs : MM. André Léri et Barthélémy (de Paris), Nicolas et Gaté (de Lyon).

6° *De l'état actuel de la thérapeutique du lupus.* — Rapporteurs : MM. P. François (d'Anvers), Halkin (de Liége) et L. Dekeyser (de Bruxelles).

Le secrétaire général est le docteur Dekeyser (de Bruxelles).

SOCIÉTÉ DE PATHOLOGIE COMPARÉE. — La séance solennelle annuelle de la Société de pathologie comparée aura lieu le mardi 8 décembre 1925, à 4 h. 1/2 très précises, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 8, rue Danton, sous la présidence de MM. les ministres de l'Instruction publique, de l'Agriculture, du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, et de M. le professeur Letulle, membre de l'Académie de médecine.

UNION FÉDÉRATIVE DES MÉDECINS DE LA RÉSERVE ET DE L'ARMÉE TERRITORIALE. — L'assemblée générale aura lieu le mardi 22 décembre 1925, à 18 heures précises, au Cercle militaire.

Le banquet annuel aura lieu le mardi 22 décembre 1925, au Cercle militaire, à 19 h. 1/2, sous la présidence de M. le médecin inspecteur général Rouget, président du Comité consultatif de santé.

La conférence mensuelle aura lieu au Cercle militaire, le lundi 21 décembre 1925, à 21 heures, sur le sujet suivant : « La collaboration des services d'hygiène publique et du Service de santé militaire en temps de guerre », par M. le médecin inspecteur général Toubert.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Marceau Bilhaut (de Paris), Blond (de Châteauneuf-Val-de-Bargis), Théodore Dulau (de Cap-Breton), Paul Galletti, ancien médecin de la santé à Marseille, père du docteur Antoine Galletti.

COLLÈGE DE FRANCE. — COURS DE PROTISTOLOGIE PATHOLOGIQUE. — M. Nattan-Larrier, professeur, ouvrira son cours le samedi 5 décembre à 4 heures moins un quart, salle 5, et le continuera les jeudis et samedis à la même heuse. Sujet du cours : « Etude de quelques questions relatives à l'origine des agents pathogènes ».

DISPENSAIRES. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des dispensaires du département des Vosges aura lieu le 10 janvier prochain, à 9 heures du matin, au siège de la Fédération vosgienne, 4, rue du Collège, à Epinal.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

ERRATUM. — Dans l'article de M. L. Babonneix, relatif à « la Fête en l'honneur de M. Auguste Pettit » (*Gaz. des hôpit.*, 2 déc. 1925, n° 96, 1re page, 1re col.), lire : « Bonneau », au lieu de « Bouceau » ; — étranger aux « lieux », au lieu de : étranger aux « travaux » où se presse la foule...

Le docteur WALLICH

L'Académie de médecine a été très éprouvée cette semaine. Après Desnos voici que disparaît à son tour un confrère qui jouissait aussi de toutes les sympathies : Wallich, professeur agrégé à la Faculté, accoucheur des hôpitaux, membre titulaire de l'Académie de médecine, officier de la Légion d'honneur.

Wallich occupait une place importante à l'Académie où dans les discussions et dans les commissions il soutenait toujours avec autant d'énergie que de courtoisie ses opinions pleines de bon sens. Dans toutes les questions d'obstétrique, de puériculture, dans la discussion sur le statut des sages-femmes, il a toujours joué un rôle important.

Il y a huit jours il était encore à l'Académie et nous avait remis un ouvrage sur *la Menstruation* qui venait de paraître.

Jusqu'au dernier moment Wallich aura donné l'exemple d'une vie de labeur entièrement consacrée à la science qu'il aimait.

A. B.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 7 AU 12 DÉCEMBRE 1925)

THESES

Mercredi 9 décembre. — Jury : MM. Teissier, président; Gosset, Lemierre et Cadenat. — M. BERNARD (H.). Les pleurésies au cours de la scarlatine. — M. MORET. Etude du traitement chirurgical des luxations de la hanche.

Samedi 10 décembre. — Jury : MM. Gilbert, président; J.-L. Faure, Baudouin et Mocquot. — M. HABABOU-SALA. Recherches sur le chancre mou. — M. RIPERT. Etude des indications de la colpotomie et de ses résultats éloignés. — M. LEPAUMIER. Etude du traitement du cancer du sein.

REVUE GÉNÉRALE

SYNDROME DE RAYNAUD[1]

Par MM P. MEIGNANT et M. KAPLAN,
Internes des hôpitaux de Paris.

B. **Facteurs nerveux.** — 1. Nerfs périphériques. — Certes, on a signalé des lésions de *névrite* des nerfs cérébro-spinaux à l'autopsie de quelques malades mort d'affection intercurrente après avoir présenté un syndrome de Raynaud allant jusqu'à la gangrène (Mounestein, Jeanselme). Mais les faits de névrite vérifiée sont trop rares pour qu'on puisse s'empêcher de penser à de simples coïncidences ; les lésions seraient surtout des lésions des fibres sympathiques du nerf; rien ne prouve d'ailleurs que la névrite, quand elle existe, soit primitive et non secondaire à la gangrène ou à des lésions des vasa nervorum (Wigh, Worth, Kronfeld, Rhakmaninoff, Giovanni). Pitres et Vaillard ont d'ailleurs montré qu'il existait des faits de névrites avec gangrène des extrémités qui sont à séparer de la maladie de Raynaud. Au reste, cliniquemeut, on n'observe pour ainsi dire jamais de syndrome névritique : il n'y a jamais de paralysie, jamais de troubles sensitifs persistants, en dehors des crises paroxystiques.

2. Système nerveux central. — On a signalé la coexistence, décélée par la clinique ou par l'autopsie, du syndrome de Raynaud :

Avec des affections de la moelle, tabès (Hochenegg), syringomyélie (Hochenegg, Gowers, Papelow), compression de la moelle dorsale ou lombaire (Colman, Schlesinger), mal de Pott, sclérose en plaques (Strauss) ;

Avec des affections de l'encéphale, hydrocéphalie, épilepsie (Féré, Osler), hémiplégie (Raynaud, Osler), chorée (Bler, Monro), paralysie générale (Naudascher);

Avec des névroses, hystérie (Chauffard, Thezéosler, Lévi, Souques) ou *des psychoses*, manie aiguë (Bland), démence (Macpherson), mélancolie, neurasthénie (Binswanger).

Ces faits sont susceptibles d'interprétations diverses. Il peut s'agir de coïncidences. Quand la syphilis est en cause, elle peut agir autrement que par des lésions centrales, en faisant de l'artériolite par exemple. Les psychoses et les névroses ne paraissent être que la marque d'un terrain favorable aux perturbations sympathico-endocriniennes. Il n'est pas exclu que certaines lésions intéressent *les centres sympathiques* situés dans l'axe cérébro-spinal. Sans doute le siège de ceux-ci est mal connu : il en existe dans le cortex, dans les noyaux gris centraux, sur le plancher du IVe ventricule les moins discutés sont ceux du tractus intermediolateralis (Colonne de Clarke) de la moelle dorsale ; c'est précisément la zone que touche la syringomyélie.

3. Système sympathique. — Qu'on étudie ce qui concerne les lésions artérielles, les nerfs périphériques, le système nerveux central, c'est donc toujours au sympathique qu'on en revient. Celui-ci dans tous les cas semble le lien indispensable entre les différents facteurs que nous avons jusqu'ici considérés. Le syndrome de Raynaud est le fait d'une pertubation sympathique vaso-motrice.

D'ailleurs, *la coexistence du syndrome de Raynaud avec d'autres syndromes d'origine ou à manifestations sympathiques est très fréquente* : témoin, l'association du syndrome de Raynaud avec l'érythromélalgie, la sclérodermie (voir diagnostic). Weiss a vu les crises des extrémités s'accompagner de phénomènes paralytiques transitoires dans le territoire du sympathique cervical droit, suivis d'hémiatrophie faciale; Cassirer a signalé la possibilité d'une douleur à la pression du ganglion cervical supérieur; la coexistence de troubles sécrétoires (sudoraux) est banale. Comme toujours en pareille matière, *peuvent se surajouter des syndromes endocriniens* : Basedow (Bonnier, Hyde), hypothyroïdie ou instabilité thyroïdienne (L. Lévi et de Rothschild) ; syndrome hypophysaire ; syndrome addisonien (Buddi, Fetges, Bonnier) ; syndrome pluriglandulaire. Raynaud insistait déjà sur la fréquence des troubles ovariens (menstruation) chez ses malades et après lui la plupart des auteurs ont été frappés par ce point. Dès 1832, Boisseau citait un fait non douteux d'asphyxie locale sous le nom de « cyanose utérine ». La perturbation sympathique apparaît ainsi le grand facteur du syndrome de Raynaud.

1° Cette *dyssympathicotonie* peut être le fait d'une lésion irritative frappant tel ou tel point des voies vaso-motrices : *voies périphériques*, notamment en cas d'artérite avec périartérite, les excitations portant sur le sympathique périartériel (l'artérite agissant en même temps comme cause localisatrice comme peuvent d'ailleurs le faire des prédispositions locales mal élucidées chez des malades sujets aux refroidissements des extrémités, aux engelures); *voies centrales ou centres vaso-moteurs* cérébro-spinaux dans des cas de lésions organiques du système nerveux central.

2° Cette dyssympathicotonie peut être conditionnée par un trouble endocrinien.

3. Elle peut enfin être le fait d'un état constitutionnel, et tous les auteurs qui se sont occupés de la question parlent de « constitution névropathique », « dystrophie névropathique », « diathèse vaso-motrice », « ataxie vaso-motrice » (Cassirer). Est-ce là autre chose qu'une modalité de ce qu'on appelle aujourd'hui *hyper ou mieux dyssympathicotonie, généralisée ou localisée* ?

C. **Facteurs toxi-infectieux.** — De toute façon, soit qu'on ne trouve pas de lésion locale évidente et que le mécanisme intime de la crise reste inconnu, soit qu'elles agissent par l'intermédiaire de lésions endocriniennes, vasculaires ou nerveuses, des causes générales, infections ou toxi-intoxications, sont à placer à la base du syndrome de Raynaud. En présence de tout syndrome de Raynaud une enquête étiologique serrée doit donc rechercher :

I. Une infection. — a. *Infections aiguës*. — On a vu le syndrome de Raynaud accompagner ou suivre une grippe (Batmann), une diphtérie (Powell), une pneumonie (Dufour), l'érysipèle, le choléra, la variole, la scarlatine, la rougeole, la coqueluche, le rhumatisme articulaire aigu ont été signalés, et surtout *la typhoïde*. Nous avons vu qu'il y avait peut-être lieu de reclasser les observations qui groupent, à côté de syndromes de Raynaud authentiques, des faits de thrombose artérielle infectieuse.

b. *Infections chroniques*. — Elles sont plus sou-

---

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 95, p. 1545.

vent en cause, trois surtout : le *paludisme*, la *tuberculose*, la *syphilis*.

1. Le rôle du *paludisme*, entrevu par Raynaud, a été signalé par Charpentier, Duroziez, Foulquier et Bréhier, Calmette, Petit et Verneuil, Monro : tantôt des crises paroxystiques des extrémités coïncident avec des accès fébriles et disparaissent avec eux (peut-être alors s'agit-il, pour une part, de phénomènes de choc ?) ; tantôt les crises paroxystiques sont indépendantes des accès fébriles et peuvent aboutir à la gangrène ; peut-être alors s'agit-il, comme dans le cas de Paisseau et Lemaire, d'artérite palustre ?

2. Le rôle de la *tuberculose* a d'abord été défendu par Rénon et Bonnenfant. Des observations suggestives sont dues à Rénon, Faure et Labbé, à Coulonjon. Pour Roques, la tuberculose est, avec les lésions cardiaques, un des facteurs les plus importants de syndrome de Raynaud. On sait par ailleurs le rôle que les auteurs lyonnais font jouer à la tuberculose dans l'étiologie de certaines affections cardiaques (maladie du Duroziez notamment). Roques rapproche le syndrome de Raynaud des tuberculides de Darier (engelures persistantes, érythème induré de Bazin, angiokératomes, lupus érythémateux, tuberculides papulo-nécrotiques) ; dans tous ces cas, la tuberculose agirait soit par lésion artérielle, soit par action toxinique sur les centres vaso-moteurs (d'où le spasme).

3. Le rôle de la SYPHILIS semble prépondérant et dès 1913 Giroux, qui a fait du syndrome de Raynaud chez les syphilitiques une remarquable étude d'ensemble, rassemblait 142 observations probantes. Il peut s'agir de *syphilis secondaire* (Gaucher, L. Brozard et J. Braber, Levy-Bing et Gerbey, Druelle, Gaucher, O. Claude et Croisset, Guillain et Kudelski, Kudelski : thèse de Paris 1923). Il s'agit surtout de *syphilis tertiaire* ou *d'hérédo-syphilis* : Raynaud déjà rapportait quatre cas de gangrène des extrémités chez des syphilitiques, deux empruntés l'un à Portal, l'autre à B. Henry, et deux qu'il avait observés lui-même. De très nombreux auteurs ont signalé les mêmes faits s'appuyant, pour mettre en cause la syphilis, sur les preuves ordinaires cliniques, biologiques et thérapeutiques. Sans doute, pour Monro, la syphilis n'était en cause, que dans 5,8 p. 100 des cas (syphilis héréditaire 3 p. 100 ; syphilis acquise : 2,8 p. 100). Les auteurs plus récents, Giroux entre autres, admettent, sans pouvoir donner des chiffres, une fréquence beaucoup plus grande. La syphilis de fait a tout pour réunir les facteurs générateurs du syndrome : lésions nerveuses, lésions endocriniennes, lésions artérielles et artériolaires surtout : beaucoup d'observateurs voient dans la maladie de Raynaud une des « modalités de la vascularite syphilitique, dont les localisations permettent de saisir les caractères cliniques essentiels du syndrome ». Audry et Lechatellier en font « un exemple d'endocrinide syphilitique angioneurotique ».

II. UNE INTOXICATION. — a. *Endogène*. — La glycosurie ou le *diabète* vrai ont été signalés chez des malades atteints de syndrome de Raynaud. Le rôle de la *néphrite chronique* (hypertensive urémigène) est noté par de nombreux auteurs : l'albuminurie est très fréquemment signalée chez les malades ; les syncopes locales de la maladie de Raynaud ont une analogie certaine avec le phénomène du doigt mort des néphritiques hypertendus ; Roques a d'ailleurs remarqué que la syncope locale est surtout le fait des hypertendus, l'asphyxie celui des hypotendus (chlorotiques, anémiques...).

b. *Exogène*. — Signalons le morphinisme, l'alcoolisme, le saturnisme, le nitrotoluol, les gaz asphyxiants, l'arsenicisme. Méritent surtout une mention les intoxications :

Par l'oxyde de carbone (Haïdar-Ali) ; le syndrome de Raynaud peut alors être un accident tardif de l'intoxication, dû soit à des troubles vaso-moteurs (comme les escarres) soit à des troubles de névrite.

Par l'ergot de seigle dont on sait les propriétés vaso-constrictives (voir diagnostic).

III. Plus récemment enfin, on a *mis en évidence, dans certains cas de syndrome de Raynaud, l'existence d'un choc hémoclasique*. Souques et R. Moreau ont rapporté le cas d'un sujet chez qui l'immersion des mains dans l'eau froide provoquait d'abord une crise colloïdo-clasique (chute de la tension, leucopénie), puis à la fois des signes généraux de choc et des signes locaux à type de crise d'asphyxie locale. Ils concluent à l'existence d'un type spécial de syndrome de Raynaud avec choc et signes généraux. En 1921, chez un sujet atteint de gangrène des extrémités, M. Widal a pu provoquer une crise d'urticaire aux lieu et place de la crise d'asphyxie. De tels faits expliquent sans doute la coexistence notée maintes fois de syndrome de Raynaud, non seulement avec la migraine, mais avec des crises d'hémoglobinurie paroxystique (Hutchinson, Monro), des poussées d'œdème de Quincke, d'urticaire, d'œdèmes articulaires ou péri-articulaires. Mais ici encore il faut bien séparer ce qui revient au syndrome de Raynaud de ce qui peut être le fait de thromboses vasculaires (après injections intra-veineuses de néosalvarsan notamment : Oddo et Giraud).

De toutes façons, d'accord avec la grande majorité des auteurs modernes, *on ne peut plus considérer l'affection que nous décrivons comme une maladie autonome. C'est un syndrome dont les causes peuvent être nombreuses et intriquées* (*un « rébus » dit Martinet*), *mais dont certaines, la syphilis par exemple, l'emportent beaucoup, nous l'avons vu, en importance et en fréquence*.

VII. DIAGNOSTIC

Les problèmes de diagnostic différentiel varient suivant qu'on se trouve en présence d'un paroxysme à type syncopal ou asphyxique, ou de troubles trophiques.

1. **La syncope locale** est à distinguer :

a. *Du doigt mort* : celui-ci ne s'accompagne pas de douleur ; mais celle-ci, il est vrai, peut manquer au début du syndrome de Raynaud. Le doigt mort ne se produit qu'en période froide alors que les crises du syndrome de Raynaud, quoique plus fréquentes en hiver, peuvent se présenter en toutes saisons. On recherchera avec soin la cause habituelle du doigt mort, la néphrite chronique hypertensive. Au reste, nous l'avons vu, le phénomène du doigt mort n'est peut-être qu'une crise de syncope fruste.

b. De l'onglée qui n'est qu'un phénomène physiologique nécessitant toujours un refroidissement intense et que la chaleur dissipe rapidement et à coup sûr.

2. **L'asphyxie locale** peut être simulée par :

a. *Les engelures.* — L'aspect est parfois analogue; les engelures peuvent être symétriques et multiples; mais elles siègent surtout à la face dorsale des premières phalanges des doigts et de la main; lorsqu'elles ne sont pas en rapport avec un syndrome de Raynaud, elles sont étroitement dépendantes de la saison hivernale, et il faut se méfier de toute engelure apparaissant ou persistant en dehors de la saison habituelle.

b. *L'acrocyanose*, dont l'aspect est très voisin de celui de l'asphyxie locale, s'en différenciera par la permanence des troubles, leur étendue fixe et la présence presque constante de livedo sur la plus grande partie du membre. Il s'agit d'un état chronique et non de crises paroxystiques. Ce serait une vasodilatation passive et non une vasoconstriction active. L'acrocyanose est d'ailleurs infiniment plus banale que le syndrome de Raynaud.

c. *L'érythromélalgie* ou syndrome de Weir-Mitchell est également un syndrome paroxystique; mais déjà cliniquement il s'oppose point par point au syndrome de Raynaud : la coloration des téguments est rosée ou rouge alors qu'elle est bleue dans le syndrome de Raynaud ; il y a hyperthermie locale; la sensibilité est normale ou bien il y a hyperesthésie et non hypo ou anesthésie. Les douleurs spontanées sont plus vives. Il s'agit d'une vasodilatation active provoquée par la chaleur, et le pouls radial est souvent plus fort pendant la crise. La tache blanche disparaît plus vite.

Mais syndromes de Raynaud et de Weir-Mitchell peuvent s'associer : cette association, quoique un peu paradoxale, est très fréquente (Potain, Morel-Lavallée, Lannois et Porot, May et Hillemand); on peut voir les deux syndromes présenter leurs crises simultanément sur deux doigts différents ou se succéder au niveau d'un même doigt. Plus qu'avec la crise d'asphyxie locale le diagnostic de l'érythromélalgie se discuterait avec la phase de réchauffement qui suit les crises du syndrome de Raynaud. L'érythromélalgie relève d'ailleurs de facteurs très proches de ceux qui sont en cause dans la maladie de Raynaud, et on peut comparer l'association de ces deux affections à celle du myxœdème et de la maladie de Basedow, mettre en parallèle la dyssympathie et la dysthyroïdie (May et Hillemand).

d. Plus facile est le diagnostic avec la *cyanose congénitale*, la *cyanose des cardiaques*, les *érythèmes de divers ordres*, les *crises distales* (*à type érythromélalgique*) *de l'érythrémie* ou maladie de Vaquez, l'*acroérythrose* (Bechterew) « qui n'est pas douloureuse et se complique souvent d'éreuthophobie » (Laignel-Lavastine).

Il y a cependant une affection rare, mais aujourd'hui bien connue, dont le diagnostic avec le syndrome de Raynaud peut être difficile : c'est la *thromboangéite oblitérante.* Elle a été décrite en 1906 par Léo Buerger (de New-York), puis étudiée par divers auteurs, notamment en France, par Gilbert et Coury.

C'est une affection chronique, à début inflammatoire, très vraisemblablement toxi-infectieux, qu'on n'observe guère que *chez des Israélites de l'Est de l'Europe*. Les premiers symptômes sont subjectifs : fourmillement, engourdissement, douleur, sensation de froid à l'extrémité d'un membre ; la douleur, surtout nocturne, existe habituellement au repos; quelquefois elle occupe le mollet et prend l'aspect typique de la claudication intermittente. Les signes physiques sont tout à fait caractéristiques : pâleur spéciale du membre atteint dans la position horizontale, diminution de l'angle de capacité circulatoire (Leo Buerger) et surtout *asphygmie* (radiale, cubitale, pédieuse, tibiale) constante et permanente. Finalement, plus ou moins rapidement, apparaissent des douleurs continues et intolérables et des troubles trophiques ou de gangrène sèche. Le fait que les troubles ne sont pas symétriques, que l'asphygmie est permanente, qu'il n'y a pas vraiment de crises paroxystiques (notamment sous l'action du froid) sont, avec les conditions étiologiques spéciales, les gros arguments du diagnostic avec le syndrome de Raynaud. Il faut y ajouter la présence, dans la thromboangéite, d'un syndrome hématologique tout spécial : polyglobulie à 5 à 6 millions d'hématies, hyperglycémie sans glycosurie (50 p. 100 des cas), diminution notable du temps de saignement et augmentation de la viscosité sanguine.

Il s'agit d'une *angéite oblitérante intéressant les artères et les veines des extrémités distales des membres* (Gilbert et Coury. *Paris méd.*, 1er juillet 1922). L'étiologie et la pathogénie sont obscures. La syphilis n'est pas en cause.

3. Lorsque le syndrome de Raynaud en est arrivé au stade des **troubles trophiques**, de nouvelles affections doivent en être distinguées :

a. Les *gangrènes par embolie et par thrombose artérielle* se reconnaîtront, en dehors des circonstances étiologiques (infections aiguës, notamment typhoïde, ou oblitération chronique), par l'intensité et la constance des signes artériels (asphygmie), l'absence de crises paroxystiques, l'unilatéralité fréquente, l'extension et la gravité de la mortification. Les *gangrènes des extrémités chez les tabétiques* ne seraient souvent qu'une forme d'artérite oblitérante.

b. La *syringomyélie*, la *lèpre*, la *maladie de Morvan* donnent un type de lésions tout spécial, remarquable par son indolence malgré de grosses mutilations et par les signes concomitants. On peut en rapprocher les cas de « panaris multiple peu douloureux » de Inowa et les faits de « *gangrène* » *par névrite* (Pitres et Vaillard). Rappelons ici qu'il faut distraire du cadre de la maladie de Raynaud tous les cas où il n'y a pas eu de crises paroxystiques vaso-constrictives et ceux, sauf exceptions très rares, où manque le caractère symétrique des troubles.

c. Les troubles trophiques prennent-ils l'aspect *sclérodactylique*, le *gros diagnostic est celui de la sclérodermie*. En pratique, en présence d'une sclérodactylie, deux cas se présentent : ou bien les commémoratifs font que, en l'absence de crises douloureuses, on rejette l'idée d'un syndrome de Raynaud; ou bien, s'il y a eu au contraire une phase d'accidents paroxystiques, on admet que le syndrome de Raynaud est à l'origine de la sclérodermie. *Il existe, en effet, une sclérodermie à début paroxystique type Raynaud* (Favier), certains auteurs (Grasset) admettant même pour les deux affections une identité de nature, peut-être **la** syphilis (Gilbert, Méry et Fournier).

4. Restent les cas où un syndrome de Raynaud se manifeste avant tout par des **crises douloureuses (formes frustes)**. Seraient alors à discuter :

a. L'*acrodynie* (Lannois) ; c'est un syndrome dou-

loureux des extrémités qui présente un caractère épidémique. Ehlers le rattache à l'ergotisme et le considère comme une forme fruste de cette affection dont le syndrome de Raynaud pourrait être un type plus marqué.

b. L'*acroparesthésie*, engourdissement des extrémités ; pour Sawill, l'acroparesthésie ne serait que le premier stade d'une affection susceptible d'évoluer dans deux sens différents : syndrome de Raynaud ou syndrome de Weir-Mitchell.

c. Les *douleurs des névrites*, les *névralgies*, les *causalgies* ont une allure toute spéciale qui les feraient reconnaître même si les troubles vasomoteurs y étaient, par exception, importants.

Une fois reconnu le syndrome de Raynaud, un *diagnostic étiologique* est encore à faire. Nous avons assez insisté sur ce point pour n'y pas revenir. En *pratique* on pensera tour à tour : 1. à la *syphilis*; 2. aux *troubles endocriniens*; 3. aux *affections cardiaques*. L'épreuve thérapeutique sera souvent d'un grand secours.

VIII. TRAITEMENT

1. Le traitement idéal de tout syndrome est le **traitement étiologique** : d'où l'indication de mettre au premier plan, si on a pu remonter à ces causes ou si on a lieu de les soupçonner, le traitement de la syphilis, des troubles endocriniens, des lésions cardiovasculaires.

Le **traitement antisyphilitique** a donné des succès nombreux (Gaucher, L. Giroux, Kudelski) et, rappelons-le, c'est là un des arguments invoqués par ceux qui font de la syphilis la cause dominante, sinon exclusive, de la maladie de Raynaud.

Contre la dysthyroïdie ou l'insuffisance ovarienne on a préconisé l'*opothérapie* suivie pendant de longs mois. L'opothérapie *thyroïdienne* ou *thyro-ovarienne* semble avoir souvent donné de bons résultats. L'opothérapie *hypophysaire* lui sera associée avec profit (Pribram).

On fera le traitement habituel de la *cardiopathie* si elle existe (rétrécissement mitral) par les petits tonicardiaques ou la digitaline. Le traitement de l'*athérome*, en dehors de toute syphilis, comprendra le régime, les iodures.

2. A défaut d'un tel traitement, ou conjointement à lui et pour en attendre les effets, non seulement on *proscrira les agents vaso-constricteurs* (adrénaline, tabac, froid), mais on instituera un *traitement par les agents vaso-dilatateurs :* iodures, nitrites (d'amyle, de soude, nitroglycérine) auxquels, au besoin, on associera des *calmants* (antipyrine, bromures, belladone, valériane ou même morphine).

A vrai dire, ce sont les AGENTS PHYSIQUES qui semblent donner les résultats les plus heureux : bains carbo-gazeux de Royat, courants de haute fréquence, galvanisation, rayons X (Newcomet), *chaleur* surtout : celle-ci sera utilisée sous forme de bains chauds, d'air chaud (à très haute température et sous anesthésie générale, si sphacèle), de douches d'air chaud (Bensaude). La *diathermie* rallie actuellement la majorité des suffrages (Labeau, Vignal, H. Bordier). H. Bordier, dans son volume, décrit la technique à suivre et signale qu'il obtient toujours une notable amélioration. Labeau rapporte deux cas favorables. Vignal associe les frictions hertziennes sur la colonne et note, après quinze séances, une grosse amélioration.

3. Une autre méthode, la **sympathicectomie périartérielle** a été, à la suite des travaux et publications de Leriche, pratiquée de nombreuses fois avec, semble-t-il, des résultats encourageants et même des améliorations remarquables. Veillet, après une sympathicectomie périhumérale unilatérale, a vu céder des deux côtés les crises paroxystiques. Gernez, Petit, Ramond, dans un cas de syndrome de Raynaud coïncidant avec un anévrisme cirsoïde), ont obtenu des résultats semblables. Peut-être les documents sont-ils trop peu nombreux encore pour qu'on puisse se faire une idée de la valeur de la sympathicectomie : c'est là en tous les cas une opération logique puisque sa première conséquence serait une vasodilatation de l'artère dénudée et du territoire sous-jacent (Leriche).

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne citerons ci-dessous que quelques travaux, surtout récents, parmi ceux qui envisagent le problème de la maladie de Raynaud dans son ensemble ou abordent quelques points particuliers. On trouvera de bonnes bibliographies dans :

1. SARVONAT (F.). Etiologie et pathogénie de la maladie de Raynaud ou gangrène symétrique des extrémités, *Gaz. des hôpit.*, 8 juin 1907, n° 65, p. 771.
2. CASSIRER. *Die vasomotrischen und trophischen Nevrosen*, 2e édition, 1 vol., Karger, Berlin 1912, p. 272-515.
3. GIROUX. Maladie de Raynaud et syphilis, *Ann. de dermat. et de vénéorologie*, 1913, t. VII, p. 881-941.
4. LAIGNEL-LAVASTINE. *Pathologie du sympathique*, 1 vol., Alcan, Paris 1924.

Consulter :

1. ACHARD et LÉVI. Article in *Traité* Brouardel-Gilbert, t. XXXI.
2. AUDRY et LE CHATELLIER. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1922, t. III, p. 275.
3. BABALIAN. Maladie de Raynaud et syphilis, *Soc. franç. de dermat. et de syphil.*, 12 juin 1924.
4. BARD. *Presse méd.*, 25 janv. 1921.
5. BARIÉ. Lésions artérielles de la maladie de Raynaud, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 28 janv. 1916.
6. BENSAUDE (R.). Traitement du syndrome de Raynaud par les douches d'air chaud, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 17 déc. 1909, p. 785.
7. BORDIER (H.). *Diathermie et diathermothérapie*, 1 vol., Baillière 1922, p. 402 et suiv.
8. BRET et CHALIER. Maladie de Raynaud et lésions cardiovasculaires, *Revue de méd.*, 10 août 1911.
9. CHALIER. Rétrécissement mitral et maladie de Raynaud, *Presse méd.*, 12 sept. 1918.
10. CLAUDE (H.). Article MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX, in *Précis de pathologie interne* Gilbert-Fournier, 2e partie.
11. CLAUDE (H.) et TINEL (J.). Syndrome de Raynaud d'origine émotive. Guérison par opothérapie hypophysaire et ovarienne, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 avril 1925, p. 570.
12. COTTET (J.). Syndrome d'acroparesthésie et maladie de Raynaud, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 8 mars 1918, p. 257.
13. DUFOUR (H.). Note sur la pathogénie des gangrènes sympathiques des extrémités dans les affections pneumoniques, à propos d'un cas autopsié, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 1901.
14. DUPÉRIÉ (R.). Le syndrome de Raynaud chez le nourrisson, *Paris méd.*, 20 sept. 1924, XIVe année, n° 38.
15. GAUCHER, BRIZARD (L.) et BRABEZ (J.). Maladie de Raynaud et syphilis secondaire, *Ann. des mal. vénér.*, janv. 1915, t. X, p. 6 à 18.
16. GOLDSMIDT. Gangrène sympathique d'origine traumatique, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 13 oct. 1905, p. 749.
17. GUILLAUME (A.-C.). *Bull. méd.*, 20-23 mai 1925, n° 21, et 17-20 juin 1925, n° 25.

18. GUILLAIN et KUDELSKI. Gangrène symétrique des dix doigts de la main coïncidant avec des lésions syphilitiques cutanées diffuses, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 juin 1922, p. 917.
19. HEITZ. Article ARTÈRES, in *Traité* Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, t. IV.
20. HAIDAR-ALI. Syndrome de Raynaud d'origine oxycarbonée, *Th. de Paris*, 1923.
21. KUDELSKI. La gangrène sympathique des extrémités d'origine syphilitique, *Th. de Paris*, 1923.
22. LABEAU. *Arch. d'électroth. méd.*, 1911, t. II, p. 153.
23. LAMOTHE (P.). La gangrène sympathique des extrémités dans les syndromes xyphoïdes, *Th. de Paris*, 1921.
24. LAPORTE. Maladie de Raynaud et syphilis, *Soc. méd. de Toulouse*, juin 1923.
25. LÉVY-BING et JARBEY. Maladie de Raynaud chez un syphilitique atteint d'accidents secondaires, *Ann. des mal. vénér.*, sept. 1917, n° 9, p. 547.
26. MARTINET. L'hyposphyxie, *Presse méd.*, 1912; — Syndrome de Raynaud et hyposphyxie constitutionnelle, *Presse méd.*, 18 août 1920, n° 58, p. 565.
27. MAUBRAC et PIÉCHAUD. La maladie de Raynaud. Sa pathogénie, *Bull. méd.*, 1924, n° 6.
28. MAY et HILLEMAND. Erythromélalgie, *Ann. de méd.*, juillet 1924, t. XVI, n° 1, p. 51.
29. MILIAN et PÉRIN. Maladie de Raynaud d'origine syphilitique, *Presse méd.*, 19 avril 1923.
30. NOBÉCOURT. Syndrome de Raynaud et de Weir-Mitchell chez les enfants, *Progrès méd.*, 15 mars 1924, n° 11, p. 165.
31. PAISSEAU et LEMAIRE. Deux cas de gangrène des membres d'origine palustre, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 9 fév. 1917, p. 219.
32. PHLEPS. *Journ. of psych. and neur.*, t. XVI, p. 129.
33. PRIBRAM. *Presse méd.*, 15 janv. 1921.
34. RAMOND (F.) et FRANÇOIS (A.). Anévrisme cirsoïde et maladie de Raynaud, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 12 avril 1918, p. 542.
35. RICHET fils (Ch.) et SAINT-GIRONS. Microsphygmie, *Revue de méd.*, 1908, p. 989-999.
36. ROQUES. Rapports de la maladie de Raynaud avec la tuberculose et les lésions cardiovasculaires, *Province méd.*, 17 août 1912, p. 365.
37. ROQUES et CHALIER. Rétrécissement mitral et maladie de Raynaud, *Lyon méd.*, 27 août 1911.
38. SALVATORE et LIO. Syndrome de Raynaud et endartérite oblitérante, *Il Morgagni* (Naples), 6 juillet 1924, t. LXVI, n° 27.
39. SOUQUES. Gangrène sympathique des extrémités du type Raynaud et lésions artérielles, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 21 janv. 1916, p. 70.
40. SOUQUES et MOREAU. La crise hémoclasique dans la maladie de Raynaud, *Id.*, 20 juillet 1920.
41. VARIOT. Sur la maladie de Raynaud, *Gaz. des hôpit.*, 1912, p. 257.
42. VEILLET (L.). Traitement de la maladie de Raynaud par la sympathectomie péri-artérielle, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 31 mai 1918, p. 571.
43. VIGNAL. Syndrome de Raynaud et diathermie, *Soc. franç. d'électroth. et de radiol.*, 26 fév. 1924.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La Pratique des déviations vertébrales, par les docteurs Carle ROEDERER, assistant à l'hôpital Saint-Louis, et René LEDENT, directeur des cours d'éducation physique à Liége. Un volume in-8 de 380 pages avec 215 figures. — Prix : 42 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

Traité de stomatologie. *Fasc. VII :* **Maladies de la bouche**, par le docteur R. NOGUÉ. Un vol., 476 pages, nombreuses figures. — Prix : 40 fr. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Pathologie médicale, 2e édition, par JOURNÉ. Un volume de 1.520 pages. — Paris, Maloine.

XXXIVe CONGRÈS DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

(Paris, 5-10 octobre 1925) (1).

COMMUNICATIONS PARTICULIÈRES

PÉRITOINE — TUBE DIGESTIF ET SES ANNEXES

Accidents graves, cinq mois après une contusion abdominale. — M. PERRIER (de Genève). Il s'agit d'un sujet de quarante et un ans victime d'un accident d'automobile. Au bout de cinq mois des signes d'occlusion apparurent. La laparotomie montra une masse complexe constituée par de l'épiploon et des anses grêles.

On se rendit compte que l'intestin était étranglé par un anneau épiploïque : on fit une résection de la portion altérée de l'intestin suivie d'une suture bout à bout. Le malade guérit en dépit d'incidents pulmonaires.

La masse tumorale enlevée au cours de la résection intestinale fut examinée histologiquement. La portion sténosante était constituée par du tissu fibreux avec çà et là des foyers de tissu bourgeonnant et des abcès minuscules.

La contusion abdominale amena sans doute l'attrition du grêle et la déchirure de sa paroi musculaire. L'épiploon dut se rétracter et produire la sténose, puis l'étranglement.

L'auteur souligne le laps de temps considérable qui s'écoula depuis l'accident d'automobile jusqu'à l'apparition des troubles.

Fermeture systématique du péritoine sans drainage dans les péritonites suppurées. — M. BILLET (de Lille) ayant vu employer cette méthode par Ombrédanne chez trois enfants atteints de péritonite appendiculaire dont deux ont guéri, l'a essayée après bien des hésitations, et lui demeure maintenant fidèle.

Sur trente cas de péritonite presque toutes d'origine appendiculaire où il a refermé la séreuse sans drainer, il n'a eu qu'un décès.

Cette méthode n'est indiquée que si l'appendice a été réséqué. L'auteur ne pratique pas d'enfouissement du moignon. Il assèche minutieusement le Douglas et lave le péritoine à l'éther.

La paroi est refermée en trois plans.

Dans les cas d'appendicite gangréneuse, même technique, avec attouchement de la région suppurée au bouillon vacciné, et vaccination sous-cutanée anti-gangréneuse.

Drainage gastrique par gastrostomie dans la péritonite généralisée et l'occlusion intestinale aiguë. — M. LÉO (de Trouville). La fistulisation de l'estomac pour quatre à cinq jours, réduite à l'introduction d'une sonde de Nélaton, a été pratiquée deux fois par Jaboulay (de Lyon) et six fois par l'auteur. Celui-ci insiste, d'une part sur la désintoxication rapide des malades atteints de péritonite et d'occlusion, grâce à ce drainage évacuateur continu. Mais il insiste, d'autre part, sur l'avantage supplémentaire et inédit de cette opération, qui permet de réveiller le péristaltisme intestinal, et d'obtenir des évacuations de gaz, au bout de trente ou trente-six heures, avec un ventre plat, souple et indolore; ceci grâce aux boissons absorbées de façon continue par l'opéré; elles réveillent les contractions duodéno-jéjunales par un réflexe venant des contractions œsophagiennes. Ces réflexes œsophago-gastro-duodénaux, non signalés par Jaboulay, constituent un avantage formel de sa méthode, à condition de ne pas hésiter à faire boire à l'opéré des liquides qui pourtant ressortent tous par la sonde, et ne font que traverser, sans arrêt, l'œsophage et l'estomac.

Causes de réussite ou d'échec dans la radiumthérapie du cancer de l'œsophage. — M. GUISEZ (de Paris). L'expérience

Association de la Presse médicale française.

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 82, p. 1331; n° 83, p. 1345, n° 84, p. 1366; n° 85, p. 1381; n° 89, p. 1445; n° 91, p. 1477, et n° 96, p. 1565.

de l'auteur qui porte actuellement sur plus de 400 cas de cancer de l'œsophage traités par le radium l'a amené aux conclusions suivantes :

Le radium en applications locales directes, dans certains cas favorables, en même temps qu'il rétablit l'alimentation normale chez des malades soignés en dysphagie complète donne des survies souvent prolongées pouvant aller jusqu'à cinq ou six ans et même plus, mais il est indispensable que les indications et la technique de ce traitement soient exactement posés sinon l'on arrivera à un échec.

1° Il faut que l'état général du malade ne soit pas trop avancé.

2° La sténose doit être encore facilement perméable, sous endoscopie, à la bougie 20 ou 22.

3° Il est nécessaire de déterminer la nature histologique, le siège et l'étendue de la tumeur.

4° Il faut en effet que la tumeur soit irradiée dans toute sa hauteur. Aussi l'auteur emploie-t-il la *longue sonde porte-radium* qui seule peut rester exactement en place. Les échecs sont dus à l'emploi d'appareils courts qui ne peuvent irradier toute la hauteur de la sténose et se déplacent facilement, ayant toujours une tendance à remonter dans la poche susjacente à la sténose.

5° Il faut enfin que les lésions n'aient pas dépassé les parois œsophagiennes.

La stase intestinale chronique. — M. V. Pauchet (de Paris). Le traitement sera toujours médical et parfois médico-chirurgical. Les résultats thérapeutiques ne seront obtenus que si le chirurgien a posé nettement l'indication et s'il a appliqué à chaque malade l'intervention précise qui lui convient. Les sujets au « ventre fort », dont l'intestin est coudé en plusieurs points par des brides, seront traités par la section des brides, suivie de péritonisation. Cette colólyse est certainement l'opération la plus difficile de ce genre de chirurgie, mais aussi la plus bénigne et la plus brillante.

Les « ventres faibles » qui n'ont pas de coudures sont justiciables des courts-circuits et des colectomies partielles ou totales; mais ces malades *doivent être traités médicalement avant et après l'opération*. Ils ont été infectés depuis longtemps et l'auteur ne comprend pas le traitement de la stase intestinale sans qu'il y ait, concurremment à la chirurgie, la rééducation du sujet par la psychothérapie, la culture physique, l'antisepsie et l'emploi des *vaccins intestinaux*.

Volvulus du cæcum. — M. V. Pauchet (de Paris). Le volvulus du cæcum est la conséquence d'un état pathologique antérieur, mégacæcum et dolichocôlon droit, qui lui-même est provoqué par une bride péricolique, au niveau de l'angle splénique; cette bride est une exagération, un épaississement de la membrane de Jackson.

Des malaises dus à la stercorémie précèdent toujours cet accident et ne peuvent être reconnus que par une série de radioscopies.

A. *Si possible, opérer à froid avant le volvulus.* — Alors, sectionner la bride et libérer le côlon ascendant et l'angle hépatique, puis faire la cæco-plicature suivie de cæcopexie.

Si le sujet présente d'*autres déformations* (dolichocôlon sigmoïde, pratiquer une colectomie subtotale. La section des brides ne suffit pas.

B. *Le volvulus est produit, que faire ?* — Couper la bride et faire un anus cæcal pour faire disparaître la stercorémie. Deux mois plus tard, faire la cæco-colopexie et fermer l'anus, ou bien faire une hémicolectomie droite suivant que le sujet a un « ventre fort » ou un « ventre faible ».

Les anastomoses des extrémités coliques. — M. V. Pauchet (de Paris). Après la résection d'un côlon, le chirurgien peut rétablir la continuité par un des quatre procédés suivants :

a. *Anastomose bout à bout.* — Traitement idéal à condition que les deux extrémités intestinales soient vides, propres, et se correspondent à peu près par leur calibre, comme 2 à 3, à condition que l'une des parois intestinales ne soit pas trop épaissie par rapport à l'autre, à condition que le chirurgien ait un certain entraînement de cette couture.

b. *Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale croisée.* — C'est un procédé plus facile, moins parfait au point de vue du transit intestinal, mais qui donne encore de très bons résultats.

c. *Implantation du bout proximal dans le bout distal et fixation de ce dernier à la peau, comme anus provisoire* (Lardennois). — Excellente méthode qui peut rendre des services. La cure de l'anus est facile, puisqu'il suffit de le fermer purement et simplement.

d. *Jumelage des deux bouts avec ouverture à la peau* (Mickulicz). — C'est le procédé le plus bénin; il joue un grand rôle dans la chirurgie intestinale.

L'anastomose bout à bout est le procédé le plus délicat, le plus risqué; l'anastomose à la Mickulicz est le plus bénin. L'opérateur, huit jours plus tard, pratique la colotomie intestinale pour faire tomber la cloison intercolique et, quelques jours plus tard, il ferme l'anus par voie extrapéritonéale.

L'auteur a de plus en plus recours au Mickulicz qui peut s'employer dans tous les cas : stase intestinale chronique, cancer, tuberculose; à chaud, en état de subocclusion, toujours; à froid, très souvent.

Deux cas de pancréatite aiguë d'origine lithiasique. Intervention d'urgence. Drainage des voies biliaires. Guérison. — M. Grimault (d'Algrange). Les deux malades, atteintes depuis longtemps de lithiase biliaire et de pancréatite chronique, ont présenté des poussées douloureuses successives avant l'apparition des accidents graves. C'est ce qui a fait penser qu'ils étaient dus à un choc anaphylactique; l'auteur les attribue plutôt à une irritation du plexus cæliaque.

Outre les symptômes habituels de la pancréatite aiguë, les deux malades ont eu de l'asthénie profonde, de la cyanose de la face et des taches livides. Ces symptômes peuvent, quand on les rencontre, faciliter le diagnostic toujours délicat de cette grave affection.

Dans les deux cas il y avait des lésions étendues de cyto-stéato-nécrose, la guérison a été néanmoins obtenue grâce à une intervention précoce qui a consisté dans le drainage du pancréas et des voies biliaires, après cholécystectomie dans le premier cas et cholécystostomie dans le second.

Vingt-six cas d'énervation gastrique et aperçus nouveaux en chirurgie du sympathique. — M. G. Gianolla (de Charleroi). Après innervation totale ou partielle l'hypotonicité et l'atonie sont nettes mais il n'est pas constant qu'elles se maintiennent plus de trois mois.

La vaso-dilatation s'arrête au seuil de la musculeuse. La chute du taux de sécrétion, contrairement à ce qu'enseigne Pawlow, a paru assez fidèle à l'auteur.

Les connexions nerveuses entre les troncs de la petite courbure et les nerfs du foie relevant du sympathique et innervant le pylore ont plus d'importance qu'on ne se l'imagine.

En cinq circonstances, la résection de ce que Latarjet, Bonnet et Bonniot appellent le nerf gastro-hépatique, joint à l'énervation totale des deux troncs de la petite courbure, a jugulé, sans opération de dérivation, un syndrome tenace de gastralgie, d'hypersécrétion et d'hématèse,

L'auteur a traité de la sorte, avec plein succès depuis sept mois, deux ulcères hémorragiques de la petite courbure, chez des malades dont l'état n'autorisait ni la résection ni même la gastro-entrostomie et le Balfour.

La même technique est souvent infidèle quand on néglige le nerf gastro-hépatique.

Cæcopexies et colopexies. — M. Dupuy de Frenelle (de Paris) a obtenu de bons et durables résultats de la cæcopexie et de la colopexie dans les cas de ptose du cæcum et du côlon droit.

Lorsque l'estomac et le côlon transverse sont tous deux ptosés, il suffit pour remettre les deux organes en place de relever le plan méso-colique par fixation du côlon transverse à la paroi antérieure et raccourcissement de son méso. Chez les malades ainsi opérés, la digestion s'améliore, les pesanteurs et l'amaigrissement cessent.

L'auteur insiste sur la nécessité d'acoler par un large affrontement le côlon à la paroi. Il se sert de tendons de renne passés en U à travers la paroi et dont chaque anse est glissée sous un surjet de soie faufilé sur l'intestin.

Les avantages dans les résections coliques du rétablissement de la continuité de l'intestin par anastomose latéro-

latérale. — M. CHATON (de Besançon) apporte une statistique de 23 cas de chirurgie-colique comprenant : une anastomose iléo-sigmoïdienne, 21 résections segmentaires et une colectomie totale, avec 5 décès post-opératoires attribuables à des lâchages de sutures.

Il divise ses opérations en anastomoses cæco-coliques : 13 avec 1 décès, et colo-coliques. Il subdivise ces dernières en colo-coliques terminales, 5 avec 4 décès, et une seule guérison après fistulisation, et colo-coliques latéro-latérales, 5 avec 5 succès.

Ces résultats le portent à conclure à la supériorité des anastomoses latéro-latérales par le rétablissement de la continuité des côlons.

Exécutées après écrasement des extrémités et rétablissement de la continuité par les pinces de Temoin, il trouve à ces anastomoses les avantages suivants : exposition minima du foyer opératoire aux contacts septiques, facilité de correction des sutures.

Mais c'est surtout pour des raisons de vascularisation que la suture latéro-latérale paraît préférable. En effet, des considérations multiples, anatomiques, physiologiques nous montrent le caractère précaire de la circulation du gros intestin. Dans une anastomose latéro-latérale on rapproche des portions d'intestin manifestement mieux irriguées que dans toute autre méthode.

L'auteur conseille, pour mieux assurer la vitalité intestinale, de respecter une lame de méso débordant chacune des extrémités intestinales.

Traitement des rétrécissements du rectum. — M. ABADIE (d'Oran). Le traitement est complexe comme les causes mêmes qui déterminent ces rétrécissements : syphilis, blennorrhagie, traumatismes, infections.

L'auteur rappelle une première observation publiée en 1910 à la Société de chirurgie : anus iliaque, Kraske, cure radicale de l'anus contre nature, guérison.

Il en rapporte une nouvelle presque semblable, mais avec addition d'une appendicostomie intercurrente pour permettre des lavages plus étendus du gros intestin.

Une troisième observation relate cette fois, une extirpation ano-périnéale. Là encore il s'agit d'une femme préalablement soumise au traitement spécifique sans résultats bien nets. En août 1921, laparotomie exploratrice qui montre les lésions bien limitées à la moitié inférieure du rectum, et établissement d'un anus iliaque gauche. Pendant un an, dilatation et haute fréquence sans succès. En novembre 1922 sous rachi-stovaïnisation, extirpation ano-périnéale avec descente du bout inférieur à travers le sphincter anal respecté, guérison simple; sept mois après, cure radicale de l'anus iliaque. Depuis lors, la malade est totalement guérie avec le seul inconvénient d'une continence parfois infidèle.

De ces exemples, l'auteur conclut à l'opportunité des actes chirurgicaux multiples, échelonnés ; à l'association du traitement spécifique et de la désinfection locale facilitée par la création à un anus artificiel ; à la supériorité de la réduction ano-périnéale sur le Kraske ; enfin, à la nécessité d'une longue patience.

TÊTE — COU — THORAX

Le cancer amygdalo-glosse. — M. JACQUES (de Nancy). C'est une forme relativement fréquente du cancer bucco-pharyngé. La tumeur englobe l'amygdale palatine, et, franchissant le sillon amygdalo-glosse, gagne la région de l'amygdale linguale.

L'épithélioma est souvent ici plus végétant qu'infiltrant et la tumeur conserve une certaine mobilité sur les plans profonds.

Aussi, faut-il préférer pour son exérèse, à la pharyngectomie externe, dangereuse et mutilante, la méthode endobuccale simple et bénigne dont les résultats éloignés peuvent soutenir la comparaison avec ceux des interventions les plus larges, à condition de la compléter par un curage minutieux des gîtes ganglionnaires pratiqué sous anesthésie locale, comme l'ablation de la tumeur principale.

— Le jeudi 8 octobre, à deux heures et demie, a eu lieu l'Assemblée générale.

Le trésorier a lu son rapport annuel.

Ainsi que nous l'avons déjà annoncé, M. Bégouin, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux, a été nommé vice-président du Congrès de 1926.

M. Deniker, chirurgien des hôpitaux de Paris, a été nommé secrétaire en remplacement de M. Wiart.

La date du prochain Congrès a été fixée au premier lundi d'octobre 1926.

Les questions mises à l'ordre du jour de ce Congrès sont les suivantes :

1° *Chirurgie des ménisques du genou.* — Rapporteurs : MM. Mouchet (de Paris) et Tavernier (de Lyon).

2° *Opérations conservatrices des affections inflammatoires des annexes.* — Rapporteurs : MM. Tuffier (de Paris) et Chavannaz (de Bordeaux).

3° *Traitement des arthrites gonococciques.* — Rapporteurs : MM. Mondor (de Paris) et Michel (de Nancy).

— A trois heures et demie une séance de projections fut donnée avec le programme suivant :

M. WILLEMS (de Liége). **Projections sur les résultats éloignés des lésions articulaires traitées par la mobilisation active immédiate.**

M. V. PAUCHET (de Paris). **Film sur l'amputation abdomino-périnéale du rectum.**

M. ABADIE (d'Oran). **Film sur l'hystérectomie abdominale supravaginale pour volumineux fibrome sans aide.**

M. DUPUY DE FRENELLE (de Paris). **Film cinématographique montrant la technique de l'autogreffe para-articulaire du genou.**

M. BOURGUET (de Paris). **Chirurgie esthétique de la face. Film opératoire. Projection et présentation d'opérés.**

M. DUFOURMENTEL (de Paris). **Film sur la chirurgie plastique de la mâchoire inférieure (déformations, destructions).**

M. PASSOT (de Paris). **Film sur des procédés de chirurgie esthétique pure,**

A quatre heures et demie. M. STEFANI (de Nice) a présenté une **instrumentation pour la diathermie chirurgicale et l'électro-coagulation.**

CHASTENET DE GÉRY et DARIAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 23 NOVEMBRE 1925)

Sur les variations des quantités de substances azotées, en particulier de l'urée, contenues dans la salive. — MM. A. DESGREZ, R. MOOG et Mme L. GABRIEL.

Transmission du virus tuberculeux par voie transplacentaire chez la femelle de cobaye tuberculisée avec un filtrat de produits tuberculeux humains. — MM. Fernand ARLOING et A. DUFOURT.

Reproduction expérimentale de la lèpre chez les singes inférieurs. — M. M.-J. REENSTIERNA.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1925)

M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de MM. Desnos et Wallich.

Traitement des tuberculoses externes par la méthode de Fraikoff. — M. DELBET communique cinq observations de malades atteints de tuberculose locale qui ont été traités, avec succès, par cette méthode. Elle consiste en injections intramusculaires de la préparation suivante : 1 centimètre cube d'iode pour 10 centimètres cubes d'huile stérilisée extempora-

nément. Ces injections doivent être répétées six à huit fois selon les cas. En même temps les malades prennent, à l'intérieur, du chlorure de calcium.

Les faits observés par M. Delbet semblent bien probants.

Recherches expérimentales sur les greffes osseuses, les homo-greffes. — M. Imbert (de Marseille) adresse un travail sur ce sujet. Ses expériences sur les chiens lui permettent d'affirmer que la greffe prélevée sur un autre animal de même espèce est très inférieure à celle qui est prélevée, *in situ*, sur le sujet lui-même.

Les soins pré-opératoires, l'anesthésie et les soins post-opératoires dans les interventions pour ulcères gastriques et duodénaux, particulièrement chez les indigènes du Tonkin. — M. Tuffier fait un rapport sur un long mémoire envoyé par M. Le Roy des Barres, professeur de clinique chirurgicale à l'Ecole de médecine de Hanoï.

Ce mémoire, exposant le résultat d'une pratique opératoire qui porte sur plus de 200 interventions, a donc une valeur toute spéciale en même temps qu'il nous indique les indications spéciales auxquelles les médecins coloniaux sous les tropiques doivent obéir.

M. Tuffier félicite l'auteur dont il a vu l'installation en Indochine, dont il connaît toutes les organisations techniques et dont il admire le savoir et l'endurance. C'est, en effet, de cinq heures à sept heures du matin seulement que les opérations peuvent être effectuées sous ces températures vraiment torrides.

M. Le Roy des Barres fait le plus grand honneur à la chirurgie française dans ces régions lointaines; son habileté et son dévouement comme ceux de tous nos admirables médecins coloniaux rendent à l'influence française les plus grands services. Tous les indigènes que M. Tuffier a vus, y compris les nationalistes les plus intransigeants, reconnaissent respectueusement les bienfaits de la science française envers leur pays. Ils reconnaissent que c'est à notre pays qu'ils doivent l'instruction, la santé et les soins qui leur sont donnés. M. Tuffier se fait l'interprète des sentiments de l'assemblée en envoyant à ces pionniers de la science avec ses remerciements ceux de l'Académie tout entière.

Unicité ou pluralité des bacilles lépreux. — M. E. Marchoux. Par deux communications antérieures, l'auteur a fait connaître qu'on peut trouver chez l'homme un bacille lépreux identique à celui de la lèpre du rat. Ce commensal gênant serait-il pour nous le réservoir d'un virus de plus, et la lèpre nous viendrait-elle du rat? Pour essayer d'élucider cette importante question, M. Marchoux a inoculé à des rats blancs des bacilles prélevés chez des lépreux authentiques. Ces germes ne se sont pas multipliés, mais, protégés par leur gaine cireuse, ils ont persisté pendant dix-huit mois aux points où ils avaient été déposés. L'expérience a prouvé, d'ailleurs, qu'ils étaient morts.

On ne peut cependant pas conclure absolument de ces tentatives infructueuses que lèpre humaine et lèpre murine soient deux maladies différentes. Les germes habitués à l'organisme de l'homme depuis longtemps ont besoin d'une adaptation pour se développer chez le rat. L'adjonction d'un autre germe est peut-être indispensable comme agent favorisant. C'est ce que l'auteur se propose de vérifier. Mais ce sont là des expériences qui demandent plusieurs années parce que le virus de la lèpre quand il se développe le fait avec une extrême lenteur.

Elections. — L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux dans la première division.

La liste de présentation portait : en première ligne, MM. Sabrazès (de Bordeaux) et Pic (de Lyon); en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Barbary (de Nice), Cestan (de Toulouse), Merklen (de Strasbourg), Nicolas (de Lyon) et Surmont (de Lille).

Au premier scrutin, le nombre des votants étant de 68, majorité 35, M. Sabrazès, professeur d'histologie à la Faculté de Bordeaux, est élu par 47 suffrages.

Au deuxième scrutin, le nombre des votants étant de 71, majorité 36, M. Pic, professeur de thérapeutique à la Faculté de Lyon, est élu par 44 suffrages.

— Mardi prochain, séance annuelle, M. Achard prononcera l'éloge de Raphaël Lépine (de Lyon).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(Séance du 27 novembre 1925)

Contribution à l'étude de la pathogénie des accidents cutanés et muqueux du barbiturisme. — MM. G. Caussade, A. Tardieu et Ch. Lejard assistèrent à l'évolution fébrile d'un exanthème dû à la phényléthylmalonylurée (gardénal), administré à doses thérapeutiques. Aux lésions de la peau (papules chaudes, irrégulières, rouges, douces au toucher, sans aspect granité de la peau, disséminées à la face et au tronc) s'ajoutaient la pharyngite diffuse, l'angine pultacée et la conjonctivite légère. Des adénopathies cervicales, sus-claviculaires, axillaires, inguinales et épitrochléennes qui apparurent et disparurent avec l'éruption, plaident en faveur de la nature infectieuse de ces accidents. Mais l'hémoculture pratiquée en période fébrile demeura négative.

Le pneumothorax thérapeutique double simultané. — MM. Rist, Coulaud et Chabaud présentent une série de radiographies de pneumothorax double simultané. Les résultats obtenus sont très encourageants. Les malades dont les deux poumons sont partiellement collabés vivent avec leur air résiduel et leur air de réserve et leur ventilation pulmonaire peut être rapprochée de celle de l'enfant nouveau-né.

Syndrome de vaso-dilatation hémicéphalique d'origine sympathique (hémicranie, hémihydrorrhée nasale, hémilarmoiement). — MM. Pasteur-Vallery-Radot et P. Blamoutier rapportent l'observation d'une malade qui présentait un syndrome très particulier caractérisé par des crises quotidiennes d'hémicranie accompagnée d'hydrorrhée nasale et de larmoiement du même côté. Les auteurs ont pu faire une étude pour ainsi dire expérimentale de ce syndrome, l'intensifier ou le faire disparaître à volonté, enfin avoir sur lui une action durable.

L'intermittence des crises et de multiples troubles vasomoteurs présentés par la malade faisaient incriminer une pathogénie sympathique.

Les auteurs se sont demandé si les injections d'adrénaline fréquemment répétées n'auraient pas une action durable. En sept semaines ils ont fait vingt injections sous-cutanées d'adrénaline. Ce traitement a amené une amélioration manifeste dans l'état de la malade, puis une disparition complète des symptômes.

Ce cas présente un intérêt spécial par la discrimination qu'il établit entre les migraines et certaines céphalées. Il donne une démonstration quasi-expérimentale des céphalées d'origine vaso-dilatatrice qui s'opposent aux migraines, syndromes sympathiques d'origine vaso-constrictive.

Introduction à l'étude de l'insuffisance pancréatique externe par le dosage des enzymes dans le suc duodénal prélevé par tubage. — MM. M. Chiray, J. Lebon et W. Gozlan montrent que, pour réaliser les conditions les plus favorables à l'étude de l'insuffisance pancréatique externe par le dosage des enzymes dans le suc duodénal prélevé par tubage, certaines précautions doivent être observées :

1° Le dosage des ferments, pour avoir quelque valeur, doit être pratiqué seulement sur du suc duodénal clair, pur, non mélangé de passages gastriques.

2° Le dosage doit être fait le plus rapidement possible après le prélèvement du suc duodénal.

3° L'activité enzymatique doit être calculée, non pas sur un seul échantillon de liquide duodénal, mais sur l'ensemble du suc recueilli au cours du tubage.

4° Des trois ferments pancréatiques, le plus représentatif de l'activité pancréatique est la lipase. Le dosage de la trypsine duodénale présente beaucoup moins d'intérêt. Celui de l'amylase n'a aucune valeur.

5° En dehors de toute lésion du pancréas, il existe des variations physiologiques dans l'activité enzymatique du liquide duodénal qui rendent difficile l'interprétation des résultats du tubage.

6° Le dosage des ferments dans le suc recueilli à la suite

d'une sécrétion pancréatique provoquée met à l'abri de toute une série de ces causes d'erreur.

Deux cas d'hypertension céphalo-rachidienne traités avec succès par l'injection de solutions hypertoniques. — M. Ph. Pagniez relate deux observations dans lesquelles il a eu l'occasion d'appliquer avec succès la méthode de Weed et Mc Kibben permettant de faire baisser la pression céphalo-rachidienne par l'injection ou l'ingestion de solutions salées ou sucrées hypertoniques.

L'une de ces observations concerne un homme de trente-six ans atteint d'hémogénie avec poussées fréquentes de purpura hémorragique. Au cours de l'une de ces poussées, le malade est pris brusquement de céphalée avec vomissements sans fièvre et avec un ralentissement du pouls. M. Pagniez voit le malade et ayant adopté comme tout à fait vraisemblable le diagnostic d'hémorragie méningée avec hypertension faisait l'ingestion de 40 grammes de glucose dans un demi-verre d'eau que le malade arrive à garder. En deux heures cette céphalée qui résistait depuis plusieurs jours à tous les médicaments usuels disparaît et les vomissements cessent.

La deuxième observation est celle d'une jeune fille de seize ans qui, trois jours après un violent traumatisme cranien ayant entraîné une légère hémorragie méningée constatée par la ponction présente une céphalée extraordinairement violente avec raideur de la nuque et ralentissement considérable du pouls. M. Pagniez prescrivit un purgatif salin concentré. Une heure après et alors qu'aucun effet purgatif n'a encore eu lieu, la céphalée commence à céder. Elle disparaît en deux heures, et en même temps le pouls qui était à 48 passe à 70.

PRATIQUE MÉDICALE

L'HYPEROVARIE. SYMPTOMES ET TRAITEMENT

Daus un article antérieur (1) nous avons étudié les symptômes par lesquels se manifeste l'insuffisance de la sécrétion ovarienne. Nous avons vu que les troubles imputables à l'hyperovarie se manifestent du côté des organes génitaux, de la menstruation et de l'appareil circulatoire par des troubles caractéristiques, que l'habitus extérieur et l'état mental la traduisent aussi très souvent par des particularités assez nettes.

L'excès d'activité de la fonction endocrinienne de l'ovaire retentit non moins profondément sur l'organisme féminin et lui imprime aussi une marque très particulière qui impose le diagnostic en même temps qu'une thérapeutique appropriée. De ces symptômes on peut dire que, d'une façon très générale, ils représentent l'inverse de ceux de l'hypoovarie.

Organes génitaux. — Développement trop précoce, formation trop rapide au moment de la puberté.

Menstruation. — Ecoulement très abondant dès le premier jour, durant trop longtemps, s'accompagnant d'une congestion excessive des organes pelviens, se renouvelant trop fréquemment au point de constituer parfois chez les jeunes filles ces ménorragies anémiantes que Trousseau incorporait dans son syndrome de chlorose ménorragique.

Morphologie générale et habitus. — Maigreur le plus généralement ; aspect vif, yeux brillants, faciès expressif.

Etat mental et nerveux. — Nervosisme, irritabilité, sens génésique très développé, avec fastigium au moment des règles, quelquefois tyrannique si non-satisfait, pouvant alors incliner vers la névrose avec idée fixe, l'hypocondrie ou vers l'auto-érotisme.

Appareil circulatoire. — Pas de symptômes bien particuliers de ce côté, pression artérielle plutôt élevée.

Le syndrome hyperovarique peut apparaître à toutes les époques de la vie sexuelle, mais c'est ordinairement à la puberté et à la ménopause qu'il se manifeste avec le plus de fréquence et d'intensité. A ces deux périodes, en effet, l'ovaire est le siège d'un travail cellulaire très actif, de formation avec prolifération dans le premier cas, de désintégration et de transformation dans le second, aboutissant dans tous les deux à une hypersécrétion momentanée de substances hormoniques.

Comment remédier à ces troubles? La médication symptomatique, si l'un d'eux apparaît très accentué, ne perd pas ses droits, mais c'est à l'opothérapie que reviendra le traitement de fond parce que, seule, elle s'adresse à la cause. On fera de l'opothérapie ovarienne, mais de l'opothérapie ovarienne dissociée, car il apparaît en vérité illogique de donner de l'ovaire total à des femmes qui en ont déjà en excès. Si l'on donne, au contraire, la chalone ovarienne, le principe freinateur et régularisateur que renferme la partie lipoïdique de la glande (sistomensine), on observera le plus souvent la diminution et la régularisation du flux menstruel, la sédation des phénomènes nerveux. On prescrira de trois à six comprimés de sistomensine pendant les cinq ou six jours précédant les règles, on continuera le traitement au cours de celles-ci, en élevant même la dose à sept ou huit comprimés si l'écoulement reste trop abondant; on le cessera aussitôt après pour le reprendre le mois suivant jusqu'à ce qu'un résultat durable soit obtenu. Si le syndrome hyperovarique est très accusé, on recourra avec avantage à la voie hypodermique en utilisant les ampoules de sistomensine (2 centimètres cubes tous les deux jours). Ce traitement par voie digestive ou parentérale, pour être vraiment efficace, doit être assez prolongé, souvent pendant trois, quatre ou six mois puisqu'il doit aboutir à une modification de la structure interne de l'ovaire.

Certains auteurs (Aragon, Prevel, Pézard, Zénope, etc.), admettant l'existence d'un antagoniste biologique entre les sécrétions internes de l'ovaire et du testicule, ont préconisé l'administration du suc testiculaire chez la femme dans le but de freiner et neutraliser en quelque sorte l'excès de sa sécrétion ovarienne. Des résultats auraient été obtenus par cette thérapeutique, à première vue quelque peu extraordinaire. Sans nous prononcer sur l'action neutralisatrice possible de l'une vis-à-vis de l'autre des hormones issues des glandes génitales mâles et femelles, nous pensons que la question mérite d'être suivie avec attention et de susciter de nouvelles recherches. Pour notre part, nous comptons y revenir d'ici peu, cette voie nouvelle paraissant féconde en résultats (1).

(1) Cf. L'insuffisance ovarienne, comment la reconnaître et la traiter, *Gaz. des hôpit*, 6 mai 1924, n° 37.

(1) Une préparation dénommée *androstine* a fait l'objet de travaux physiologiques et d'applications cliniques fort intéressantes.

LIVRES NOUVEAUX

Gynécologie chirurgicale génito-statique (2), par le docteur C. Sobre-Casas, chef du service de gynécologie de l'hôpital Torcuato de Alvéar (Buenos-Aires). Préface du docteur Doléris, membre de l'Académie de médecine.

Pour l'éminent gynécologue argentin, toute intervention sur l'appareil génital féminin doit tenir compte des lois phy-biologiques de la statique pelvienne. Non seulement elle ne doit point lui être nuisible, mais elle doit s'attacher à la corriger afin de permettre le retour aux fonctions normales de reproduction.

Dans ce but, l'auteur expose un ensemble de techniques opératoires mises en pratique par lui depuis de nombreuses années sur des milliers d'opérées; il s'appuie constamment sur l'anatomie normale et pathologique ainsi que sur la physiologie de l'appareil génital de la femme.

Sont successivement traitées les opérations suivantes :

Hystérectomie avec suspension. Salpingectomie conservatrice. Tumulisation des ligaments ronds. Prolapsus utérin. Plurigamentopexie de suspension. Myorraphie de soutien. Prolapsus graves : génito-cleisis, réfection du périnée.

Un nombre important de planches tirées en deux tons représentent les différentes phases de chaque opération, ce qui donne à cet ouvrage l'aspect d'une véritable iconologie.

L. G.

(2) Un volume de 112 pages avec 37 planches hors texte en deux tons. — Prix : 25 fr. — Paris, Masson et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . 35 *fr*. — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . 45 *fr*.

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr*., valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.

Tarif extérieur n° 2, 65 *fr*., valable pour tous les autres pays.

Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 3 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la péritonite tuberculeuse à forme ascitique. — Signes et diagnostic du cancer du rectum. »

MM. Cadillac (Gilbert), 23 ; Puech (Pierre), 28 ; Bachelier (Jean), 22 ; Lemoyne (Jacques), 26 ; Paris (Raymond) et Lenègre-Thourin, 20 ; Odinet (M.-J.), 19 ; Roy (Louis), 20 ; Mlles Houzeau (Germaine), 25 ; Zimmer (Geneviève), 27.

Erratum. — Dans la séance du 2 décembre, lire : M. Buisson, au lieu de M. Brusson.

— (*Médaille d'or.*) — *Section de médecine*. — Le jury est définitivement composé de MM. Brouardel, Babonneix, Michel, Touraine et Heuyer.

Section de chirurgie. — Le jury est définitivement composé de MM. Picot, Wiart, Moulonguet, Monthus et Levant.

— Prix Fillioux. — A la suite du concours, les prix sont attribués à MM. Béranger, Huet, Pilon et Camus.

CONCOURS D'AGRÉGATION. — Examen préparatoire a l'agrégation des facultés de médecine. — *Epreuve écrite*. — Séance du 3 décembre. — Médecine. — Les formes anatomo-cliniques de la tuberculose pulmonaire chronique.

Chirurgie. — Des diverses variétés de gangrènes du membre inférieur.

Physique générale. — Osmose électrique.

Histologie. — Fibre musculaire cardiaque.

Bactériologie. — Diagnostic et prophylaxie de la peste.

Chimie générale. — La fonction phénol.

Pharmacie chimique. — Acide salicylique et ses dérivés organiques utilisés en thérapeutique.

Séance du 4 décembre. — Physiologie. — Détermination et signification physiologique du pH sanguin.

Physique. — L'ultraviolet : actions biologiques, modes de production et d'utilisation en thérapeutique.

Bactériologie. — Les pneumocoques.

Chimie. — Les acides nucléiques et leurs dérivés dans l'organisme animal.

Pharmacie. — Alcoolatures et teintures.

Chirurgie. — L'asepsie et ses bases expérimentales.

Médecine. — Le diabète insipide.

Histologie. — Le problème de l'activation de l'œuf.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Toulouse. — M. le professeur Bézy est nommé professeur honoraire.

DROITS A PERCEVOIR EN VUE DE L'OBTENTION DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 5 décembre 1925 publie un décret fixant les droits à percevoir pour études et examens des aspirants au doctorat en médecine tel qu'il est organisé par le décret du 10 septembre 1924. Ces droits sont fixés ainsi qu'il suit :

20 droits trimestriels d'inscription à 60 fr.	1.200 fr.
20 droits trimestriels de bibliothèque à 10 fr.	200
20 droits trimestriels de travaux pratiques de 30 à 40 fr.	
1er examen de fin d'année, 1 épreuve à	65
2e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55
3e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55
4e examen :	
1re partie, 1 épreuve à	55
2e partie, 1 épreuve à	55
5e examen de fin d'année, 1 épreuve à	55
3 examens de clinique à 55 fr.	165
Thèse : 1 épreuve à	240

Les droits d'inscriptions, de bibliothèque, de travaux pra-

tiques acquités par les élèves des écoles de plein exercice et préparatoires de médecine et de pharmacie sont versés dans les caisses municipales.

Les droits d'examens sont versés moitié dans les caisses municipales, moitié au Trésor public.

Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen, perd le montant des droits d'examen qu'il a versés.

COMMISSION DU CODEX. — M. Goris, professeur de pharmacie galénique à la Faculté de pharmacie de Paris, est nommé membre de la Commission du Codex.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Est nommé :

Officier d'Académie. — M. le docteur Dupin (de Nantes).

JOURNÉES MÉDICALES TUNISIENNES (Pâques 1926). — Sous la présidence d'honneur de M. Lucien Saint, résident général à Tunis et la vice-présidence de M. le docteur Charles Nicolle, directeur de l'Institut Pasteur de Tunis, les Journées médicales dureront quatre jours, du 2 au 5 avril 1926, les vendredi, samedi, dimanche et lundi de Pâques. Les séances auront lieu à Tunis, au Palais des Sociétés françaises, où sera organisée une Exposition d'hygiène.

Les questions médico-chirurgicales mises à l'ordre du jour sont : 1. *Chirurgie gastro-duodénale*; 2. *Fièvre méditerranéenne*; 3. *Prophylaxie et traitement de la rougeole*; 4. *Le trachome.*

Un grand nombre de fêtes et d'excursions seront organisées pour les congressistes.

Pour tous renseignements, s'adresser au docteur Gérard, secrétaire du Comité d'organisation, 100, rue de Serbie, à Tunis.

DISPENSAIRES. — Un concours sur titres pour la nomination d'un médecin chargé des dispensaires du département des Vosges aura lieu, le 10 janvier prochain, à 9 heures du matin, au siège de la Fédération vosgienne, 4, rue du Collège, à Epinal.

Les candidats sont priés d'adresser leur dossier au Comité national de défense contre la tuberculose, 66 *bis*, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES ET SYPHILITIQUES. (Hôpital Saint-Louis. Professeur : M. JEANSELME.) — *Travaux pratiques de laboratoire.* — Des séries de travaux pratiques de laboratoire, appliqués à la dermatologie et à la syphiligraphie, auront lieu pendant l'année scolaire, au laboratoire de la Faculté (hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat), sous la direction de Mlle le docteur Olga Eliascheff, chef de laboratoire.

Les séances auront lieu de 17 à 19 heures. Chaque série comprend dix séances.

Ultramicroscopie. Coloration du tréponème. Spirilles banaux.

Bacille de Ducrey. Gonocoques. Microbes pyogènes. Autovaccins.

Bacilles tuberculeux. Bacille de Hansen.

Mycoses. Teignes. Examen direct. Cultures.

Hématologie.

Technique de la biopsie.

On s'inscrit au secrétariat de la Faculté (rue de l'Ecole-de-Médecine), guichet nº 4, les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

Droit de laboratoire : 150 francs.

Pour renseignements et dates des séances, s'adresser au docteur Olga Eliascheff, laboratoire de la Faculté, hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, le matin, de 10 à 11 heures.

— ENSEIGNEMENT CLINIQUE. — M. Auvray, chirurgien de l'hôpital Laënnec, et MM. Claisse, Grenet, Rist et Louis Ramond, médecins de l'hôpital Laënnec, feront des conférences cliniques avec présentation de malades.

Ces conférences auront lieu à l'amphithéâtre Landouzy, à l'hôpital Laënnec, sauf celles de M. Rist qui seront faites dans la salle des conférences du dispensaire Léon-Bourgeois.

Elles seront réparties, le matin, aux heures et aux jours suivants : lundi, à 11 h. 1/4, M. Rist; jeudi, à 11 h., M. Claisse; jeudi, à 11 h. 1/4, M. Rist; vendredi, à 11 h., M. Auvray; samedi, à 11 h., M. Grenet; dimanche, à 10 h. 1/2, M. L. Ramond.

LES STATIONS D'HIVER P.-L.-M. — Les fervents de la montagne en hiver sont chaque année plus nombreux, attirés les uns par la calme splendeur du paysage et par l'air vivifiant, les autres par le charme des sports d'hiver : ski, patin, luge, etc.

La liste des grandes stations d'hiver P.-L.-M. s'enrichit cette année de deux nouvelles venues qui se classent d'emblée aux premiers rangs :

— Le Revard, vaste plateau ondulé, à 1.500 mètres, sur Aix-les-Bains (chemin de fer à crémaillère) avec son panorama splendide sur toutes les Alpes de Savoie et du Dauphiné, ses vastes champs de ski, sa patinoire de 4.000 mètres. Hôtel P.-L.-M. entièrement transformé avec tout le confort désirable.

— Combloux, à 1.000 mètres, à 7 kilomètres de la gare de Sallanches-Combloux (service régulier de correspondance par automobiles) avec la vue célèbre de ses terrasses sur le massif du Mont-Blanc, ses promenades en ski, sa patinoire. Grand hôtel P.-L.-M. du Mont-Blanc, récemment agrandi, 200 chambres, grand confort.

REVUE DES THÈSES

LE TRAITEMENT OPOTHÉRAPIQUE DE LA STÉRILITÉ FÉMININE (1)

Par le docteur E. POUGET,

Ancien chef de clinique obstétricale à la Faculté de médecine d'Alger

L'opothérapie ne constitue pas l'unique traitement de la stérilité féminine, les causes de celle-ci étant diverses et souvent complexes, mais chez les femmes inféondes plutôt que chez les stériles vraies (le dernier terme s'appliquant à l'incapacité radicale à concevoir), on obtient souvent avec elle de réels succès. C'est que cette infécondité de beaucoup de femmes, lorsqu'elle n'est pas lésionnelle, a généralement une origine endocrine, et plus spécialement ovarienne. Il existe chez la plupart d'entre elles un état de débilité glandulaire de l'ovaire (Dalché) se traduisant par des répercussions cliniquement appréciables : aménorrhée ou hypoménorrhée, organes génitaux infantiles ou arrêtés au stade prépubère, syndrome adiposo-génital. C'est alors que l'opothérapie doit intervenir comme traitement principal : ovairo-thyroïde en présence d'un syndrome myxœdémateux, ovaire-hypophyse si infantilisme généralisé, ovaire seul si celui-ci est atteint d'aplasie ou d'hypofonction primitive.

L'auteur préconise l'extrait protéidique ovarien (agomensine) comme le plus propre, en raison de son action fluxionnaire bien établie sur l'ovaire et l'utérus, à rétablir l'équilibre de la fonction déficiente, action qui se traduit en premier lieu par la disparition de l'aménorrhée ou de l'oligoménorrhée avec retour progressif des règles.

Les observations citées, qui ont trait à des malades inféondes pendant deux, dix et douze ans, et qui, après un traitement de six à dix mois par l'agomensine, sont devenues enceintes et ont mené à bonne fin leur grossesse, apportent un solide appui à cette thèse.

(1) *Paris méd.*, 26 sept. 1925.

LES DÉTERMINATIONS ARTICULAIRES
DE
L'HÉRÉDO-SYPHILIS TARDIVE

Par MM. PAUL BLUM et E.-M. FATOU.

Nous avons eu l'occasion de suivre, ces dernières années, six malades atteints de manifestations articulaires variées que nous avons pu rattacher à l'hérédo-syphilis.

A côté de notions déjà classiques, ces observations offrent un polymorphisme clinique justifiant une revision de la classification et, surtout, mettent en valeur l'intérêt que présente l'étude cytologique et humorale du liquide articulaire.

Nous renvoyons, pour les détails concernant nos quatre premiers malades, à nos travaux antérieurement publiés :

Un cas de polyarthrite hérédo-syphilitique tardive, par MM. A. GILBERT, H. BÉNARD et E. FATOU. *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 14 déc. 1923.

Etude des épanchements articulaires de l'hérédo-syphilis tardive, *Thèse* de notre ami ROUGIER (Paris 1924), faite sous notre inspiration, dans le service du docteur Louste.

Les manifestations articulaires de l'hérédo-syphilis tardive, par E. FATOU dans le numéro consacré à la syphilis, *Bull. méd.*, 25-28 juin 1924.

Nous rappellerons seulement, de ces premiers cas, les caractéristiques de chaque observation :

OBSERVATION I (Gilbert, Bénard, Fatou). — Jeune homme de dix-neuf ans, atteint de rhumatisme polyarticulaire subaigu fébrile (38 degrés), expression clinique polymorphe : arthralgies, fluxions articulaires fugaces, hydarthrose bilatérale des genoux, arthrite ankylosante du coude, le tout accompagné de localisations oculaires (kératite double successive) et périostées (périostites du tiers inférieur des deux tibias).

Stigmates. — Ecartement des incisives inférieures, acromégalie légère.

Chez ce malade, le Wassermann du sang a été positif au maximum. Le liquide articulaire recueilli par ponction, sept mois après le début de l'hydarthrose, offrait un Wassermann positif total et la formule cytologique suivante :

Polynucléaires intacts	84
Cellules desquamées	15
Lympho	1

L'inoculation au cobaye a été négative.

Pas de lésions osseuses à la radio, ni cliniquement.

La guérison progressive a été obtenue sous l'influence d'un traitement intensif et prolongé.

OBS. II (Louste, Fatou, Rougier). — Jeune homme de vingt et un ans, hospitalisé en chirurgie pour hydarthrose traumatique (accident de travail).

En réalité, hydarthrose bilatérale avec fluxion des poignets, état fébrile à 38 degrés, Wassermann négatif dans le sang, positif après réactivation.

La ponction du genou, quarante-cinq jours après le début, a donné du liquide articulaire positif au maximum.

Formule cytologique :

Polynucléaires intacts	92
Moyens monos et cellules desquamées	8

Pas de lésions osseuses à la radio.

Stigmates nets :

Tibia droit type Lannelongue.
Microdontisme des incisives inférieures.
Asymétrie faciale (hémiatrophie droite).

Guérison par le traitement.

OBS. III (Caussade et Fatou). — Femme de trente et un ans, hydarthrose double, forme douloureuse, ankylosante, avec atrophie musculaire très marquée.

Kératite probable dans l'enfance, pas de stigmates.

Wassermann du sang négatif, même après réactivation.

Première ponction du genou, quatre mois après le début :

Wassermann positif total du liquide.

Formule cytologique :

Polynucléaires nombreux.
Quelques cellules endothéliales.
Pas de lymphocytes.

Deuxième ponction, dix mois après le début :

Polynucléaires intacts	72
Cellules endothéliales	8
Lympho	6
Moyens monos	14

Inoculation au cobaye, négative.

Evolution : Etat stationnaire vraisemblablement à cause d'un traitement institué trop tardif et trop faible.

OBS. IV (Blum et Fatou). — Soldat de vingt-deux ans, hydarthrose double, insidieuse, indolente, chronique.

Première ponction, quatre mois après le début : du pus.

Six mois après le début :

Wassermann du sang positif au maximum.

Deuxième ponction du genou :

Polynucléose intense.
Desquamation synoviale.
Pas de lymphocytes.

Au bout de dix mois, troisième ponction :

Wassermann positif total dans le liquide articulaire.

Formule cytologique :

Polynucléaires	87
Lymphos	5
Cellules endothéliales	8

Or, à ce moment, le malade était énergiquement soigné depuis cinq mois, un genou était guéri, l'autre très amélioré.

Guérison maintenue actuellement, traitement poursuivi.

OBS. V (Fatou et Favory) [inédite]. — Garçon de treize ans, kératite double, hydarthrose bilatérale indolente, du type Clutton, ni impotence, ni atrophie appréciable.

Stigmates : front olympien, palais ogival, arriéré.

Wassermann du sang positif total, vérifié par toutes les techniques connues (Gastou).

Ponction du genou quinze jours après le début :

Wassermann du liquide articulaire positif total.

Formule cytologique :

Polynucléaires	78
Monos	5
Lymphos	5
Cellules desquamées	12

Guérison par le traitement.

OBS. VI (Fatou) [inédite]. — Homme de trente-huit ans, rhumatisme chronique sans fièvre.

Début en 1919 par le genou gauche, puis les deux genoux.

En 1922, ponction du genou, inoculation au cobaye négative.

En 1923, prise des deux chevilles, puis des coudes et des poignets.

Intégrité des articulations des doigts.

Forme douloureuse, ankylosante. A la radio : lésions osseuses apparues progressivement; bec de perroquet à la face profonde de la rotule, etc. *Calcifications des grosses artères des membres* visibles sur les clichés (tension artérielle normale aux quatre membres).

Wassermann du sang négatif.

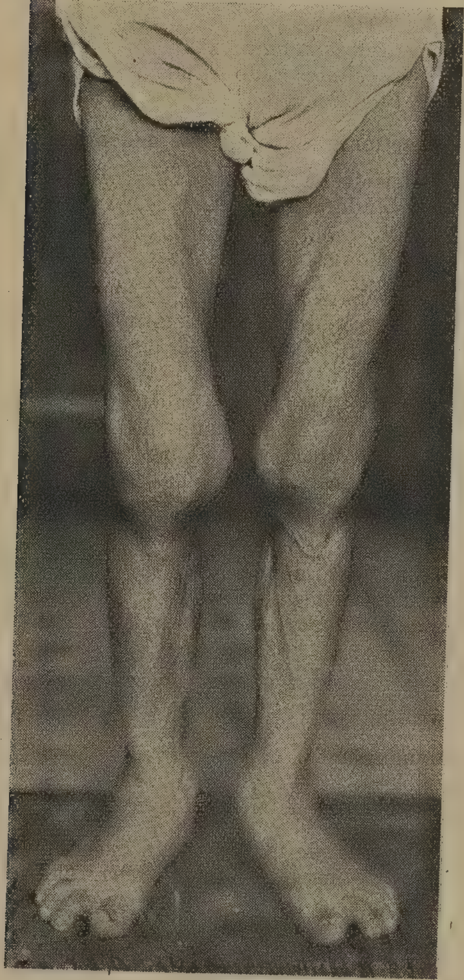
Ponction du genou, le 30 juin 1924, soit cinq ans après le début :

Wassermann positif dans le liquide articulaire.

Formule cytologique :

Polynucléaires	83
Cellules macrophagiques	4
Cellules rondes et monos	10
Lymphos	3

Quelques globules rouges.
Picnose des éléments.



Malade de l'Observation VI.
Hydarthrose bilatérale dans un rhumatisme déformant hérédo-syphilitique. (Fatou.)

Soigné à tour de rôle pour rhumatisme blennorragique, pour rhumatisme déformant et pour rhumatisme tuberculeux, type Poncet.

Traitement antisyphilitique énergique depuis 1924, état stationnaire.

Ces faits nous semblent justifier les conclusions suivantes.

Les formes cliniques du rhumatisme hérédo-syphilitique sont multiples. Les localisations articulaires peuvent évoluer sur le mode, aigu, subaigu et chronique. Les formes à début aigu ou subaigu peuvent passer à la chronicité et inversement, on peut assister au réchauffement subit d'une arthrite d'allure jusque là chronique.

Contrairement à l'opinion classique, les formes articulaires pures, synoviales, sans lésions osseuses, existent : la radiographie et l'examen clinique le prouvent. Ces formes nous paraissent plus fréquentes que les formes mixtes ostéo-articulaires. Dans un cas de Dupont et Peyre, arthrite suppurée du genou, ayant conduit à une résection, l'examen de la pièce opératoire a montré l'intégrité des extrémités osseuses, le processus était purement synovial. Le diagnostic d'hérédo-syphilis articulaire ne fut posé et vérifié qu'ultérieurement lorsqu'une lésion identique apparut à l'autre genou; quelques injections de cyanure vinrent rapidement à bout de cette seconde localisation.

I. *La variété aiguë* est représentée par l'arthrite suppurée hérédo-syphilitique; étudiée par les auteurs allemands et italiens, niée à tort autrefois par Kirmisson et Jacobson. (Analogie avec les arthrites suppurées de la syphilis secondaire, tréponème pyogène de Gaucher, avec les arthrites suppurées du tabes).

II. *La variété subaiguë* la plus intéressante est *celle qui simule le rhumatisme articulaire aigu*, fébrile, type sur lequel nous avons appelé l'attention avec le professeur Gilbert et H. Bénard. Elle est caractérisée par un grand polymorphisme clinique : arthralgies, arthrites fluxionnaires, arthrites avec épanchements. L'évolution se fait vers la guérison ou la chronicité, soit sous forme d'hydarthrose chronique (genoux), soit sous forme d'arthrite sèche ankylosante (coudes).

Une deuxième forme de la variété subaiguë *simule le rhumatisme blennorragique*. C'est la *forme douloureuse*, réalisée par notre troisième malade.

La malade s'immobilise en demi-flexion, l'atrophie musculaire, très importante ici, concourt à égarer le diagnostic. Dans certains cas comme celui de Dupont et Peyre, auquel il a été fait allusion plus haut, l'aspect phlegmoneux du genou et la douleur avaient fait croire à une arthrite blennorragique grave et déterminé une mutilation inutile.

Le plus souvent, on aura une évolution chronique vers un rhumatisme ankylosant. On peut se demander, et nous croyons savoir que M. Milian n'est pas éloigné de partager cette idée, si nombre de rhumatismes dits blennorragiques affectant cette évolution, n'évolueraient pas, en réalité, sur un terrain hérédo-syphilitique.

III. *La variété chronique* comporte des formes articulaires pures, et de formes ostéo-articulaires.

La forme articulaire pure la plus typique est bien connue : c'est l'*hydarthrose chronique bilatérale, primitive, des genoux, type Clutton*, coïncidant presque toujours avec une kératite chez l'enfant, tellement caractéristique qu'avec les ophtalmologistes, il paraît légitime de la considérer comme un stigmate sur d'hérédo-syphilis, et de l'adjoindre à la fameuse triade d'Hutchinson.

Notre observation IV en est un remarquable exemple, rappelons que cette forme indolente n'entraînant pas d'immobilisation, l'atrophie musculaire, est souvent peu appréciable.

Rarement l'hydarthrose chronique, indolente de l'hérédo-syphilis demeure *unilatérale*, ou, au contraire, est *généralisée* à presque toutes les grosses articulations, comme dans dans un cas ancien de Fouquet.

Nous rappelons, pour mémoire, *la forme chronique simulant la tumeur blanche*, qui est parfaitement bien étudiée dans les traités classiques, on se reportera à l'article de M. Milian.

Et nous arrivons aux *arthrites sèches chroniques*.

Dans certains cas, à symptomatologie minimum, les malades accusent des crépitations articulaires ou présentent une ankylose, plus ou moins accentuée, (au coude surtout) séquelle d'une des formes subaiguës ou chroniques que nous venons de décrire.

Plus intéressant, est le *rhumatisme chronique*

déformant hérédo-syphilitique, primitif d'emblée, vulgarisé par les travaux de M. Dufour et de ses élèves, et dont notre observation VI fournit un type indéniable.

* * *

Comme nous l'avons fait remarquer dans notre article du *Bulletin médical* et dans la thèse de Rougier, toutes ces formes, en apparence disparates, de l'hérédo-syphilis articulaire sont reliées entre elles par des constatations cliniques et humorales, dont l'importance diagnostique est de premier ordre.

Cliniquement, l'hydarthrose double, simultanée ou successive est un gros élément de présomption en faveur de l'étiologie hérédo-syphilitique d'un rhumatisme.

Ces poussées d'hydarthrose double peuvent se voir au début ou au cours des formes dites *sèches* comme le rhumatisme chronique hérédo-syphilitique.

Quand l'hydarthrose bilatérales constitue toute la maladie chez un sujet jeune (type Clutton), elle doit entraîner le diagnostic d'hérédo-syphilis articulaire : on conçoit au point de vue médico-légal l'intérêt qu'il y a à dépister, derrière un soi-disant accident de travail, une arthrite hérédo-syphilitique comme dans notre observation II. C'est là une notion sur laquelle, avec juste raison, a insisté le professeur Broca, dans un article récent, sur la syphilis articulaire traumatique.

Les signes humoraux de l'hérédo-syphilis articulaire nous paraissent également d'une importance primordiale.

Il y a un syndrome humoral basé sur les caractères suivants du liquide articulaire recueilli par ponction :

Positivité maximum de la réaction de Wassermann dans le liquide articulaire.

Formule cytolique à polynucléose exclusive prédominante, le plus souvent, polynucléose intacte : il s'agit d'un liquide puriforme aseptique, l'inoculation au cobaye devra toujours être pratiquée et vérifiée négative.

Jamais, la polynucléose du liquide articulaire ne nous a fait défaut, même dans les formes indolentes, torpides et chroniques d'emblée. Les hydarthroses sont, histologiquement parlant, des pyarthroses.

La polynucléose a toujours varié entre 70 et 95 p. 100, la lymphocytose variant de 0 à 5 p. 100, le complément du pourcentage étant fourni par des cellules de desquamation, des cellules macrophagiques parfois des moyens mononucléaires.

D'une façon générale, cette polynucléose nous est apparue comme *permanente*, persistant au cours d'un traitement énergique, jusqu'à l'assèchement de l'articulation. Notre observation IV confirme ce fait.

Nos constatations concordent avec celles de Lacapère et de Laurent faites chez les indigènes au Maroc. Or la plupart du temps, il s'agit là de syphilis contractée dans la toute première enfance superposable dans son évolution à une infection hérédo-syphilitique.

Quant aux cas d'autres auteurs récemment publiés de lymphocytose dans les épanchements articulaires syphilitiques ils concernent des cas de syphilis acquise, secondaire ou tardive et non des cas d'hérédo-syphilis (M. P. Weil et Bourgeois).

La posivité du Wassermann local est toujours maximum, même alors que le Wassermann du sang est devenu négatif, soit spontanément par vieillissement, soit sous l'effet d'un traitement bien conduit.

Rappelons, à ce propos, l'intérêt qu'il y a à rapprocher ce fait de la persistance du Wassermann positif dans le liquide céphalo-rachidien, le liquide d'hydrocèle, le liquide péritonéal et pleurétique prélevé chez des syphilitiques.

ACTUALITÉS

L'OUABAÏNE (1).

INDICATION. POSOLOGIE, ACCIDENTS.

Indications. — La plus importante de beaucoup est *l'insuffisance aiguë du cœur gauche avec distension*, se traduisant cliniquement par l'œdème pulmonaire et l'angor de décubitus ; dans ces cas l'ouabaïne, par voie intraveineuse, semble un remède héroïque.

Elle est indiquée aussi dans d'autres insuffisances ventriculaires gauches : *insuffisances progressives* avec ou sans élévation de tension, chez les *hypertendus* dont le cœur commence à fléchir (aortiques avec lésions valvulaires ou lésions artérielles).

A noter que dans les formes aiguës l'ouabaïne agit mieux encore après une saignée préalable.

Indiquée encore, elle donne pourtant des résultats moins remarquables dans *l'insuffisance du ventricule droit*, qu'il s'agisse de dilatations aiguës (accidents gravido-cardiaques ou fatigues prolongées chez des mitraux surmenés) ou de *mitraux* à la période d'hyposystolie; l'ouabaïne est alors surtout précieuse lorsque la digitale a épuisé son efficacité.

Elle rend encore des services dans les *syndromes douloureux* relevant d'une *dilatation de l'oreillette gauche*, chez les *gibbeux* dont le cœur fléchit, enfin dans *l'insuffisance fonctionnelle du cœur droit* qui peut succéder aux affections pulmonaires chroniques. Dans tous ces cas, cependant, son efficacité est aléatoire.

L'ouabaïne peut aussi, parfois, rendre des services au cours des *asthénies myocardiques relevant de maladies infectieuses* (pneumonie, diphtérie, rhumatisme). A noter que dans la *fièvre typhoïde*, elle doit souvent être préférée à la digitale comme agissant moins sur la conductibilité. Elle doit toujours dans ces cas être administrée à doses fractionnées.

Dans la *grande asystolie* du type courant, l'ouabaïne peut rendre les plus grands services, en particulier lorsque la digitale a épuisé son action. Bien que le médicament soit surtout indiqué dans les cas où apparaissent des troubles du rythme, il s'en faut que son action soit aussi constante dans les arythmies sans asystolie.

Dans les *arythmies extrasystoliques* symptomatiques de l'hypertension ou de la dilatation cardiaque, son action est favorable.

Elle est moins fidèle dans les *tachycardies paroxystiques* où elle peut cependant parfois arrêter la crise ou combattre efficacement la distension cardiaque due à une crise prolongée.

Dans les *bradycardies par lésions du faisceau de His* et à la phase d'insuffisance cardiaque, l'ouabaïne est supérieure à la digitale puisqu'elle ne peut,

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 96, p. 1563.

comme cette dernière, exagérer les troubles de conductibilité.

Dans *l'arythmie complète*, elle est susceptible parfois de régulariser le rythme; pour ces cas, l'association avec la quinidine est parfois utile.

L'ouabaïne est enfin la médication de choix dans *l'arythmie avec alternance cardiaque*, la plus grave manifestation de l'insuffisance myocardique mais cette action sur le tonus cardiaque ne peut s'exercer que lorsque les lésions ne dépassent pas un certain degré.

En dehors des affections cardiaques, l'ouabaïne est indiquée dans les *néphrites à gros œdèmes et grosse albuminurie* (néphrites à type hydropigène de Widal); son action diurétique semble d'autant plus marquée que les œdèmes sont plus accentués. Elle paraît agir contre la rétention chlorurée sans fatiguer notablement le rein.

Dans les autres hydropisies, elle semble avoir également une action favorable; c'est ainsi que dans des cas de *cirrhose hépatique avec ascite* on a obtenu également de bons effets diurétiques de l'ouabaïne (Dufour et Semelaigne, Le Hello) sans qu'il semble y avoir de voie d'administration préférable à une autre.

Contre-indications. — Elles sont fournies par l'état du cœur, celui du rein, celui du foie, isolément ou en conjonction avec la gravité de l'état général.

Affections cardiaques. — On peut considérer l'ouabaïne comme *absolument contre-indiquée* dans les cas suivants :

Endocardites infectieuses, primitive ou secondaire à une cardopathie valvulaire ancienne ; rétrécissement mitral pur lorsqu'il est très serré ; dilatation cardiaque lorsqu'elle s'accompagne de lésions organiques graves du rein et d'hypertension ; asystolie avec rythme couplé ; état de cachexie cardiaque avec dégénérescence myocardique et infiltration séreuse généralisée ; péricardites avec adhérences ; syphilis cardiaque, syphilis coronarienne en particulier.

D'autres contre-indications sont considérées par certains auteurs comme moins absolues; c'est ainsi que dans les troubles circulatoires dus à une infection aiguë (fièvre typhoïde, diphtérie) on pourrait, selon Desesquelle, employer l'ouabaïne à condition de le faire à doses très faibles et très fractionnées.

Affections rénales. — La contre-indication est proportionnée à la gravité des lésions rénales.

Elle est *absolue* lorsqu'il s'agit d'une insuffisance rénale grave, avec lésions étendues, qu'elle s'associe ou non à l'insuffisance cardiaque.

La contre-indication n'est au contraire pas absolue (Ribierre et Giroux) avec une insuffisance rénale et une albuminurie notables ; on peut, si le cœur gauche fléchit, employer l'ouabaïne à condition de ne donner que de petites doses et de surveiller le malade.

Bizette précise même que : dans l'albuminurie des cardiaques l'ouabaïne diminue ou même fait disparaître l'albumine; dans les néphrites chroniques il en est de même mais avec une moindre durée de l'amélioration; dans les néphrites syphilitiques avec grosse albuminurie il n'y a pas de contre-indication proprement dite mais seulement un succès essentiellement passager.

L'azotémie ne contre-indique pas l'ouabaïne qui déclenche la diurèse et abaisse la tension minima.

On doit seulement retenir la nécessité de la prudence dans les doses et de la surveillance du malade.

Affections hépatiques. — Lorsqu'est apparue *l'insuffisance hépatique* la contre-indication est absolue.

Posologie. — L'ouabaïne s'emploie en nature. C'est une poudre blanche formée de petites lamelles cristallines de forme rectangulaire de composition définie et stable. Sa saveur est légèrement amère. Elle se dissout dans l'eau à raison de 1 partie pour 150 et la solution dévie à gauche le plan de polarisation de la lumière ; elle est également soluble dans l'alcool. Les solutions se colorent en rouge par l'acide sulfurique. Tous ces caractères physiques et chimiques diffèrent de ceux des strophantines qui sont comprises avec elle au tableau A.

Les solutions aqueuses résistent à la chaleur, ce qui permet de les stériliser à l'autoclave à 110° aux fins d'injection ; elles résistent moins bien au vieillissement puisqu'elles s'altèrent au bout de deux à quatre mois.

Aussi ne doit-on employer que des solutions fraîches. Il est de même toujours prudent de formuler : *ouabaïne d'Arnaud* pour éviter toute confusion avec l'ouabaïne de Merck qui n'est en réalité que la K. strophantine cristallisée de Thoms, plus toxique.

Modes d'administration. — Tous ont été employés.

Voie intraveineuse. — La première essayée, c'est celle qui donne des résultats les plus rapides c'est aussi la plus *dangereuse*. On emploie la solution aqueuse à 1/2000, récente et stérilisée. La solution très irritante doit être injectée très exactement dans la veine; très active elle doit être employée à très faible dose et poussée très lentement (cinq à sept minutes pour 1^{cm^3}). On doit tâter au préalable la sensibilité du malade. Toutes ces nécessités font de la voie intraveineuse un *procédé d'exception* qui ne doit être employé que par des mains expérimentées et dans les seuls cas où une action massive et rapide est indispensable ; c'est en effet après des injections intraveineuses qu'on a observé les accidents les plus graves.

Voie sous-cutanée. — Elle n'est pas moins efficace que la précédente mais seulement moins brutale et moins rapide. Mais la solution d'ouabaïne est *douloureuse* aussi doit-on la mélanger à parties égales à une solution à 1/100 de novocaïne (Donzelot) et pousser l'injection profondément dans le tissu cellulaire sans pourtant réussir toujours à supprimer la douleur.

Voie rectale. — Assez rapidement active puisque les effets commencent au bout d'une heure environ ; elle peut donc être employée lorsqu'on ne peut aborder une veine. On peut employer la formule suivante :

Solution hydroalcoolique d'ouabaïne Arnaud à 1/1.000	1/2 cm³
(xxv gouttes = 1/2^{mmg} d'ouabaïne cristall.)	
Laudanum de Sydenham..............................	x gouttes
Eau bouillie	50 cm³

Voie buccale. — Les effets un peu plus tardifs ne se font sentir qu'au bout de deux heures mais l'efficacité est égale.

On peut employer la solution aqueuse, mais, aux doses actives, elle provoque parfois des nausées et

des vomissements. Aussi emploie-t-on de préférence la solution hydroalcoolique. Elle est habituellement bien tolérée et permet l'administration prolongée du médicament.

Doses. — La solution *aqueuse* habituellement employée est à *1 pour 2000* (un demi-milligramme par centimètre cube). La solution *hydroalcoolique* habituellement employée est à *1 pour 1000* (un milligramme par centimètre cube : cinquante gouttes).

Voie intraveineuse ou sous-cutanée (urgence). — Ne pas donner plus de *1/4 de milligramme* par jour, la dose classique de 1/2 milligramme est parfois mal tolérée. N'en pas donner plus de quatre jours de suite (Leconte), une seule injection dans les vingt-quatre heures.

S'il faut pratiquer par cette voie une cure d'entretien, donner 1/4 de milligramme tous les deux ou trois jours; une série de quatre ou cinq injections consécutives, dix jours de repos entre les cures.

Voie rectale. — Ne pas dépasser un demi-milligramme en vingt-quatre heures.

Voie buccale. — Dose limite : cent gouttes de la solution hydroalcoolique (un milligramme), dose à ne pas dépasser quelle que soit la durée de la cure; et surtout si elle est brève.

Doses massives (asystolie aiguë) *cinquante à cent gouttes en deux ou trois jours*. La dose quotidienne est administrée en deux ou trois prises dans du lait ou une infusion. Repos au lit, régime lacté; une saignée préalable est utile.

Doses moyennes (asystolie confirmée, réactivation de la digitale). *Vingt-cinq à cinquante gouttes* par jour pendant trois à quatre jours. Repos au lit, régime lacté; saignée et évacuation des épanchements séreux.

Doses fractionnées prolongées (médication cardiotonique; cure préventive chez la femme enceinte; médication diurétique des cardiaques et des rénaux). *Dix à vingt gouttes par jour* pendant cinq à dix jours. Régime lacto-végétarien.

Il existe également des *comprimés au 1/10e de milligramme* : six par jour, administrés en deux à trois fois pendant deux à trois jours.

Associations. — L'ouabaine et la digitale. — Leurs actions partiellement homologues peuvent se compléter à la *condition absolue* de ne *jamais* donner l'*ouabaïne après* la digitale, sans un repos intercalaire de trois à quatre jours.

La digitale peut au contraire suivre l'ouabaïne sans repos intermédiaire (cœur restant rapide et irrégulier malgré l'atténuation des signes fonctionnels).

L'ouabaine a dose moyenne réactive la digitale lorsque celle-ci a épuisé son efficacité et même si aucun des deux médicaments n'a semblé pendant la première cure donner de résultats.

On peut administrer en même temps *digitaline et ouabaïne mélangées*, en général par voie buccale et à petites doses; on peut ainsi économiser sur la quantité d'ouabaïne administrée, (insuffisance ventriculaire gauche et affections mitrales). Les préparations contiennent en général pour XV gouttes 1/10 de milligramme de digitaline 2/10 d'ouabaïne, quinze par vingt-quatre heures même pour une cure prolongée.

Résultats. — En cas de succès la tension artérielle remonte, la diurèse se produit, le cœur se régularise puis se ralentit, son ombre à l'écran radioscopique diminue.

A défaut de la première cure une deuxième suffit en général à remettre le malade sur pied.

Accidents. — Certains sujets peuvent présenter une intolérance idiosyncrasique; le plus souvent ils résultent de doses trop fortes, trop peu fractionnées ou trop prolongées. Les injections intraveineuses semblent avoir plus fréquemment que les autres modes d'administration été suivis d'accidents graves. (Lutembacher, Vaquez et Leconte, Richard).

Dans certains cas on a des *accidents légers* (accidents d'alarme par intolérance) soit signes généraux : perte d'appétit, amaigrissement, asthénie générale dans les cures prolongées, nausées, vomissements, diarrhée, soif ardente dans les autres cas; ces accidents disparaissent par la cessation du traitement. Mais on peut également observer des *accidents graves* : céphalée, bourdonnements d'oreille, vertiges, nausées sans vomissements, ralentissement du pouls ou tachycardie avec ou sans crises épileptiformes. Rythme bigéminé (Vaquez et Lutembacher) qui est en général d'un fâcheux pronostic, collapsus.

On peut enfin voir survenir la *mort subite*, surtout après des injections intraveineuses, ou chez des malades à anasarque généralisé, soit en dépit de toutes les précautions observées (Lutembacher, Vaquez et Leconte, Richard). La mort survient par syncope, soit quelques minutes ou quelques heures après l'injection (Ch. Fiessinger) soit pendant même l'injection (Aube).

De tels accidents ne peuvent donc qu'inciter à la prudence; mais s'ils doivent rendre circonspect au point de vue posologie et mode d'administration, ils ne doivent pas interdire l'emploi d'un médicament que son efficacité par voie buccale rend précieux lorsque la digitale a épuisé son action.

R. LEVENT.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

(Séance du 18 novembre 1925)

Suture des tendons. — M. Baumgartner, à l'occasion de la présentation faite dans la dernière séance par M. Cunéo, apporte le fait suivant. Un jeune homme de dix-sept ans se coupe accidentellement le tendon fléchisseur du pouce. M. Baumgartner intervient. Il taille un lambeau cutané, incise la gaine, trouve les deux bouts du tendon, le supérieur et l'inférieur, et, après les avoir bien dégagés, reconnaît l'impossibilité d'amener ces deux bouts au contact l'un de l'autre. Il fallut, pour obtenir un allongement du bout supérieur, procéder par dédoublement. Les deux bouts étant suturés l'un à l'autre, M. Baumgartner a reconstitué la gaine tendineuse et en a recouvert le tendon. La suture a été pratiquée, le doigt en flexion. La mobilisation fut pratiquée dès le dixième jour, et ce jeune homme, qui était un sportif, fit du canotage, s'appliqua à se servir le plus possible de sa main. Après quatre ans, l'angle de flexion du pouce sur la paume de la main est de 60 degrés au lieu de 90 degrés. Malgré cela, le jeune homme peut opposer le pouce au petit doigt, pour prendre et saisir les objets. Il ne peut pas écarter complètement le pouce de la main. Voilà certes où devient utile le temps autoplastique exécuté par M. Cunéo dans son cas. En somme, le résultat anatomique et fonctionnel est assez satisfaisant.

M. Baumgartner attache de l'importance à la reconstitution de la gaine fibreuse qui est destinée à empêcher la formation d'adhérences consécutives.

Invagination iléo-cæcale. — M. GERNEZ fait un intéressant rapport sur une observation adressée par MM. Courty et Delattre (de Lille). Il s'agit d'une femme qui, depuis plusieurs années, avait présenté des crises de douleurs dans l'hypocondre droit et des vomissements. Le diagnostic porté était appendicite. M. Courty intervint. Il avait constaté un empâtement sensible, une douleur au point de Mac Burney. La température était normale, le pouls à 90. Opération : appendice libre. La paroi antérieure du cæcum présente une teinte blanchâtre. On sent une tumeur au niveau de la valvule iléo-cæcale. Cæcotomie. La tumeur put être enlevée. L'examen histologique ne montra pas de dégénérescence épithéliale.

M. Gernez fait suivre cette observation de quelques réflexions : erreur de diagnostic fréquente, ces invaginations étant prises pour des appendicites. Il croit qu'il faudrait, au point de vue de la dénomination de ces faits, distinguer les variétés d'invaginations en iléo-cæcales, iléo-iléales, iléo-coliques et colo-coliques. Enfin, M. Gernez rappelle sa thèse de 1907 sur ce même sujet.

Tumeur cervicale. — M. LENORMANT analyse une observation de M. Leclerc (de Dijon). Femme de trente-sept ans, atteinte d'une tumeur de la région carotidienne du volume d'une orange, présentant des battements et du souffle, sans ganglions de voisinage, dont le début remontait à sept ans. Opération : ligature préalable de la carotide primitive, ablation assez difficile de la tumeur. Pas de troubles cérébraux immédiats. L'examen de la tumeur ne révèle pas de caractères malins. Mais quelque temps après paraissent de l'aphonie, de la congestion pulmonaire L'examen laryngoscopique révéla une paralysie de la corde vocale gauche.

De l'analyse de plusieurs faits de ce genre, M. Lenormant, étant donnée la gravité de l'opération, les cas mortels assez nombreux, les accidents graves du système nerveux qui peuvent s'ensuivre, croit pouvoir conclure, avec l'auteur de l'observation, que lorsque ces tumeurs ne sont pas libres, facilement énucléables, il vaut mieux les laisser en place.

M. LABEY a pu, dans un cas, libérer la carotide interne et ne lier que l'externe. Le malade est mort. Il fera connaître le résultat de l'autopsie.

Sympathitectomie. — M. LERICHE (de Strasbourg) fait une importante communication sur la chirurgie du sympathique. Il a dirigé ses recherches sur la section des communiquants devant, selon lui, remplacer la recherche et l'ablation des ganglions étoilés qui comportent des dangers et, trop souvent, des complications ultérieures.

Importance de la radioscopie et de la radiothérapie des affections utéro-ovariennes. — M. GRÉGOIRE fait une communication et montre une série de films ayant pour but de montrer l'importance des examens radioscopiques dans les affections utéro-ovariennes, examens qui permettent souvent de fixer le diagnostic et d'indiquer nettement s'il vaut mieux recourir à la laparotomie ou à la radiothérapie.

SOCIÉTÉ DE NEUROLOGIE

(SÉANCE DU 5 NOVEMBRE 1925)

Mme DÉJERINE dépose sur le bureau de la Société la thèse de Mme SORREL-DÉJERINE sur les **Paraplégies pottiques (Evolution clinique et anatomie pathologique, d'après 40 observations personnelles)**.

Syndrome cérébelleux avec aréflexie tendineuse d'origine encéphalitique. — MM. SCHÆFFER, CÉLICE, SELIGMANN et GARNIER. La malade, âgée de quarante-huit ans, présente un syndrome cérébelleux très marqué avec troubles statiques et kinétiques, incapacité absolue de se tenir debout, hypermétrie et dysmétrie, adiadococinésie, hypotonie et passivité; parole monotone, lente et traînante. La force segmentaire est bien conservée, bien que les masses musculaires des membres inférieurs paraissent un peu flasques. Réflexes tendineux tous abolis, sauf l'achilléen gauche; abdominaux inférieurs seuls persistants; flexion bilatérale des orteils; réflexes de défense très intenses des deux côtés; paralysie de la VIe paire droite; nystagmus bilatéral dans toutes les positions; inspirations profondes; légère dysurie. Le liquide céphalo-rachidien contient 6 lymphocytes par millimètre cube, 0g40 d'albumine, une hyperglycorrachie légère. Le Bordet-Wassermann négatif est dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Benjoin partiellement positif. Réactions électriques normales. L'affection a débuté, en mai dernier, par des troubles sensitivo-moteurs des membres inférieurs, avec évolution progressive et phase de troubles oculaires et de somnolence en juillet.

Les auteurs écartent les diagnostics de syphilis et de sclérose en plaques pour admettre celui de névraxite épidémique. Ils font remarquer que, malgré l'aréflexie, on ne saurait parler ici de forme périphérique ou polynévritique de l'affection, comme dans les faits étudiés par Bériel.

M. A. THOMAS estime que, malgré l'aréflexie tendineuse, le syndrome est celui d'une sclérose en plaques; la question est de savoir si, comme le donne à penser une observation rapportée l'année dernière par M. SOUQUES, l'encéphalite peut être à l'origine d'un syndrome de sclérose en plaques. M. GUILLAIN fait observer qu'il n'a jamais vu la réaction du benjoin positive dans l'encéphalite épidémique.

Les perturbations des notions spatiales chez les apraxiques, à propos de deux observations cliniques d'apraxie. — M. LHERMITTE, Mlle G. LÉVY et M. N. KYRIAKO présentent deux apraxiques, nullement hémiplégiques, chez qui le trouble peut être étudié à l'état pur, en dehors de toute paralysie, de toute altération importante de la sensibilité, de toute agnosie visuelle. Ils aboutissent à cette conclusion que l'apraxie idéomotrice résulte avant tout d'un trouble dans l'application de l'activité motrice à l'espace. Le phénomène pathologique est en somme très voisin de la « planotopokinésie » décrite par MM. P. Marie, Bouttier et P. Bailey.

Amyotrophie des membres inférieurs à type Charcot-Marie coexistant avec un spina bifida. — MM. G. GUILLAIN, P. MATHIEU et GARCIN présentent une jeune fille de dix-sept ans, qui est atteinte d'amyotrophie des membres inférieurs du type Charcot-Marie, avec abolition des réflexes achilléens et médio-plantaires et troubles vaso-moteurs, sans troubles de sensibilité ni altération du liquide céphalo-rachidien. Or la radiographie montre un spina bifida à hauteur des deux premiers segments sacrés. On pourrait se demander s'il y a une relation de causalité entre ce spina bifida et l'amyotrophie des membres inférieurs, et si une intervention exploratrice ne serait pas indiquée dans cette hypothèse. Mais l'examen des chronaxies des membres supérieurs a montré à M. Bourguignon des modifications indiscutables, non seulement dans les membres inférieurs cliniquement atteints, mais encore dans les membres supérieurs, qui paraissaient cliniquement normaux. Il semble donc qu'il convienne de s'en tenir au diagnostic de type Charcot-Marie, et admettre la simple coïncidence du spina bifida.

MM. LÉRI, SICARD signalent la fréquence du spina bifida radiologique, du moins de celui qui se limite à la première sacrée ou de celui qui se borne au simple agrandissement de l'hiatus sacro-coccygien. M. LÉRI, pour les indications opératoires dans le spina bifida, se guide sur la perméabilité de l'espace épidural examinée en position déclive après injection de lipiodol.

Goitre exophtalmique, système sympathique cervical et sympathique strié. — MM. SICARD et HAGUENAU continuent à étudier l'influence possible du système sympathique cervical sur le régime circulatoire du mésocéphale, et principalement des noyaux gris centraux. A l'appui de cette conception, ils présentent une malade basedowienne, avec symptomatologie associée de rythmies des membres supérieurs et de démarche instable, heurtée, saccadée, à allure de dyskinésie encéphalitique. Ils écartent toute hypothèse de névraxite épidémique surajoutée, et suggèrent une pathogénie vaso-motrice par retentissement de l'excitation du sympathique cervical sur le tonus vasculaire strié. Ils font remarquer qu'un certain nombre de signes fréquents chez les basedowiens, mouvements choréiformes, spasmes, crises respiratoires, bâillement, akathi-

sie, exagération des réflexes tendineux, émotivité, bouffées de chaleur, tremblement, se retrouvent à la fois dans la névraxite et dans la maladie de Basedow.

Quant aux sympathicectomies dans les syndromes parkinsoniens, les auteurs, dans deux cas, ne les ont pas vues agir sur la rigidité : il y a eu seulement accalmie passagère des douleurs. M. Lhermitte, dans un cas qu'il a suivi, n'a vu aucune amélioration consécutive à la sympathicectomie.

Les perturbations sympathiques dans le zona et dans la méralgie paresthésique. — M. A. Thomas étudie les réflexes vaso-moteurs et pilo-moteurs dans deux cas de zona (dont l'un accompagné de cicatrices pigmentaires), et dans un cas de méralgie paresthésique.

Un cas de syndrome de Benedikt. — MM. Souques, Castéran et Baruk présentent une malade de quarante-cinq ans, qui eut, à l'âge de deux ans, un ictus suivi d'hémiplégie gauche avec strabisme externe de l'œil droit; deux ans après seulement, apparurent des mouvements anormaux du côté hémiplégique. Actuellement, on constate une hémicontracture gauche, avec arrêt de développement de ce côté prédominant sur le membre supérieur. En outre, du même côté, on note des mouvements involontaires, dont le type est choréiforme au membre supérieur, mais se rapproche davantage du tremblement au membre inférieur. La sensibilité est normale. La recherche des réflexes est très difficile du côté gauche, à cause de l'intensité des mouvements. Le réflexe plantaire est également difficile à rechercher. Il n'y a ni clonus, ni réflexes de défense. L'examen oculaire montre une paralysie partielle de la IIIe paire à droite; il faut noter, d'autre part, des crises de migraine ophtalmique qui datent d'une quinzaine d'années.

Les lésions sont vraisemblablement situées dans le pédoncule, et doivent intéresser le noyau rouge.

Hypertrophie localisée d'un membre supérieur dans un cas de syringomyélie. — MM. Guillain, Alajouanine et Huguenin présentent une malade atteinte d'une syringomyélie typique, dont les troubles sensitifs dissociés, très intenses, sont localisés au membre supérieur droit et à la zone thoracique adjacente à la racine du membre. Or, dans cette zone, il existe une hypertrophie très importante, qui paraît porter à la fois sur les masses musculaires et sur le tissu cellulo-adipeux. Mais cette hypertrophie est de longtemps antérieure à l'apparition du syndrome syringomyélique, et elle était tout d'abord localisée dans le segment distal du membre. La malade l'a constatée depuis l'enfance, et l'a vue augmenter peu à peu. Cette circonstance pourrait être interprétée en faveur d'une origine congénitale de cette syringomyélie. L'hypertrophie segmentaire, jointe à une cyphose dorsale, en aurait été pendant longtemps le seul témoin, la symptomatologie classique de la syringomyélie ne se constituant qu'à un stade beaucoup plus tardif.

Résultats de la sympathectomie péricarotidienne (dénudation de la carotide interne) dans l'épilepsie essentielle convulsive. — M. J. Tinel a préconisé, depuis 1920, dans l'épilepsie convulsive, la simple dénudation de la carotide interne, opération plus logique que toutes celles qui ont été tentées jusqu'à présent, et qui n'ont donné que de mauvais résultats. Cette intervention n'a pas pour but de guérir l'épilepsie, mais elle vise à supprimer les grandes crises convulsives, dans la mesure où ces crises sont liées à une réaction vaso-motrice des territoires cérébraux.

Or la dénudation carotidienne a été pratiquée, il y a six mois, par M. de Martel, d'abord à gauche, puis, quinze jours après, du côté droit, chez une femme de trente-six ans, qui, depuis l'âge de vingt ans, présentait des crises épileptiques très fréquentes, et même, depuis quelques années, presque subintrantes (deux ou trois grandes crises et douze ou quinze absences ou vertiges par jour). Depuis l'opération, soit en six mois, il n'y a plus eu une seule grande crise, mais seulement vingt-huit absences ou vertiges en tout, auxquels il faut joindre trois ou quatre accès d'obnubilation, suivis d'un état onirique de quelques minutes, analogue à celui qui succédait autrefois aux grandes crises.

Il convient, bien entendu, d'attendre des délais plus longs et des faits plus nombreux avant de déterminer s'il s'agit là d'un traitement vraiment héroïque de l'épilepsie convulsive.

Hémorragie de l'hypophyse (*présentation de pièce anatomique*). — M. Laruelle (de Bruxelles).

Syndrome condylo-déchiré postérieur exocranien par métastase cancéreuse. — MM. Souques, de Massary et Baruk rapportent le cas d'une malade opérée en 1924 d'un cancer du sein gauche, qui fut atteinte l'année suivante d'une paralysie des quatre derniers nerfs craniens droits, avec lésions craniennes métastatiques révélées par la radiographie et signes d'hypertension intracranienne. Cette association posa le problème de l'origine de ce syndrome condylo-déchiré postérieur. S'agissait-il d'une localisation secondaire intrabulbaire ou d'une simple compression nerveuse périphérique par tumeur osseuse de la base? L'autopsie révéla deux ordres de lésions : métastases cancéreuses dans la région basilaire de l'occipital droit obstruant les deux trous : condylien antérieur et déchiré postérieur; néoplasies intracérébrales dans le lobe frontal et dans le putamen gauches. Le bulbe était normal à l'examen histologique. Les deux groupes de symptômes cliniques, — paralysie des quatre nerfs craniens et syndrome d'hypertension intracranienne, — quoique associés, étaient donc indépendants l'un de l'autre, et ne devaient leur réunion qu'à la dissémination exo et endocranienne des métastases cancéreuses.

Paralysie radiculaire du membre inférieur consécutive à un zona des racines lombo-sacrées (L_3-L_2). — M. Souques rapporte l'histoire d'un malade qui, à la suite d'un zona des racines sensitives lombo-sacrées, présenta des troubles moteurs du membre inférieur. Ces troubles, d'abord attribués à la douleur et aux paresthésies zostériennes, étaient en réalité dus à une paralysie, ainsi que le montra un examen approfondi avec électro-diagnostic de contrôle : il y avait réaction de dégénérescence dans les muscles innervés par les racines motrices lombo-sacrées qui correspondaient aux racines sensitives. Les paralysies zostériennes sont contemporaines de l'éruption. Les troubles moteurs se superposent aux troubles éruptifs et affectent, comme ceux-ci, une distribution radiculaire. Les rapports anatomiques du ganglion et de la racine antérieure permettent de comprendre l'altération de cette racine.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

(Séance du 14 octobre 1925)

Un cas d'emploi d'antivirus de Lévy-Solal. — M. P. Gallois rapporte un cas typique de salpingite avec fièvre élevée (40°) et masse salpingienne de la grosseur d'une pêche traitée par l'antivirus de Lévy-Solal. Après la première application, il constata une chute de température très nette; puis à la suite de la deuxième application, le retour à la normale. Enfin dans les mois qui suivirent la masse salpingienne diminue progressivement de grosseur jusqu'à la résolution totale.

M. Gallois estime donc qu'il y a lieu de suivre sérieusement cette méthode thérapeutique de l'antivirus.

Action de l'ovaire sur la thyroïde dans la maladie de Basedow. (Rôle du système sympathique.) — M. Marcel Laemmer s'appuyait : 1° sur un des signes du goitre exophtalmique faisant rarement défaut savoir ; le signe génital chez la femme (irrégularité des règles et aménorrhée) : 2° sur ce fait que beaucoup d'auteurs de la valeur de Maranon ont signalé la coexistance d'une insuffisance ovarienne : 3° sur le basedowisme de la ménopause, a systématiquement traité les malades basedowiennes avec des injections de préparations d'ovaire (0gr25 de glande fraîche par injection pendant des séries de vingt jours) ; les résultats ont été très bons.

Comme explication physio-pathologique de ce fait l'auteur déclare admettre le cycle suivant : Insuffisance ovarienne amenant une dysthyroïdie neutre (autrement dit une perturbation dans les éléments secrétoires de la thyroïde); celle-ci ne devient hyperthyroïdie qu'en raison du terrain végétatif individuel qui serait alors à tendances sympathicotoniques. Si le terrain végétatif individuel était au contraire à tendance parasympathicotonique, la dysthyroïdie neutre devient hypothyroïdie, d'où l'explication des myxœdènes de la ménopause.

M. Schmitt. Il a été constaté rarement il est vrai, mais des

faits ont eu lieu que des femmes auxquelles on fait subir un traitement radiothérapique pour fibromes et par conséquent chez lesquelles l'on a supprimé les fonctions ovariennes présentaient ensuite des troubles de basedowisme.

Pneumothorax de Forlanini et pneumopéritoine transthoraco-abdominal. — M. Georges Rosenthal en effectuant la manœuvre de Forlanini chez deux malades qui avaient recollé leur plèvre a provoqué involontairement un pneumopéritorax supérieur périsplénique et périhépatique. La surveillance directe par les rayons X pendant l'intervention, met à l'abri de ces incidents bénins. La voie transthoraco-diaphragmatique semble pouvoir être utilisée pour créer un pneumopéritoine qui, d'après le professeur Carnot, évite les adhérences postopératoires dans l'abdomen supérieur.

Conditions favorables du repos dans le traitement de l'obésité. — M. G. Leven. Le traitement de l'obésité varie selon les cas. Cependant un grand nombre de sujets bénéficie du traitement basé sur la diététique, le repos plus ou moins absolu et l'amélioration du rythme respiratoire. Chacun de ces éléments du traitement est actif à sa façon. Leur juxtaposition s'impose dans quelques cas, tel le suivant : repos et régime seuls ne parviennent pas à amaigrir une jeune fille âgée de seize ans, pesant 81 kgs 300.

Le médecin qui lui avait prescrit ce repos et le régime n'avait pas constaté l'insuffisance respiratoire que le repos au lit avait encore augmentée. M. Leven enseigna à la malade les mouvements qu'il a décrits dans sa communication à l'Académie des sciences (17 novembre 1924). Ces mouvements exécutés au lit complétant le premier régime prescrit donnèrent les résultats suivants : dans les six premiers jours la malade perdit 2 kgs 600; le vingtième jour, la chute de poids était de 6 kgs 600.

L'influence favorable du repos, déjà signalée par M. Leven en 1904 dans son livre sur l'obésité, ne se fait donc sentir que dans les cas où la respiration du sujet a une amplitude suffisante.

M. Marcel Laemmer relate le cas d'une malade obèse qui, d'elle-même, avait constaté que le repos la faisait maigrir alors que le mouvement, la gymnastique et le massage l'engraissaient.

(Séance du 11 novembre 1925)

Recherches pharmacologiques sur le terpénolhypophosphite de soude. — MM. Carron, Bourcet et J. Chevallier après avoir étudié l'historique de la question montrent que l'action du phosphore blanc sur l'essence de térébenthine au contact de l'air est un acide monobasique dérivé terpénique de l'acide hypophosphorique. L'acide terpénophosphoreux est insoluble dans l'eau mais au contact de la muqueuse stomacale il disparaît et s'absorbe. Il existe une action irritative sur la muqueuse, mais celle-ci ne se produit pas avec le sel de soude, aussi ce sel est-il celui employé. Pratiquement la toxicité en est nulle. Quant à l'action thérapeutique, l'emploi de ce sel donne une activité du tissu musculaire. Augmentation du poids et une élévation de taux d'hémoglobine.

Un cas d'anémie grave guérie par la transfusion. — M. Auguste Bécart rapporte une observation d'intoxication grave par le chlorate de potasse (absorption de 40 grammes) avec anurie complète guérie par la transfusion du sang. Le cas est d'autant plus intéressant que la plupart des toxicologues donnent comme mortelle la dose de 30 grammes de chlorate de potasse.

Les divers modes de traitements de la gangrène pulmonaire et leurs résultats cliniques d'après la révision de douze observations. — MM. Caussade et André Tardieu ont employé la sérothérapie, l'auto-vaccinothérapie, la teinture d'ail et l'hyposulfite de soude, les différents procédés de piésithérapie, l'injection intra-pulmonaire d'électrargol et d'huile goménolée ou eucalyptolée ; la trachéofistulisation de Rosenthal et enfin l'intervention chirurgicale, dans le traitement de douze cas de sphacèle pulmonaire. Six de leurs observations dans lesquelles l'infection bacillaire est diversement associée au processus anaérobie, comportaient un pronostic sévère et l'échec des diverses méthodes utilisées. Chez un sujet atteint de gangrène curable de Lasègue et de phtisie apicale discrète, la piésithérapie soit spontanée, soit thérapeutique (Forlanini, pyopneumothorax et oléothorax) s'est montrée nettement efficace.

Il n'existe que très peu de critères indiscutables qui permettent d'affirmer l'efficacité de l'une quelconque des méthodes employées, lorsque la gangrène évolue isolément. La constatation banale des rémissions spontanées, accroît les difficultés d'appréciation clinique.

Le sérum de Weinberg et l'auto-vaccinothérapie employée selon les techniques usuelles, se sont montrés indiscutablement insuffisantes. Le pneumothorax artificiel ne comporte que des indications restreintes et ne s'applique qu'aux cas où le processus sphacélique est d'apparition récente. Lorsque la gangrène évolue depuis un certain temps, les adhérences pleurales de formation rapide, désormais irréductibles, s'opposent à la réalisation du collapsus du poumon.

L'injection intra-pulmonaire d'électrargol et d'huile eucalyptolée a donné d'assez bons résultats dans deux observations. Ce procédé discrédité en raison des réactions parfois violentes qu'il est susceptible de déterminer, mérite cependant d'être retenu ainsi d'ailleurs que la trachéofistulisation de G. Rosenthal.

Il semble bien qu'une modification de la technique de la sérothérapie s'impose à l'heure actuelle, notamment dans le choix du sérum. L'auto-vaccinothérapie peut être également améliorée (injections d'un nombre restreint d'unités microbiennes).

Vomissements incoercibles de la grossesse, traités à la veille de l'avortement décidé et guéris. — MM. G. Leven et Emile Coudert rapportent six observations qui viennent à l'appui de la thèse que l'un deux soutient depuis longtemps : les vomissements incoercibles de la grossesse ne sont que des vomissements banaux, dyspeptiques, gravidiques, mais non spécifiques. Ils sont curables à toute époque de leur évolution, même lorsqu'ils ont une gravité telle que l'avortement paraît le seul moyen de les faire cesser.

Ils pensent que les résultats qu'ils ont obtenus sont dus à ce que les malades ont été traitées comme des dyspeptiques gravement atteintes ou comme des dyspeptiques ptosiques ou, enfin comme des dyspeptiques aérophages.

Ils estiment que tous les procédés usuels (suppression de l'alimentation buccale, goutte à goutte rectal, glace sur le ventre) contribuent à faire durer les vomissements.

La constance des résultats et la rapidité avec laquelle ils sont réalisés méritent d'attirer l'attention sur leur technique et sur leur conception de la question.

LIVRES NOUVEAUX

Les Principales positions utilisées en radiographie [technique, indications, résultats] (1), par L. Delherm et Morel-Kahn.

Sous ce titre vient de paraître un ouvrage de pratique journalière qui nous paraît appelé à rendre de grands services. C'est un volume sans prétention, abondamment illustré, où les auteurs ont réuni, à côté de documents classiques, un certain nombre de renseignements qu'on ne trouve que dans certains ouvrages ou journaux spéciaux.

Chaque position fait l'objet d'une étude divisée en trois parties : technique, c'est-à-dire descriptive, en insistant sur les principales précautions à observer; radiographique, montrant les résultats obtenus; clinique, indiquant les principales indications. C'est dire qu'il s'agit là d'un véritable aide-mémoire s'adressant, partie au spécialiste, partie au praticien.

Les auteurs se sont défendu à l'avance du reproche qu'on aurait pu leur faire de ne pas être tout à fait complets; ce sont d'ailleurs plutôt des lacunes de détail qui restent à combler et il faut leur savoir gré d'avoir décrit un certain nombre de positions encore peu utilisées comme les positions de Hirtz pour la radiographie du crâne, les positions de profil

(1) In-8 de 252 pages avec 134 figures hors texte. — Prix 25 fr. — Paris, N. Maloine.

pour la radiographie de la colonne cervicale, de la hanche, de la vésicule biliaire...

L'Ecole française attire un nombre important d'étrangers pratiquant la langue espagnole; les auteurs ont pensé leur rendre service en faisant suivre chaque chapitre d'un court résumé dans cette langue; nous ne pouvons que les approuver de cet effort pour faciliter les études de nos hôtes.

DE BRANCAS.

Anatomie médico-chirurgicale. La tête (1), fasc. 1 : *Le crâne*, par Philippe BELLOCQ, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

L'auteur insiste non seulement sur la description et la topographie des organes rencontrés, mais aussi sur les repères anatomiques dont l'importance clinique est si considérable.

Après un aperçu général du corps humain, sa symétrie, ses proportions, il analyse les principes déterminants des formes; principes fixes, le squelette; et variables, les muscles, la graisse et la peau; puis il étudie, en différents chapitres, les régions proprement dites du crâne et de la face. Chaque description, tout en conservant son caractère didactique, donne de brèves déductions pratiques médico-chirurgicales. Des dessins et schémas établis d'après les compositions et préparations de l'auteur font partie intégrante de l'ouvrage.

L. G.

QUESTION D'INTERNAT

LES CRISES GASTRIQUES DU TABES (2)

Diagnostic. — I. Nous n'insisterons pas sur les autres **syndromes douloureux de l'abdomen** dont le diagnostic se discute aisément et qui ont leurs caractères propres : névralgies intercostales, névralgies abdominales, coliques hépatiques, néphrétiques, intestinales, étranglement rénal, colique saturnine, péritonite par perforation, lésions pancréatiques, empoisonnements, aortite abdominale, crises douloureuses abdominales du purpura et de la maladie d'Addison.

II. **Eliminer une maladie organique de l'estomac**. — Le diagnostic d'un ulcus, d'un cancer, d'une gastrite, d'une hypersécrétion à type Reichmann, se posera grâce aux antécédents, à l'histoire de la maladie, à l'examen radioscopique, au repas d'épreuve et à la recherche du sang dans les selles. D'autre part, la recherche des symptômes du tabes et de la réaction de Wassermann devra être systématiquement pratiquée dans tous ces cas. Il ne faut pas oublier parfois que la crise est en rapport avec une affection gastrique organique (Paviot).

III. **Eliminer les crises gastriques non tabétiques**. — On peut les diviser en plusieurs groupes d'une façon arbitraire :

a. *Crises d'origine réflexe*. — Ptoses viscérales, rein flottant, lithiase latente, soit rénale, soit hépatique, appendicite chronique, hernie de la ligne blanche, helminthiase, salpingo-ovarite, grossesse au début.

b. *Crises par troubles vasculaires*. — Secondaires à l'aortite abdominale qui peut provoquer des crises douloureuses avec vomissements et angoisse.

c. *Crises d'origine dyscrasique*. — Au cours d'urémie, goutte, diabète, insuffisance surrénale, intoxications exogènes diverses. On peut y rattacher les vomissements cycliques avec acétonémie des enfants, et les vomissements acides survenant au cours d'accès migraineux violents (gastroxynsis de Rossbach).

d. Enfin, les crises gastriques survenant au cours de maladies du *système nerveux* : myélites, compression de la moelle, syringomyélie, sclérose en plaques, paralysie générale. On peut voir aussi des crises gastriques chez des syphilitiques avérés qui ne sont point tabétiques et qui souffrent de radiculite (gastro-radiculites). Dans tous ces cas, c'est par un examen complet du malade et par la recherche systématique de la syphilis et des symptômes du tabes que l'on arrivera à poser le diagnostic exact. Les gastro-radiculites sont caractérisés par la continuité des phénomènes douloureux.

Pathogénie. — On a invoqué les lésions des pneumogastriques. Mais actuellement on considère que ces lésions ne sont pas suffisantes. Il s'y surajoute des modifications des nerfs sympathiques et du système radiculaire postérieur. C'est sur ces données nouvelles qu'on a basé tout un traitement chirurgical des crises gastriques du tabes.

Traitement. — I. **Médical**. — Dans bien des cas, il est suffisant.

Pendant le *paroxysme gastralgique*, on conseillera le repos au lit avec immobilité absolue en décubitus dorsal. Des applications chaudes ou froides (glace) seront faites sur l'abdomen. Ou bien on appliquera des liniments au chloroforme, à l'opium, à la jusquiame. D'autres fois on sera obligé d'avoir recours à des applications d'éther, au stypage ou même aux pointes de feu, aux vésicatoires morphinés.

La diète doit être très sévère : soit quelques gouttes d'eau glacée ou de champagne; soit, plus tard, du thé, du café, de la limonade ou un peu de lait laudanisé (V gouttes par tasse).

Comme *médications*, on peut prescrire, dans les cas où l'intolérance gastrique n'est point absolue : des préparations d'opium, de belladone, d'atropine, chanvre indien, cocaïne, menthol, eau chloroformée, etc.

Dans les cas d'intolérance absolue, on aura recours aux suppositoires de morphine, de belladone, etc., ou aux lavements de bromure et chloral.

Sicard et Lermoyez ont essayé avec succès des injections intraveineuses lentes d'un quart de milligramme d'adrénaline dissoute dans 20 centimètres cubes de sérum artificiel.

Dans les cas de douleurs trop intenses, on aura recours aux injections de morphine. On a aussi essayé les inhalations de nitrite d'amyle, les courants galvaniques, le stypage vertébral, etc., mais sans grand succès. D'autres ont pratiqué la ponction lombaire avec évacuation d'une certaine quantité de liquide céphalo-rachidien.

Contre le collapsus, faire des injections d'huile camphrée, strychnine, caféine, éther, sérum artificiel.

Enfin, entre les crises, on ne saurait négliger d'instituer un traitement antisyphilitique, mais on se méfiera des injections intraveineuses de sels mercuriels (Castaigne).

II. **Chirurgical**. — Quand le traitement médical échoue et quand les crises se prolongent ou s'accentuent en intensité et en fréquence, on devra songer au traitement chirurgical. Toutes les méthodes ont pour but d'atteindre le nerf sympathique en certains lieux d'élection, la crise gastrique paraissant n'être qu'une expression de radiculite.

a. *Kœnig* a conseillé d'injecter dans les muscles du dos, à droite et à gauche de la colonne vertébrale, de la VIe à la Xe vertèbre, 100 centimètres cubes d'une solution de novocaïne à 0gr05 p. 100. Cette injection, inoffensive, peut être renouvelée à chaque crise douloureuse.

b. *Fœrster* sectionne les sept racines à droite et à gauche de la Ve à la XIIe dorsale. Après laminectomie, il ouvre le sac dural et résèque les racines postérieures. Cette opération est longue et dangereuse, mais elle donne 70 p. 100 des cas d'amélioration.

c. La méthode de *Francke* est moins dangereuse; elle consiste à arracher le bout central des cinq à six derniers nerfs intercostaux : le nerf, découvert, est étiré jusqu'à ce qu'il cède. A la suite, on observe une parésie de la paroi abdominale. Mais c'est une opération simple, facile à exécuter et non dangereuse (Cade et Leriche). Elle est cependant plus aveugle que l'opération de Forster et semble donner de moins bons résultats.

Enfin, on a cherché en vain à atteindre le plexus solaire (injection de cocaïne dans la région du plexus) et même à sectionner les deux pneumogastriques au niveau du cardia (Exner). Ces faits sont trop rares pour permettre de juger une telle méthode.

(1) Un volume de 92 pages avec 36 figures. — Prix : 18 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Fin. — Voir Gaz. des hôpit., 1925, nº 96, p. 1590.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

Paris. — Soc. gén. d'Imp. et d'Edit., 17, rue Cassette.

N° 99. — SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 12 DÉCEMBRE 1925. — N° 99.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*
Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 7 décembre. — Questions données : « Symptômes de la pneumonie lobaire franche aiguë, sans les complications. — Signes, diagnostic et traitement de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. »

MM. Loeb (Jacques), 18; Bidoire (André), 23; Sallé (André), 19; Frantz (Robert), 27; Grenaud (Marcel), 19; Pinoche (Claude), 25; Maximin, 22; Dublineau (Jean), 24; Minot (Pierre), 21; Mlle Bucsan (Constance), 26.

Séance du 8 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la péricardite aiguë. — Symptômes et complications des plaies pleuro-pulmonaires par arme blanche. »

MM. Guédé (Marcel), 24; Barragué (Pierre), 27; Pichard (Henry), 21; Beaugeard (Georges) et Mayer (Maurice), 24; Blanche (Marcel), 22; Mlle Maldan (Elisabeth), 24; MM. Aubriet (Georges), 18; Sourdille (Gabriel), 25.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Bordeaux. — Un concours pour une place d'oculiste adjoint des hôpitaux de Bordeaux s'ouvrira le 23 mars 1926, à 8 heures du matin. Inscription au secrétariat des hospices avant le 8 mars 1926.

— Un concours pour deux places de stomatologiste adjoint des hôpitaux s'ouvrira le 9 mars 1926, à 8 heures du matin. Inscription au secrétariat des hospices avant le 23 février 1926.

— *Prix de l'internat des hôpitaux de Bordeaux pour l'année 1924-1925.* — Prix Delord (558 francs et médaille d'argent) : M. Rioux, interne.

Prix de l'Administration (150 francs de livres) : M. Auriat, interne.

Prix du docteur Levieux (une trousse) : M. Delmas-Marsalet, interne.

Médailles d'argent : MM. de Grailly, Traissac, Dufour, Baylac, Magimel, Lescale, Laubie, Leymarie, internes; Cloup, interne provisoire; Mlle Frouin, MM. Auché, Mondain, Demangeat, Dervillée, de Miollis, Larauza, externes.

Médailles de bronze : MM. Clarac, Basteau, Cantorné, Costedoat, Gandy, Viaud, François dit Jonchères, internes; Badelon, Délas, internes provisoires; Régnier, Le Coulant, Ducasse, Giraud, Grangé, Cazassus, de Batz, Maisonnobe, Trautman, Donnadieu, Dimitrievitch, Robin, Bordes, Navarettes, Busy, externes.

— Lyon. — Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : M. Germenot, Mlle Moulin, MM. Chaumeix, Thomas, Mlles Lizon, Rouché, Garnier, M. Griffon.

Internes suppléants : Mlle Ulliet, M. Oudet, Mlle Mouraire, M. Chatain, Mlle Jonte, MM. Corajod, Roget, Mlle Delore, MM. Bès, Sevelinge, Duc, Perrin.

— Saint-Germain-en-Laye. — Un concours est ouvert pour la nomination de quatre internes titulaires et de quatre internes provisoires en médecine et en chirurgie à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye.

Ce concours, qui comportera une épreuve écrite et une épreuve orale, aura lieu le jeudi 14 janvier 1926, à 9 heures du matin, à l'hôpital.

L'épreuve écrite comprendra trois questions : 1° sur l'anatomie; 2° sur la pathologie médicale; 3° sur la pathologie chirurgicale.

L'épreuve orale comprendra également trois questions : 1° sur la pathologie médicale; 2° sur l'accouchement; 3° sur un cas quelconque d'urgence. Le maximum des points est de 60 pour l'épreuve écrite et de 30 pour l'épreuve orale.

Les candidats devront être de nationalité française et ne pas être âgés de plus de vingt-huit ans.

Les candidats devront se faire inscrire au bureau de la direction de l'hôpital et y déposer, huit jours au moins avant la date fixée pour le concours, les pièces suivantes :

1° Acte de naissance; 2° certificat de bonnes vie et mœurs;

3° certificat d'une faculté de médecine de l'Etat attestant qu'ils sont régulièrement pourvus de douze inscriptions validées ou un certificat de l'Assistance publique attestant qu'ils sont ou ont été externes des hôpitaux près une faculté ou école pendant un an; 4° certificat délivré par leur chef actuel de service ou s'ils ne sont attachés à aucun service hospitalier, par leur dernier chef de service, et contresigné par le directeur de l'établissement dans lequel ils ont fait leur service et attestant qu'ils ont rempli leurs fonctions avec zèle, exactitude et subordination.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — LYON. — Le concours pour une place de chef de clinique chirurgicale (professeur Tixier) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Eugène Pollosson.

— MONTPELLIER. — M. Curie, ancien professeur à la Faculté des sciences de l'Université de Montpellier, est nommé professeur honoraire à ladite Faculté.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — MARSEILLE. — Un concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pharmacie et matière médicale à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille s'ouvrira, le 23 juin 1926, devant la Faculté de pharmacie de Montpellier.

ACADÉMIE DE MÉDECINE. — Par décret en date du 4 décembre, est approuvée l'élection faite par l'Académie de médecine pour une nouvelle période de cinq ans, de M. Ch. Achard, comme secrétaire général de cette Compagnie. (*J. O.*, 8 déc. 1925.)

ACADÉMIE DES SCIENCES MORALES ET POLITIQUES. — Prix Leroy-Beaulieu destiné à encourager la propagande pour la natalité : Mention honorable à M. le docteur Foveau de Courmelles, président du Comité national des Journées des familles nombreuses.

GUERRE. — M. le médecin principal de 2e classe Gay-Bonnet est maintenu à l'état-major particulier du ministre.

MARINE. — M. le médecin principal Pradel est nommé à l'état-major particulier du ministre de la Marine.

— Ont été promus dans le corps de santé de la marine :
Au grade de médecin en chef de 2e classe. — M. Cauvin.
Au grade de médecin principal. — MM. Rouché et Séguy.
Au grade de médecin de 1re classe. — MM. Pervès et Ragiot.

LE DINER D'AUTOMNE DE L'U.M.F.I.A. — Lorsque Dartigues, Bandelac de Pariente et Gaullieur l'Hardy eurent l'heureuse idée, en 1912, de fonder l'Union Médicale Franco-Ibéro-Américaine, la *Gazette des hôpitaux* fut l'un des premiers journaux qui présentèrent la nouvelle association au public médical.

Ce fut encore la *Gazette des hôpitaux* qui envoya son collaborateur Gaullieur l'Hardy en Espagne faire la première tournée de conférences pour la nouvelle Association. C'est dire avec quelle joie nous avons assisté au développement prodigieux de l'U.M.F.I.A.

Le banquet de l'autre semaine avait réuni près de quatre cents convives sous la présidence de J.-L. Faure, assisté par les trois fondateurs de l'Association.

M. Georges Leygues, ministre de la Marine et président du Comité France-Amérique latine, Mme Boas de Jouvenel, présidente de la Bienvenue française, étaient aux côtés du président.

On remarquait dans l'assistance plusieurs membres du corps diplomatique et de nombreuses notabilités du monde médical français, espagnol et américain.

Des toasts chaleureux furent prononcés par le docteur Moliněry, au nom des absents ; Mme Boas de Jouvenel (Bienvenue française); le marquis de Faura (Espagne); le professeur Oliveiro (République-Argentine); le professeur Cuellar (Bolivie); le professeur de Souza (Brésil); le professeur Morquio (Uruguay); le professeur Uceda (Pérou); le docteur Rocha (Colombie); le docteur Pino Pou, ancien député (Venezuela); le docteur Sanchez de Silvera, au nom des amis de l'Espagne; le docteur Noir, vice-président de l'A. D. R. M., au nom de la presse; le docteur Decourt, président de l'Union internationale des praticiens; le professeur Roule, du Muséum, au nom des sciences rattachées à la médecine; le professeur Euzières, de la Faculté de médecine de Montpellier, au nom des facultés de province; le professeur J.-L. Faure; le docteur Dartigues, président-fondateur au nom de l'U.M.F.I.A., et M. Georges Leygues, au nom de Paris-Amérique latine.

Un concert fort brillant, auquel prit part l'Orchestre médical, termina très agréablement la soirée.

LE SALON DES MÉDECINS. — Pour la sixième fois il s'ouvrira du dimanche 14 au 24 mars prochain (1926), comme à l'accoutumée, au Cercle de la librairie, 117, boulevard Saint-Germain, Paris (VIe). Médecins, pharmaciens, chirurgiens, dentistes, vétérinairss, étudiants et leur famille sont conviés à y exposer leurs œuvres : peinture, sculpture, gravure, art décoratif. Pour tous renseignements s'adresser au Secrétaire organisateur, M. le docteur Paul Rabier, 84, rue Lecourbe, Paris (XVe). Joindre un timbre pour la réponse.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. (Cours d'enseignement et de perfectionnement.) — *Radiologie du cœur et électrocardiographie*, sous la direction de M. le professeur Vaquez. — MM. Bordet et Géraudel commenceront à la Clinique thérapeutique de la Pitié, le 11 janvier 1926, à 10 heures, des leçons avec exercices pratiques et examens de malades, sur la radiologie du cœur, par M. le docteur Bordet, chef de laboratoire, et l'électrocardiographie, par M. le docteur Géraudel, chef de laboratoire.

Vingt leçons théoriques suivies d'exercices pratiques seront consacrées à ces matières.

Chaque séance comportera, après la leçon théorique, des exercices pratiques consacrés à la manipulation de l'appareil, à l'analyse des électrocardiogrammes et à la rédaction des diagnostics électrocardiographiques.

Le nombre des assistants est limité.

Le droit d'inscription est de 150 francs.

Se faire inscrire au secrétariat de la Faculté les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (guichet n° 4).

FILM CINÉMATOGRAPHIQUE DES ARYTHMIES. — Le docteur Lutembacher fera une deuxième projection du film des arythmies le jeudi 17 décembre, à 18 heures, au grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

LIVRES NOUVEAUX

Initiation à la médecine (1), par le docteur Henri BOUQUET.

L'initiation à un art, quel qu'il soit, est toujours très délicate. Quand il s'agit d'une science aussi complexe que la médecine l'initiation devient une tâche formidable.

Il faut pour s'en tirer avec honneur être un savant très averti, il faut aussi avoir ce don de vulgarisation qui est donné à bien peu de gens.

Ce don, le docteur Henri Bouquet le possède au plus haut point. Il lui a permis de faire un exposé à la fois concis et lumineux des fondements de la médecine, de ses moyens d'investigation et de traitement.

En lisant ce bon livre les médecins et les étudiants se pénétreront mieux de la grandeur de leur profession, les gens du monde y puiseront pour notre art la compréhension et le respect qui leur manque trop souvent.

F. L. S.

(1) Un volume in-8, Collection des Initiations. — Prix : 6 fr. — Paris, Hachette.

RAPHAEL LÉPINE
(1840-1919)

ÉLOGE

PRONONCÉ A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DANS LA SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1925

Par M. Ch. ACHARD

SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La tradition plus que centenaire qui célèbre par un éloge prononcé dans la séance annuelle un de nos aînés disparus a réservé presque toujours cet hommage aux membres titulaires et aux membres libres de notre Compagnie, c'est-à-dire à ceux que le vieux règlement de nos jeunes années appelait « résidants ». En 1864, il est vrai, Jules Béclard fit l'éloge de J. Delpech, de Montpellier, que l'ordonnance royale, à la fondation de l'Académie, avait nommé « associé non résidant ». Puis en 1889, Jules Rochard prononça l'éloge d'un autre Montpelliérain, Fonssagrives, correspondant national, Mais si rares ont été ces exceptions qu'elles risqueraient de confirmer en règle définitive l'usage adopté jusqu'ici.

Qui songerait pourtant à exclure de l'éloge annuel nos associés et correspondants? Insister serait presque leur faire injure en laissant le soupçon qu'on puisse hésiter sur leurs mérites et sur leur droit à la louange. Mais peut-être n'est-il pas inutile d'indiquer pour quelles raison ils ont si rarement participé à cette commémoration solennelle.

Ces raisons, je me hâte de le dire, sont de celles que la raison ne connaît pas.

Les Académies n'apprécient pas seulement le travail. Ce sont de vieilles personnes vénérables et sensibles à ce qui fait la douceur de vivre. Pour tous leurs membres, le temps est déjà loin où, petits grimauds d'école, ils ne devaient qu'à leur labeur et à leur sagesse les notes et les points qui les classaient en une hiérarchie hebdomadaire. Nous ne saurions sans ridicule instituer ici une manière de tableau d'honneur, et la parfaite égalité qui règne sur nous tous ne peut autrement nous ranger que suivant l'âge académique. Si toutes les Académies ne peuvent se dire des salons, toutes sont néanmoins des lieux de réunion où se nouent des relations courtoises, où s'entretiennent des amitiés solides, où s'échangent des paroles cordiales, qui ajoutent à l'intérêt de nos séances leur charme et versent un rayon de douceur sur la gravité de nos procès-verbaux.

N'est-il pas naturel que nous choisissions avec quelque dilection ceux que nous avons longuement connus et que nous rencontrions à presque toutes nos séances, pour faire revivre quelques instants leurs traits glacés par la mort, pour rappeler du fond de nos souvenirs le son de leur voix, leur attitudes, leurs gestes familiers, et chercher des yeux le fauteuil où ils venaient siéger ?

Au demeurant, en consacrant cette année l'éloge à Raphaël Lépine, c'est à peine si je crois déroger à l'usage. car, tout Lyonnais qu'il fût, il avait tant d'attaches à Paris qu'il ne resta jamais loin ni de nos yeux, ni de notre cœur.

Né à Lyon le 6 juillet 1840, Jacques-Raphaël Lépine y commença ses études médicales et fut interne de Chavanne, d'Ollier et de Perroud, maîtres qui tous à divers titres ont laissé un nom dans la science.

Venu à Paris pour achever ses études, comme faisaient à cette époque la plupart des élèves distingués de nos Ecoles provinciales, il est reçu au concours de l'internat en 1865, le second d'une promotion dont le premier est Dieulafoy. Plusieurs autres illustrations de notre Académie figurent sur cette liste : les chirurgiens Just-Lucas-Campionnière et Jacques Reverdin et, parmi les internes provisoires, Georges Clemenceau.

Interne de Jules Simon le pédiatre, de Lorain dont les études sur le pouls et la température dans les maladies sont restées classiques, et du fondateur de neuropathologie, Charcot, il reçoit de ce dernier les directions définitives de toute sa vie médicale. Dès cette époque, il s'adonne avec ardeur aux recherches scientifiques. Il fait en Allemagne, de 1867 à 1870, plusieurs séjours dans le laboratoire de l'illustre Virchow à Berlin, et dans celui du physiologiste Ludwig à Leipzig. En 1869, il est préparateur de Brown-Séquard qui occupe, au titre de chargé de cours, la chaire nouvelle de pathologie expérimentale et comparée de notre Faculté.

Il se révèle aussitôt physislogiste par la découverte des nerfs vaso-dilatateurs de la langue dans l'hypoglosse et le glosso-pharyngien de la grenouille. C'était le second exemple de ces nerfs vaso-dilatateurs que Claude Bernard, dans ses célèbres expériences sur la glande sous-maxillaire, avait reconnus dans la corde du tympan.

A la veille de la guerre de 1870, Lépine soutient sa thèse de doctorat sur l'hémiplégie pneumonique. Contrairement à la théorie régnante des paralysies réflexes, il établit le rôle prépondérant des lésions d'athérome et de thrombose artérielle.

Pendant l'année terrible, il fait la campagne de 1870-71 dans les ambulances de l'armée de l'Est. Il dirige celles de Belfort, puis est nommé médecin en chef du camp de Sathonay.

De retour à Paris, il est chef de cliniqne de Germain Sée en 1872 et aborde les concours que l'on peut appeler supérieurs, sans abandonner toutefois les recherches scientifiques. Il y avait alors quelque mérite, pour quiconque consacrait une partie de son temps au laboratoire, à oser affronter le concours des hôpitaux et ses épreuves cliniques. Il y fallait une vocation solide et le feu sacré du travail. L'audacieux candidat de cette variété rare passait pour n'être pas clinicien, et cette réputation fâcheuse marquait l'infortuné d'une tare presque rédhibitoire aux yeux de certains juges. Les choses ont bien changé depuis, le laboratoire a pris sa juste revanche et même il n'est guère de candidat aux hôpitaux qui ne se réclame aujourd'hui de quelque travail de laboratoire et ne fasse valoir qu'il a fait quelques analyses biologiques, examiné quelques coupes au microscope, cultivé quelque microbe et qu'il n'est pas seulement le « clinicien pur » qui répondait à l'idéal de la plupart de nos maîtres il y a un demi-siècle.

Lépine fut nommé médecin des hôpitaux de Paris au concours de 1874. Il s'était déjà présenté deux ans à l'agrégation et avait écrit une thèse sur la pneumonie caséeuse. A son second concours, en 1875, il fut nommé agrégé avec Dieulafoy, Grancher, Legroux et Liouville. La question qu'il avait eu à traiter cette fois dans sa thèse, celle de la localisation dans les maladies cérébrales, lui était familière. Aussi le travail qu'il rédigea n'était-il pas, comme la plupart des thèses de concours, une simple compilation plus ou moins bien ordonnée et hâtivement composée, mais une œuvre vraiment personnelle, où

il ajoutait à un petit nombre de faits publiés par Hughlings Jackson, Charcot, Vulpian, Duret, Maurice Raynaud, plusieurs observations nouvelles. La question des localisations nerveuses était encore très discutée après les mémoires de Fritsch et de Hitzig. Lépine prit nettement parti pour les localisations cérébrales et son travail est demeuré classique.

L'avenir à Paris s'annonçait plein de promesses pour le jeune agrégé, lorsqu'un événement nouveau vint changer brusquement le cours de sa carrière. En 1877, la Faculté de Médecine de Lyon est créée. Une chaire de clinique médicale y est offerte à Lépine par le ministre Jules Simon. C'est une occasion de revenir dans sa ville natale et d'y occuper de surcroît, à trente-sept ans, une chaire magistrale. Malgré la répugnance que sa jeune femme manifestait pour ce changement de résidence, l'offre avait de quoi le tenter, et puis ne lui était-il pas loisible de revenir quelque jour dans la capitale où ses droits de médecin des hôpitaux lui étaient conservés ? Conseillé par Charcot, Lépine accepta la chaire qu'on lui proposait : il devait l'occuper pendant trente-trois ans, avec un éclat qui ne pâlit jamais durant ce tiers de siècle.

Bientôt un malheur soudain le frappa : il perdit la compagne de sa vie, née d'une vieille famille L'Alsace, apparentée au fondateur de la prospérité de Mulhouse, Jean Dollfus. Désormais, l'amour de ses parents, sa tendresse pour son fils et le culte d'une chère mémoire se partagèrent son foyer vide. Mais il ne put se consoler. C'est que passé la jeunesse, un grand chagrin emplit la vie. Il reste unique, il efface tous ceux qui le précédaient, et ceux qui le suivent ne font que le renforcer, comme des harmoniques, mais c'est toujours le même son fondamental qui résonne douloureusement.

Ce veuvage précoce l'écarta de la vie mondaine et lui fit vouer toute son activité au travail. Levé à cinq heures, il se rendait à six heurss à son laboratoire, où il revenait encore l'après-midi. A huit heures, son paquet d'observations sous le bras, il passait du laboratoire dans la salle de malades et y faisait la visite. Il y cherchait des sujets d'étude, comme au laboratoire il cherchait des moyens de parfaire ses diagnostics et d'améliorer sa thérapeutique. Ainsi avait-il fait de sa vie de médecin deux parts : l'une consacrée à l'examen des malades et à l'instruction des élèves, et l'autre à la recherche scientifique : exemple imité depuis par l'élite des cliniciens, mais qu'à cette époque il y avait quelque nouveauté à proposer.

Il aimait à dire que si Laënnec et ses successeurs immédiats n'avaient pensé qu'anatomiquement, le clinicien devait désormais penser physiologiquement. Disciple de Claude Bernard, il avait vu les merveilleux progrès de la physiologie. Il avait compris que la lésion n'est pas la maladie, que c'est le trouble des fonctions qui fait les symptômes, que certaines lésions en apparence importantes ne tiennent pas en réalité le premier rôle sur la scène pathologique et que ce premier rôle peut appartenir à quelque lésion plus obscure ou même invisible à nos moyens actuels de recherche, « lésion vraie, disait-il, bien différente de la lésion grossière que l'on constate sur la table d'autopsie et qui n'est, le plus souvent, que le mur derrière lequel il s'est passé quelque chose ».

C'est qu'il avait vu et connu personnellement un grand nombre des savants qui avaient contribué à guider la médecine dans la voie du progrès : Cruveilhier, Chevreul, Cl. Bernard, Brown-Séquard, Vulpian, Charcot, Virchow, Cohnheim, Pasteur. Il avait vu naître et prendre un merveilleux essor la microbiologie; il avait assisté au magnifique développement de la médecine expérimentale, de l'histologie, de la chimie biologique, de la neurologie. Il avait pris lui-même une part aux progrès de ces sciences nouvelles ou renouvelées.

Aussi était-il de ceux qui estiment que la médecine doit ouvrir ses fenêtres toutes grandes à la lumière de toutes les sciences. Rien de ce qui étudie la vie et les phénomènes qui s'accomplissent dans l'être vivant, sain ou malade, ne pouvait selon lui rester étranger au clinicien éclairé. En un mot, il était, avant tout, biologiste.

Ayant cette haute conception de la tâche dévolue au clinicien, il avait obtenu l'adjonction à son service hospitalier de ce qu'il appelait un laboratoire synthétique, c'est-à-dire d'un ensemble de laboratoires affectés respectivement à la physique médicale, à la chimie, à l'anatomie pathologique, à la bactériologie.

Bien qu'il eût l'esprit porté vers les synthèses et les idées générales, il sentait trop le besoin de la précision dans les détails pour négliger l'importance des spécialités techniques. Tant dans la pratique du laboratoire que dans celle de la clinique, il faisait appel aux spécialistes, et il dirigea lui-même plusieurs de ses élèves vers les applications spéciales de la pathologie : Garel vers la laryngologie, Lannois vers l'otologie, et aussitôt après la découverte de Röntgen il fit installer pour le confier à Destot un laboratoire de radiologie destiné non seulement à la pratique hospitalière, mais aussi à l'enseignement.

Profondément érudit, lisant couramment l'allemand et l'anglais, Lépine se tenait au courant des publications étrangères et doublait ainsi d'une bibliographie étendue les fructueuses trouvailles de son originalité inventive.

Aussi ses leçons étaient-elles fortement documentées, et la clinique s'y appuyait toujours sur une pathogénie soigneusement étudiée.

Au contact de Charcot, son maître, et de Bouchard, son aîné, il avait gardé quelque chose de la fréquentation de ces deux hommes qui, de façon très différente, ont marqué de leur puissante empreinte toute une génération médicale.

Charcot avait poussé très loin l'analyse clinique, la fondant sur le rapport des lésions et des symptômes, non pas seulement à la manière des organiciens, mais en joignant à la notion de l'organe malade celle de la fonction troublée, c'est-à-dire en y mêlant les données physiologiques; car en appliquant aux localisations nerveuses la méthode qu'il nommait anatomo-clinique, il faisait appel à la physiologie non moins qu'à l'anatomie.

Bouchard avait fait renaître l'humorisme. Il cherchait dans la chimie le secret des maladies. Les déchets de la nutrition cellulaire et les poisons microbiens occupaient dans ses théories pathogéniques la plus large place.

Lépine se tint, si l'on peut dire, entre les deux, associant à la chimie, négligée par Charcot, l'anatomie pathologique un peu trop reléguée dans l'ombre par Bouchard et réservant à la microbiologie le haut rang qu'elle venait de conquérir.

L'œuvre médicale de Lépine est considérable et je ne saurais entreprendre d'analyser ni même d'énumérer toutes ses publications, tant elles sont nom-

breuses et tant sont variés les sujets qu'il a traités.

C'est à lui qu'on doit la découverte des centres vaso-moteurs du cerveau, celle des centres régulateurs de la tension artérielle et du rythme cardiaque, celle des centres de la sécrétion salivaire, du centre cérébral des mouvements du pouce, du centre masticateur, la description des troubles vasomoteurs des membres dans la pneumonie (1867), celle de l'hémiplégie pleurétique (1875), l'étude des canaux périvasculaires de l'encéphale (1867) et de leurs altérations dans les méningites (1869). Son travail sur la paralysie glosso-labiée d'origine cérébrale, appelée paralysie pseudo-bulbaire et due à des lésions des fibres reliant l'écorce cérébrale au bulbe, vint doter la neuropathologie d'un chapitre nouveau.

Nombre de substances toxiques et médicamenteuses ont fait de sa part l'objet de recherches biologiques en vue de leur application à la thérapeutique. Telles sont, par exemple, la caféine dont il a fait ressortir l'utilité à doses élevées, la digitaline et la strophantine, l'atropine, le sulfonal, le salol dont il a dénoncé les dangers à dose massive dans les maladies infectieuses où l'on avait tenté de l'administrer comme antiseptique interne, le salicinaphtol, le benzoate de soude, la terpine qu'il fut le premier à employer. Il fit connaître les propriétés colorantes de certains antipyrétiques, surtout de l'antipyrine et de l'acétanilide, utilisées jusque-là seulement contre la fièvre.

Précédant Grancher et Thaon, alors que la théorie de la dualité de la phtisie régnait en Allemagne et faisait quelques adeptes en France, il apportait à celle de l'unité de la tuberculose des preuves anatomo-pathologiques en étudiant l'histologie de la pneumonie caséeuse.

Avant que l'on connût le pneumocoque, il professait que la pneumonie n'est que la localisation pulmonaire d'une maladie générale et il tentait de la combattre en faisant de curieuses expériences sur les effets de l'iodure de potassium.

L'un des premiers il montra l'intérêt clinique de l'analyse chimique du suc gastrique. Dans une série de notes et de mémoires, il étudia les troubles de la sécrétion rénale, l'excrétion de l'urée, du phosphore, du soufre, des carbonates, celle des alcaloïdes toxiques. L'un des premiers encore, il fit des recherches sur la toxicité des urines.

Ses travaux sur la sécrétion rénale et l'étude qu'il fit de la pathogénie de l'albuminurie lui donnaient une compétence particulière pour annoter une traduction, faite par Edelmann en 1884, du *Traité des maladies des reins* de Bartels. Il arriva même que ses annotations, remplies de vues originales, furent à leur tour traduites en allemand et commentées par Senator. Déjà l'article que Lépine avait écrit pour le *Dictionnaire encyclopédique,* sur la pneumonie, avait connu l'honneur d'une traduction allemande et d'une édition séparée à Vienne.

Dans le domaine de l'hématologie, plusieurs de ses mémoires traitent des anémies, de l'alcalinité du sang et de la question, nouvelle alors et qui s'est tant développée depuis, de la résistance des hématies et de l'hémolyse.

Convaincu que les réactions de l'organisme sont le fait essentiel de l'état morbide, il consacra plusieurs travaux à la fièvre, à sa production expérimentale, à son rôle parfois utile pour la défense de l'organisme. Il étudia la suractivité des organes sous l'influence du chauffage artificiel, la thermogenèse d'origine pancréatique, les effets des rayons X sur les actes nutritifs.

C'est sur les troubles de la nutrition que s'est porté, d'ailleurs, son principal effort scientifique, et c'est au diabète qu'il a consacré la partie la plus importante de son œuvre.

Les causes et la nature du diabète ont déjà depuis longtemps fait couler beaucoup d'encre et suscité beaucoup d'expériences. Mais la source de ces discussions n'est pas près d'être tarie et chaque jour voit paraître sur le sujet de nouvelles recherches. Dans ce flot débordant, la part de Lépine n'est pas près d'être engloutie : elle mérite mieux qu'une simple mention.

Les anciens, dans ce qu'ils appelaient diabète, avaient observé surtout l'abondance excessive des urines. Vers le milieu du XVIe siècle, Trincavella, de Venise, pensait, comme ses prédécesseurs, que les boissons passaient telles quelles dans les urines des diabétiques, parce que les reins de ces malades étaient impuissants à les retenir; mais il ajoutait comme preuve qu'il avait trouvé aux urines d'un malade le même goût qu'à ses tisanes. Puis, après cette remarque — qui ne manque pas, si j'ose dire, d'une certaine saveur — il faut attendre près d'un siècle pour que de nouveau reparaisse, dans une observation de Thomas Willis, la notion d'une matière sucrée contenue dans l'urine diabétique et reconnaissable à son goût mielleux, seul réactif dont la clinique disposât alors. Ainsi se trouvaient désormais distingués le diabète dit sucré ou mielleux (*diabetes mellitus*) et le diabète dit insipide ou polyurie simple. Un siècle encore s'écoule et Dobson, toujours par le même moyen, découvre que le sang des diabétiques renferme aussi cette substance sucrée : important progrès, car il fait dépendre le diabète, non plus d'une maladie des reins et d'un désordre local, mais d'une altération des humeurs et d'une maladie générale.

Nous sommes en 1775 : la chimie scientifique sort de ses limbes. En 1806, Dupuytren et Thénard démontrent, par la fermentation de l'urine et la distillation de l'alcool qui en résulte, que cette urine diabétique renferme du sucre, mais un sucre peu sapide, que Chevreul, en 1815, reconnaît identique au sucre de raisin ou glycose.

D'où vient ce sucre? Tiedmann et Gmelin, en 1821, découvrent la transformation digestive de l'amidon en glycose, et Bouchardat, soumettant les diabétiques à la restriction des féculents alimentaires, obtient souvent des succès thérapeutiques. Un grand pas est franchi; mais bientôt la question réalise avec Cl. Bernard de nouveaux et importants progrès.

Remarquons qu'à cette époque la recherche du sucre réducteur, facile dans l'urine, l'était beaucoup moins dans le sang. Elle se faisait avec la liqueur de Barreswill; il ne fallait pas moins de 20 centimètres cubes de sang; l'outillage pour la récolte de ce sang laissait à désirer ; le dosage ne donnait pas une entière sécurité. Il n'est de nos jours aucun expérimentateur qui se contenterait de cette technique, et l'on obtient aujourd'hui des résultats bien plus exacts avec quelques gouttes de sang seulement. N'en admirons que davantage les travaux de Cl. Bernard qui ont apporté dans la question du sucre sanguin et du diabète des données fondamentales. N'est-ce pas une fois de plus la preuve que, dans les sciences, s'il faut une bonne technique pour obtenir des résultats précis, la méthode a plus

d'importance que la technique. Un bon outil aide à faire le chef-d'œuvre, mais que vaut l'outil sans le maître ouvrier?

Dans une série de recherches qui s'échelonnent de 1848 à 1855, mais qu'il ne devait jamais abandonner tout à fait jusqu'à la fin de sa vie, c'est-à-dire pendant une vingtaine d'années encore, Cl. Bernard montre que l'organisme animal produit du sucre, non seulement, comme on le soutenait généralement, avec des aliments végétaux, mais aussi avec de la chair musculaire; que ce sucre se forme dans le foie et qu'il se trouve toujours à peu près au même taux dans le sang, parce que sa mise en réserve à l'état de glycogène dans le foie et sa production par le foie aux dépens de ce glycogène se règlent sur les besoins de l'organisme. Dans le diabète, suivant l'illustre physiologiste, cet équilibre se rompt et le sang renferme trop de sucre parce qu'il s'en forme avec excès dans le foie.

Grâce au renom de son auteur, cette théorie fut assez généralement adoptée. Pourtant, à l'encontre de cette opinion, Bouchard, dès 1873, reprenant une ancienne idée de Mialhe, soutient que le diabète résulte non pas d'une surproduction de sucre hépatique, mais d'une insuffisants consommation par les tissus. Lépine adopte cette opinion et dès lors ne cesse, jusqu'au terme de sa carrière, d'en poursuivre, par des expériences et des observations cliniques, la vérification.

En juin 1889, une découverte sensationnelle fait époque dans l'histoire du diabète : von Mering et Minkowski provoquent le diabète chez le chien par l'extirpation totale du pancréas; mais ils ne donnent de ce fait considérable aucune interprétation. Lépine entrevoit aussitôt que le pancréas produit quelque chose d'utile à la combustion du sucre et qu'il agit à la façon des glandes vasculaires sanguines, que nous appelons plus couramment aujourd'hui endocrines. Idée féconde et singulièrement juste, défendue depuis par maints biologistes, illustrée par nos éminents compatriotes, MM. Laguesse et Hédon, lauréats de ce jour, mais qui devait attendre plus de trente ans encore la découverte de l'insuline pour s'imposer à tout le public médical. Ne soyons pas trop surpris d'un tel délai : le praticien, sceptique en matière de théories, attend volontiers pour leur accorder sa consécration qu'elles aient reçu le baptême thérapeutique. Oserai-je ajouter seulement qu'il n'est peut-être pas toujours bien exigeant sur la qualité du baptême et qu'il se contente parfois trop aisément de promesses et d'affirmations verbales qui rappellent plus la manière intéressée de Gorenflot que la pureté rituelle d'une eau lustrale?

Cherchant à prouver que le diabétique pêche surtout par insuffisante utilisation du sucre, Lépine étudie avec Barral la destruction du sucre dans le sang et l'attribue à un ferment glycolytique contenu dans les globules et dont le défaut rendrait compte du diabète. Mais cette recherche de la glycolyse sanguine est délicate et sujette à erreur; c'est un phénomène cadavérique, accompli hors de l'organisme. Se passe-t-il de même pendant la vie? S'il n'est guère douteux que l'organisme emploie des ferments pour utiliser le sucre, de même que la plupart des autres corps qu'il décompose, on admet que cet acte nutritif n'a pas lieu dans le sang, mais dans les tissus. Néanmoins, si la démonstration d'un ferment glycolytique est difficile à donner, la réalité de l'insuffisance glycolytique dans le diabète s'est trouvée confirmée par nombre de travaux ultérieurs, encore que le mécanisme de la glycolyse, c'est-à-dire de la décomposition du glycose dans l'organisme ne soit pas aussi simple qu'on l'imaginait d'abord.

Enfin, comme cette imperfection de la glycolyse ne se rencontre pas seulement chez les diabétiques, mais qu'on peut la déceler encore à de plus légers degrés et de façon souvent transitoire dans beaucoup d'états pathologiques, Lépine s'est rangé à l'opinion qui fait du diabète non pas à proprsment parler une maladie, mais un syndrome, « type provisoire, dit-il, que l'on démembrera dès qu'on saura bien distinguer les éléments morbides qui le constituent ».

Au cours de ses recherches, Lépine s'aperçoit que tout le sucre du sang n'est pas libre et qu'il en existe, en outre, une réserve à l'état de combinaison : c'est ce qu'il appelle le sucre virtuel dont, avec Boulud, il cherche le moyen d'obtenir, par des réactions chimiques, la mise en liberté. Aujourd'hui l'on reconnaît qu'il y a dans le sang du sucre en combinaison protéidique : ce sucre protéidique n'est sans doute pas le même que celui que Lépine appelait sucre virtuel, mais il n'en reste pas moins que Lépine avait vu juste en affirmant que tout le sucre sanguin n'est pas libre.

Ses études cliniques, chimiques et expérimentales sur la question du diabète avaient fait l'objet d'un nombre considérable de publications éparses en divers recueils scientifiques. Aussi Lépine, avançant dans sa carrière, comprit-il la nécessité de les réunir en un livre qui parut en 1909 sous le titre de *Diabète sucré* : ouvrage magistral où se trouvent non seulement l'ensemble de ses travaux, mais ceux de quantité d'autres auteurs, avec une critique très serrée de tous les faits connus.

Après cette œuvre maîtresse, fruit de vingt années de recherches originales et de méditations, il eût pu s'arrêter avec honneur dans cette voie laborieuse. Mais il ignorait le repos et, continuant ses travaux sur ce sujet qui le passionnait, il fut amené à faire de nouvelles publications qu'il rassemblait en un second livre quand la mort le surprit. Publié par les soins de son fils, ce livre sur le *Sucre du sang* ajoute au précédent un complément des plus utiles.

Ce n'est pas seulement le problème de la pathogénie du diabète qui fit l'objet de ses investigations. On peut dire qu'il n'est pas dans l'histoire de cette maladie complexe un seul chapitre auquel il n'ait apporté quelque contribution intéressante. Il étudia le mécanisme de toutes les glycosuries, les lésions, les symptômes de la maladie, ses complications diverses et notamment l'acétonémie et le coma, préconisant les injections intraveineuses de bicarbonate de soude qui sont restées, jusqu'aux applications récentes de l'insuline, le moyen le plus efficace de combattre ces accidents redoutables.

Dans cette longue suite de patientes recherches sur un sujet des plus difficiles, que de nombreux auteurs ont envisagé de façons très différentes, où se posent à chaque instant des problèmes non résolus de physiologie, de chimie, d'anatomie pathologique et de clinique, beaucoup n'ont pas vu d'emblée tout l'intérêt des conceptions de Lépine. Leur attention s'est fixée plutôt sur certains détails, sur quelques points controversés; ils n'ont pas toujours dégagé les parties fondamentales de l'œuvre et parfois ont accordé plus de crédit à des travaux moins solides, mais qui s'écartaient moins des idées généralement reçues. Il semble bien qu'une suffisante justice n'ait pas été rendue à Lépine. Or, si l'on con-

sidère l'ensemble de son œuvre et les points essentiels de sa conception du diabète, comment ne pas être frappé de la justesse de ses idées et de l'admirable intuition qui lui fit prévoir ce que d'autres ont ensuite précisé? Avoir discerné que tout le sucre du sang n'est pas libre, qu'il en existe hors du foie une réserve importante, que le diabétique utilise mal ce sucre, que le pancréas fournit une sécrétion interne indispensable à la bonne utilisation du sucre et qui est en défaut dans le diabète : n'est-ce pas avoir fait acte de novateur, n'est-ce pas avoir montré aux chercheurs la bonne route, n'est-ce pas avoir semé le bon grain et mérité une place éminente parmi les illustrations médicales de notre époque?

Un instant Lépine avait songé à revenir à Paris. En 1891, à la mort de Régnault, la chaire de pharmacologie de notre Faculté étant devenue vacante, il fut question de l'y appeler. En même temps qu'un enseignement approprié à sa haute valeur et à ses titres scientifiques, il eût retrouvé dans la capitale, avec une situation médicale digne de sa légitime renommée, le service hospitalier auquel il avait conservé ses droits. Un interne avait même été choisi par ses amis et agréé par lui. Mais la règle inflexible du roulement ne lui eût laissé que le dernier service de la liste. Il ne put se résoudre à quitter celui de l'Hôtel-Dieu de Lyon aménagé selon ses désirs comme un modèle. Et puis, devait-il laisser ses vieux parents en qui se concentrait une grande part de ses affections? Il refusa l'offre, et, une seconde fois, il fut perdu pour notre Faculté.

Il faut le regretter pour Paris; peut-être aussi le doit-on regretter pour le principe, car il est bon qu'entre les facultés des diverses régions s'établisse un courant d'idées et un échange d'opinions. Les facultés et les écoles doivent cultiver leur originalité propre. Elles doivent se distinguer entre elles, *facies non omnibus una*, sans perdre toutefois cet air de famille, *qualem decet esse sororum*. Mais ces différences désirables doivent avoir pour corollaire la diffusion de ce qui fait leur mérite propre, car, si les mêmes fruits ne peuvent mûrir sous tous les cieux, il est bon que partout on en puisse goûter la saveur. Les Lyonnais précisément, qui passent pour être quelque peu jaloux de ne pas ressembler en tout au « Français moyen », ont avec beaucoup de raison envoyé quelques-uns de leurs professeurs, tels des missionnaires, enseigner en d'autres villes pour y répandre le renom de leur foyer intellectuel. Les séjours successifs du professeur Bard à Genève et Strasbourg ont été un excellent exemple qui semble trouver aujourd'hui des imitateurs moins rares que naguère.

Lépine, qui eût honoré toute autre Faculté, était fort connu à l'étranger par ses travaux personnels Il s'efforça, d'ailleurs, de propager au dehors la science française en prenant part à de nombreux congrès et en dirigeant d'importantes publications médicales. Il présida, en 1905, à Liége, le Congrès des médecins de langue française.

Avec Charcot et Vulpian, il avait fondé la *Revue de médecine*; puis avec Grancher, Straus et Joffroy, sous la direction de Charcot, il fonda, en 1889, les *Archives de médecine expérimentale* qui, pendant les trente et un ans de leur existence, furent l'objet de sa constante sollicitude. C'est comme secrétaire de la rédaction de ce recueil que j'eus avec lui des relations particulièrement agréables et que je pus apprécier le prix de sa collaboration active et de sa direction avisée.

Notre Compagnie l'avait élu correspondant en 1887, puis associé national en 1896. Il était aussi correspondant de l'Institut. Mais, mieux que ces honneurs mérités, l'hommage qui lui fut fait d'un livre jubilaire, en 1911, après sa retraite professorale, témoigne de la haute estime et de la profonde admiration que professaient pour lui ses élèves, ses collaborateurs et ses collègues.

Une belle plaquette de Roty, en 1900, a fixé sa physionomie. Sa tête qu'il tenait droite, aux traits fins, au front découvert surmonté de cheveux un peu longs et rejetés en arrière, portait la marque de l'intelligence et de la droiture. Dans son regard vif et ses yeux profonds se lisait la pénétration de son esprit. Sa barbe courte et de bonne heure blanche, l'expression grave de sa figure reflétaient l'austérité de sa vie et faisaient songer à quelqu'un de ces bénédictins d'autrefois qui, inlassablement, poursuivaient jour après jour la tâche depuis longtemps commencée, jamais finie, que plusieurs existences humaines ne suffisaient à remplir.

Lépine appartenait à une famille où les traditions d'honneur, de vertu, de mérite sont avec soin cultivées. Honneur, vertu, mérite, voilà des mots qui sonnent aujourd'hui avec un timbre un peu désuet à certaines oreilles. J'avoue n'en point connaître et n'en point chercher d'autres qui puissent mieux exprimer les biens précieux qui, dans notre démocratie, quelque mal bâtie que d'aucuns la jugent, forcent l'estime de tous et permettent à qui les possède de s'élever aux charges les plus honorables et les plus utiles.

Voyez les origines de Lépine : elles sont modestes. L'aïeul est un paysan de Chalon-sur-Saône. Le père eût voulu être soldat, mais sa petite taille l'en empêche. Robuste néanmoins, levé à quatre heures et couché après minuit, il travaille sans relâche jusqu'à l'âge de quatre-vingt-sept ans et, quand la sollicitude des siens le décide au repos, il en meurt au bout d'un an. Sa profession de comptable ambulant consistait à contrôler la comptabilité de plusieurs maisons de soieries de la région. Elle exigeait non seulement une probité scrupuleuse, mais encore une manière de secret professionnel que ses deux fils, dans des domaines très différents, devaient pratiquer à leur tour. Artiste avec cela, il dessinait et peignait sans avoir pris de leçons et composait des comédies dont il amusait ses enfants.

Ce fonds de labeur constant et d'inaltérable droiture, il le transmit à ses fils. La mère, issue d'une famille noble de Savoie, émigrée en Espagne pendant la Révolution, y ajoutait ses dons de finesse et de distinction. Ses tendances romanesques et quelque peu chimériques ne pouvaient entamer le triple airain des vertus paternelles, mais elle alluma en l'âme de ses fils l'étincelle qui les fit briller dans leurs carrières laborieuses. Rêvant pour eux parmi les gloires celle qui jette le plus d'éclat, la gloire littéraire, elle leur fit faire de solides études classiques. Mais l'aîné eut la volonté de devenir médecin et le second, admissible à l'Ecole normale, se tourna vers le droit.

Chacun suivit sa voie, fidèle à l'idéal héréditaire. Chacun travailla et fit le bien. Chacun s'éleva par son mérite à des situations enviées, ne montant que pour mieux faire. Je viens de vous retracer l'œuvre de l'aîné. Celle de son frère est connue de tous et, dans les hautes fonctions administratives qu'il a longtemps occupées, il s'est montré l'un des meilleurs serviteurs du pays et de l'humanité.

La gloire du nom n'est pas près de s'éteindre. Le fils de Raphaël Lépine, le doyen Jean Lépine, notre correspondant, perpétue à la Faculté de Lyon la renommée paternelle et déjà son fils marche à son tour sur ses traces, continuant à la troisième génération cette heureuse dynastie médicale. Hélas! le jeune neveu de Raphaël Lépine, au seuil d'une carrière où lui aussi permettait de briller, est tombé pour la France sur la terre d'Alsace. Du moins prouva-t-il, par son sacrifice, qu'il savait, comme ceux de sa lignée, honorer son nom, servir sa patrie et dévouer sa vie à la cause du bien.

En saluant cette noble famille, nous pouvons répéter, car nulle n'en est plus digne, le mot fameux d'un des plus nobles ennemis de notre pays, le duc de Wellington, qui, sur le champ de bataille de Waterloo, apercevant notre grand ancêtre Larrey se prodiguant aux blessés sous la mitraille britannique, disait en se découvrant : je salue l'honneur et la loyauté qui passent!

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 30 NOVEMBRE 1925)

Le métabolisme de sommet et les capsules surrénales. — MM. J. GIAJA et X. CHAROVITZ.

Modifications morphologiques du bacille tuberculeux en culture associée avec un bacille pyocyanique (variété mélanogène). — MM. GESSARD, FERNBACH et HUILLIER.

Sur les courants de haute fréquence à sens constant, leurs effets physiologiques. — MM. CLUZET et CHEVALIER.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE ANNUELLE DU 8 DÉCEMBRE 1925)

M. SOUQUES, secrétaire annuel, après son rapport sur l'ensemble des récompenses décernées par l'Académie, a, selon la tradition, rendu un pieux hommage aux membres décédés pendant le courant de l'année.

Prix décernés en 1925. — M. LE PRÉSIDENT a donné lecture du palmarès.

PRIX DÉCERNÉS EN 1925.

PRIX DU PRINCE ALBERT Ier DE MONACO (100.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs E. Hédon, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier, et E. Laguesse, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Lille.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY [Brésil] (1.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné. Une mention honorable est accordé à M. le Dr R. Benon, médecin-chef des hospices civils de Nantes.

PRIX APOSTOLI (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Séguin (de Paris).

PRIX ARGUT (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Bernou (de Châteaubriant). Une mention très honorable est accordée à Mme le Dr Panayotatous de l'Institut colonial, à Alexandrie (Egypte).

PRIX FRANÇOIS-JOSEPH AUDIFFRED (un titre de 24.000 fr. de rente). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX DU BARON BARBIER (2.500 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une mention honorable à M. le Dr Lucien Raynaud, inspecteur général des services de l'hygiène et de la santé publique en Algérie.

PRIX BERRAUTE (un titre de 3.092 fr. de rente 3 p. 100). — L'Académie décerne le prix à MM. les Drs Lucien Mallet, radiologiste des hôpitaux de Paris; Gaston Danne (de Gif, Seine-et-Oise) et Proust (de Paris).

PRIX LOUIS BOGGIO (4.800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr R. Debré (de Paris.

PRIX MATHIEU BOURCERET (1 200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr A.-C. Guillaume (de Paris).

PRIX HENRI BUIGNET (1.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. René Fabre, pharmacien-chef de l'hôpital Necker (Paris).

PRIX ADRIEN BUISSON (12.000 fr). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Levaditi (de Paris).

PRIX CLARENS (500 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Joannon (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Louis Parrot, chef du laboratoire de l'Institut Pasteur d'Alger.

PRIX DAUDET (2.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mlle le Dr Gabrielle Lévy (de Paris).

PRIX DESPORTES (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 1.000 fr. à M. le Dr André Tardieu (de Paris); 500 fr. à MM. les Drs Maurice Perrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy, et Paul Mathieu, médecin consultant à Brides. Une mention honorable est accordée à M. le Dr G. de Parrel (de Paris).

FONDATION FERDINAND DREYFOUS (1.400 fr.). — Les arrérages de cette fondation sont décerner à titre d'encouragement à M. Bernard (Etienne-René), interne à l'hôpital Bichat (Paris).

CONCOURS VULFRANC-GERDY. — L'Académie a accordé en 1925 à MM. les stagiaires : une récompense de 500 fr. à M. Lanos, pour son étude sur la cure thermale d'Uriage en 1924, et une somme de 15.00 fr. pour sa mission à Pougues; une récompense de 500 fr. à M. Barreau, pour son travail sur les eaux de Bourbon-Lancy en 1924, et une somme de 1.500 fr. pour sa mission au Mont-Dore; une récompense de 500 fr. à M. Renault, pour son rapport sur les eaux de Royat en 1924, et une somme de 1.500 fr. pour sa mission à Bussang (Vosges); une indemnité de 1.500 fr. à M. Marie, pour sa mission à Cauterets.

PRIX ERNEST GODART (1.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Pierre Ingerlans (de Lille). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr G. Jeanneney, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux.

PRIX JACQUES GUÉRÉTIN (1.500 fr.). — L'Académie décerne le prix à MM. J. Périsson et L. Pollet, internes des hôpitaux de Paris.

PRIX PIERRE GUZMAN (un titre de rente de 2.000 fr.). — L'Académie décerne à titre de prix les arrérages de cette fondation à MM. les Drs Camille Lian, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et André Finot, médecin inspecteur des Ecoles (Paris).

PRIX THÉOÉDORE HERPIN [de Genève] (3.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Robert Marquézy (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Jacques de Massary (de Paris).

PRIX HENRI HUCHARD [Prix du dévouement médical en souvenir de sa fille Marcelle Huchard] (8.000 fr.). — L'Académie décide d'attribuer le prix de la façon suivante, en accordant : 6.000 fr. à M. le Dr Maygrier, accoucheur honoraire des hôpitaux, pensionnaire à Sainte-Périne (Paris) : 2.000 fr. à Mme veuve Gambini, de Corte (Corse), mère du Dr Gambini, mort à Sétif, en 1923, victime de son dévouement.

PRIX DU BARON LARREY (500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

FONDATION LAVAL (1.200 fr.). — L'Académie attribue, à titre d'encouragement, la somme de 1.200 fr. à M. Francis-Julien-Pierre Triboulet, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX HENRI LORQUET (300 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX A.-J. MARTIN (1.000 fr.). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 fr., avec une mention très honorable, à M. J.-E. Lobstein, docteur ès-sciences, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX CLAUDE MARTIN [de Lyon] (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Marcel Darcissac (de Paris).

PRIX MÈGE (1.500 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère [Drôme] (2.600 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Henri

Lagrange (de Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr Carrère (de Montpellier).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1.500 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 1.000 fr. à M. le Dr J. Vassal, médecin principal de 1re classe des troupes coloniales (Paris) ; 500 fr. à MM. les vétérinaires-majors Albert Bigot, du laboratoire de recherches vétérinaires des T. O. M., et Henri Velu, chef du laboratoire de recherches du service de l'élevage du Maroc à Casablanca.

PRIX OULMONT (1.000 fr.). — Ce prix, destiné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'Internat (médecine), est décerné à M. Marchal, interne à l'hôpital Broussais (Paris).

PRIX PANNETIER (4.000 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Hauduroy, préparateur à la Faculté de médecine de Paris.

PRIX PERRON (4.000 fr.). — L'Académie partage le prix de la façon suivante : 2.000 fr. à M. le Dr Rivalier (d'Asnières) ; 1.500 fr. à MM. Raymond Moussu, chef de travaux à l'Ecole vétérinaire d'Alfort, et L. Marchand, médecin-chef de la Maison nationale de Charenton ; 500 fr. à M. le Dr Georges Rosenthal (de Paris).

PRIX POURAT (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Grellety-Bosviel (de Paris).

PRIX JEAN REYNAL (1.200 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. E. Césari, vétérinaire à Paris.

PRIX PHILIPPE RICORD (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à M. le Dr Paul Faivre, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'hygiène (Paris). Une mention très honorable est accordée à M. le Dr François Lebeuf (de Lyon).

PRIX ROUSSILHE (10.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné. Une mention très honorable est accordée à M. le Dr A. Winstel (de Paris).

PRIX MARC SÉE (1.200 fr.). — Des mentions honorables sont accordées à MM. les Drs Charles Dejean (de Montpellier) et Jean Braine (de Paris).

PRIX TARNIER (3.000 fr.). — Le prix n'est pas décerné.

PRIX VERNOIS (800 fr.). — L'Académie décerne le prix à Mlle le Dr G. Labeaume, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris.

SERVICE DES ÉPIDÉMIES. — L'Académie a proposé et M. le ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder les récompenses ci-après aux personnes qui se sont particulièrement signalées par leurs travaux spéciaux sur les épidémies observées en France et dans les pays de protectorat pendant l'année 1924.

Rappel de médaille d'or, à : M. le Dr Bauzon, médecin des épidémies de Chalon-sur-Saône.

Médailles d'argent, à : MM. les Drs Alcay, inspecteur général des services d'hygiène du Gard ; Barbary, inspecteur départemental des services d'hygiène des Alpes-Maritimes ; Baylac, professeur à la Faculté de médecine de Toulouse, inspecteur départemental des services d'hygiène.

Rappel de médaille d'argent, à : M. le Dr Potelet, chef du service de l'hygiène du Nord.

Médailles de bronze, à : MM. les Drs Broquin-Lacombe, inspecteur des services d'hygiène de l'Aube en 1923 ; Eymeri, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges ; Maréchal, inspecteur départemental d'hygiène du Doubs ; Sigallas, inspecteur des services d'hygiène du Var.

SERVICE DES EAUX MINÉRALES — L'Académie a proposé et, par son arrêté de décembre 1925, M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France, pendant l'année 1924, des médailles d'honneur de l'hygiène publique aux personnes dont les noms suivent :

1° *Rappels de médailles d'or*, à : MM. les Drs Molinéry (de Luchon) et A. Piatot (de Bourbon-Lancy).

2° *Médaille d'or*, à : M. le Dr R. Glénard (de Vichy).

3° *Médaille de vermeil*, à : M. le Dr Gandy (de Bagnères-de-Bigorre.

4° *Rappel de médaille d'argent*, à : M. le Dr Matignon, médecin consultanf à Châtel-Guyon,

5° *Médailles d'argent*, à : MM. les Drs Blum, chargé de cours d'hydrologie thérapeutique et climatologique à la Faculté de médecine de Strasbourg ; Sérane, médecin consultant à Saint-Nectaire.

6° *Médaille de bronze*, à : M. le Dr Abbatucci, médecin principal de 1re classe des troupes coloniales.

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie accorde, pour le service de la vaccine, en 1924 :

1° *Médailles d'or d'honneur*, à : MM. les Drs d'Anfreville de Jurquet de la Salle (de Casablanca), Ferre (de Bordeaux), Gourichon (de Paris).

2° *Médailles de vermeil*, à : MM. les Drs Dufestel, Raymond Jourdain et Mme Dréano (de Paris).

3° *Médailles d'argent*, à : MM. les Drs Alcay (de Nîmes), Brau (de Bou-Denib, Maroc), Debru (de Cournonterral), Hudde (de Berkane-Martimprey, Maroc), Huguenin, Piole, Pottier, Roubaud (de Paris), Roussy (de Marseille), Valette (de Beni-Mellal, Maroc), Mme la doctoresse Peltier (de Paris).

4° *Médailles de bronze*, à : MM. les Drs Beliard et Chene (de Paris), Chiray (de Bobigny), Contet, Dally, Dreyfus (de Paris), Faulong (de Fontenay-aux-Roses), Janin (de Paris), Linard (de Rosny-sous-Bois), Maestraggi (de Rognac), Morin (de Paris), Sigwalt (de Clamart), Saint-Hilaire, Viancin et Mlle la doctoresse Benoit (de Paris).

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — M. le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales met annuellement à la disposition de l'Académie de médecine une somme de 2.000 francs destinée à récompenser les meilleurs travaux qui lui sont adressés sur l'hygiène des enfants du premier âge et à subvenir aux frais de publication du rapport annuel.

L'Académie accorde aux lauréats dont les noms suivent les distinctions suivantes :

Rappel de médaille d'or. — M. le Dr Ledé (de Paris).

Médailles d'argent. — MM. les Drs Londe et Tissier, médecins inspecteurs de la protection des enfants du premier âge, à Paris.

Eloge de Raphaël Lépine. — M. ACHARD prononce l'éloge de Raphaël Lépine. (Voir plus haut, p. 1609.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 4 DÉCEMBRE 1925)

Maladie de Recklinghausen ; monoplégie atrophique du membre inférieur droit ; tuberculose pulmonaire. — MM. BABONNEIX, TOURAINE et POLLET présentent un homme de vingt-huit ans atteint de neurofibromatose typique bien que les troubles psychiques soient réduits au minimum. L'intérêt de ce cas réside dans l'existence d'une monoplégie du membre inférieur droit, survenue à l'âge de deux ans, et qui est à la fois atrophique et spasmodique dont la pathogénie est imprécise.

L'évolution anatomique et clinique des endocardites. Les facteurs biologiques de cette évolution. — M. Maurice RENAUD estime que l'expression clinique de toutes les endocardites dépend au premier chef de complications qui sont elles-mêmes fonction de facteurs biologiques.

L'endocardite étant toujours une localisation secondaire au cours d'un état infectieux, elle n'est en réalité qu'un des éléments de la maladie.

Les réactions variables de l'organisme expliquent les formes de la maladie.

Pour faire le pronostic d'une endocardite, il importe donc de tenir le plus grand compte de la sévérité de l'état infectieux et d'analyser minutieusement ses manifestations et son retentissement sur tous les organes dont les lésions, une fois constituées, évoluent indépendamment de celles de l'endocarde.

Malgré les mauvaises conditions anatomiques, les processus d'endocardite peuvent guérir ; mais nous n'avons nul moyen direct de suivre et de constater leur cicatrisation. Il importe d'être toujours très réservé quand on parle de celle-ci.

Cette étude montre qu'il faut envisager les endocardites sous un double aspect, en tant que conséquence et cause d'un état morbide.

Etude anatomo-clinique sur un cas de maladie osseuse de Recklinghausen. — MM. Georges GUILLAIN, Ivan BERTRAND et GARCIN présentent une malade de trente-huit ans chez laquelle on constate les signes cliniques et radiologiques d'une maladie osseuse fibrokystique généralisée de Recklinghausen.

Ils insistent sur l'existence chez cette malade de phénomènes douloureux précédant et accompagnant les poussées évolutives osseuses.

Ils mentionnent aussi l'hyperthermie localisée au niveau des tuméfactions osseuses. Cette hyperthermie, que l'on observe au niveau des déformations osseuses de la maladie osseuse de Paget, ne semble pas avoir été mentionnée dans la maladie de Recklinghausen.

Des ensemencements pratiqués sur tous les milieux ont été négatifs.

Un examen anatomo-pathologique prélevé par biopsie a permis de montrer des phénomènes très spéciaux caractérisés par : 1° l'existence d'un labyrinthe cavitaire résultant de la fonte du tissu médullaire; 2° la fibrose médullaire d'un type spécial fibroglique avec disparition des diverses lignées hématogènes; 3° des hémorragies interstitielles à divers stades de résorption; 4° des myéloplaxes et des ostéoclastes qui jouent un rôle important dans les phénomènes de résorption modelante.

A propos d'un cas de fièvre typhoïde. (Intérêt de l'examen tardif des hémocultures en milieu non bilié. Interprétation nouvelle de l'électivité des milieux biliés.) — MM. S.-I. DE JONG et P. HAUDUROY rapportent une observation de fièvre typhoïde dont l'étude bactériologique permet les conclusions suivantes :

1° Les hémocultures en eau peptonée dans la fièvre typhoïde peuvent n'être positives qu'après plusieurs jours, parfois une semaine.

2° On se rendra compte de la présence des germes dans ces hémocultures tardivement positives par le seul examen microscopique, l'ensemencement sur les milieux habituels pouvant ne donner que des résultats négatifs. Cette anomalie est due à la présence du bactériophage antityphique que l'on prélève dans le sang en même temps que les germes pathogènes.

3° La bile exerce une action d'arrêt sur le pouvoir lytique du bactériophage.

Traitement des poussées aiguës ou subaiguës du rhumatisme chronique par l'association du traitement salicylé et iodé. — M. S.-I. DE JONG et Madeleine WOLFF ont observé un certain nombre de malades chez qui l'association du traitement salicylé par la bouche et du traitement iodé sous forme d'injections, notamment d'iodure de sodium à forte dose, a donné un résultat particulièrement rapide en ce qui concerne la sédation des douleurs.

Varicelle mortelle à forme comateuse d'emblée chez une femme enceinte. — MM. Robert DEBRÉ, LÉVY-SOLAL, Gaston NETTER et Jean LONGCHAMPT rapportent l'observation d'une primipare qui, au huitième mois d'une grossesse surveillée et jusque-là normale, voit apparaître une éruption discrète de bulles de varicelle. En quelques heures l'éruption évolue avec une rapidité foudroyante, se généralise à tout le corps, en même temps que parallèlement s'établit un coma de plus en plus profond. La mort survient dix-huit heures après l'éruption.

Les auteurs pensent à une forme de varicelle maligne, évoluant sur un terrain spécial (grossesse) et frappant électivement les tissus d'origine ectodermique, peau et névraxe. Ils rapprochent ce cas des constatations récentes sur l'herpès et l'encéphalite, la vaccine cutanée et la neuro-vaccine.

NOTES DE PRATIQUE

CHORÉE DE SYDENHAM

Traitement causal (songer à la syphilis).

Instituer la cure mixte d'arsenic et de vanadium par la Vanadarsine : x gouttes par jour données en deux doses avant les deux principaux repas. Augmenter cette dose de II gouttes

par jour jusqu'au total de x gouttes. On continue vingt jours, on interrompt dix jours et l'on reprend.

Pulvérisations d'éther sur la colonne vertébrale.

CHRONIQUE

SCIENCE ET SOURIRE

Il est doux de se souvenir.
Anatole FRANCE, *Le Livre de mon ami.*

Heureux, les étudiants que leur étoile conduisait, il y a quelque trente ans, dans le service de M. Letulle, à Saint-Antoine! Le maître ne les y accueillait-il pas avec une exquise affabilité? Ne s'efforçait-il pas de se mettre à leur portée, d'aplanir, pour eux, cette route raboteuse où trébuchent tant de débutants? N'avait-il pas le secret de la science souriante, de l'instruction aimable et familière? Ne considérait-il pas ses élèves comme ses enfants, aimant à les suivre dans leurs études, à les soutenir dans leurs épreuves? Si sa modestie ne devait pas s'en effaroucher, que de preuves ne pourrait-on donner de sa bonté sans cesse agissante, de son obligeance toujours prête à s'exercer! Comment pourraient-ils l'oublier, ces candidats qui, agréablement surpris de la bienveillance des juges, apprenaient qu'à leur insu, le « patron » était allé les recommander? Secrètement, il avait si bien plaidé leur cause qu'elle était gagnée avant d'avoir été soutenue. Et autour de lui, quelle brillante phalange! Péron, grand esprit, chercheur infatigable, Sergent, toute volonté et tout intelligence, Meslay, clinicien à la finesse normande, Ombrédanne, au front déjà marqué du signe des élus, Fontoynont, Fuchs, Spaletta, Monscourt, Ghika, Peaudecerf, Cholet, Keim, Nattan-Larrier, Caboche, Férouelle, Cottu, combien d'autres encore auxquels il a suffi de passer par le service pour être aussitôt touchés par la grâce... !

Depuis cette époque lointaine, l'ardeur de M. Letulle ne s'est pas un instant ralentie. Durant des années, il a continué son apostolat, convertissant les générations à l'anatomie pathologique, leur montrant combien est vivante cette science de la mort lorsqu'au lieu de la réduire à l'état d'agglomérés, on présente des pièces ou des coupes. Nul, mieux que lui, n'a su expliquer ce qu'est *la médecine éclairée par l'ouverture des corps.* Lentement, longuement, ont mûri ces beaux fruits de sa pensée qui ont pour titre *L'inflammation*; *Cœur, vaisseaux, poumons*; *Bouche, pharynx, œsophage*; *Tuberculose pulmonaire.* Les honneurs, pour le chercher, ont dû forcer l'entrée de sa studieuse retraite. La dignité de sa vie, tout entière vouée au culte de la science, comme sa proverbiale indulgence aux examens, lui ont valu, auprès des étudiants, une telle popularité qu'il suffit, dans un amphithéâtre, de prononcer son nom pour que l'auditoire éclate en applaudissements. Arrivé au terme de sa carrière, il aurait pu se dire, avec l'éloquent Lacordaire, qu' « une œuvre ne « s'achève pas par un homme sans qu'il y laisse la plus belle « partie de soi-même, les prémices de sa force et la fleur de « ses ans ». Il aurait pu, ce probe ouvrier, aspirer au repos. Mais non! Comme son ami Hutinel, il ne sait pas ne pas travailler. Et voilà pourquoi, à sa couronne scientifique, il ajoute aujourd'hui un nouveau fleuron. Voilà pourquoi il publie, à la librairie Maloine, un magnifique volume sur le *Poumon* (1).

Comment rendre compte d'un tel ouvrage? A en signaler les têtes de chapitres, à en rédiger une stricte et sèche analyse, ne risque-t-on pas d'en amoindrir la portée, d'en trahir le sens? Mieux vaut, sans doute, indiquer comment l'auteur a compris sa tâche. Dans ses riches collections, il choisit les pièces les plus démonstratives. Son fidèle collaborateur E. Normand, don d'un élève reconnaissant, en reproduit l'image sur plaques autochromes. Ce sont ces plaques dont se sert ensuite le graveur pour établir les clichés nécessaires. Ainsi, le lecteur peut faire connaissance avec les *bronchopathies*, les *pneumonies* et *broncho-pneumonies*, les *pneumokonioses*, les *hémorragies*, l'*œdème*, l'*emphysème*, les *scléroses*, la *syphilis*, les *cancers pulmonaires* et les *pleurésies*, en étudiant à loisir les cent trente-neuf planches en couleur qui illustrent l'ouvrage et qui n'auraient pu être éditées sans le beau geste de notre confrère H. de Rothschild, toujours si dévoué aux intérêts de la science française. C'est à sa libéralité, c'est à sa munificence que l'on doit d'avoir pu éditer ce livre qui marque une date dans l'histoire de l'anatomie pathologique.

Longtemps, cette science avait réussi à faire autour d'elle l'isolement et le silence. Si peu engageant était son abord, si ésotérique son langage, si revêches ses manières! Et voilà que, soudain, on ne la reconnait plus! Elle a la grâce. Elle a la jeunesse. Tout sourire et tout charme, elle va, vêtue de pourpre, d'azur et d'or. Dans son sillage se joue la lumière. Il a suffi au grand magicien qu'est M. Letulle de la toucher de sa baguette pour opérer cette métamorphose et pour nous conduire, avec elle, d'enchantement en enchantement. Impossible de la contempler sans songer à cette déesse que le poète a vue

Surgir de la nuit sombre au jour éblouissant.

Ou, encore, à celle dont un maître du style a dit : « Elle por- « tait dans ses cheveux blonds une couronne de violettes « pâles dont chaque fleur rappelait, en une teinte affaiblie, la « couleur de ses prunelles, si bien que les fleurs semblaient « des regards effacés, et les yeux, des fleurs étincelantes. »

L. BABONNEIX,
Médecin de l'hôpital de la Charité.

(1) M. LETULLE. *Le Poumon*, in-8 de 721 pages, 139 figures et 131 planches autochromes. — Paris 1925, A. Maloine et fils.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSES

Lundi 14 décembre. — Jury : MM. Legueu, président; Sergent, Ombrédanne et Lian. — Mlle LEMAIRE (S.). Réaction de fixation dans la tuberculose du rein. — M. BOURY (J.). Etude de l'appendicite au cours de la grossesse. — M. PATLAJAN (E.). A propos d'un cas d'arthroplastie du coude. — M. FLORA (G.). Les accidents cardiaques de l'aérophagie.

Jury : MM. Roger, président; Sébileau, Balthazard et M. Labbé. — Mlle DUBREUILH. Des sérums thérapeutiques épurés. — M. DUCOU. La méthémoglobine (son dosage dans le sang). — M. BERNARD (G.). Le sarcome primitif du poumon. — M. ROUCHON. Etude du traitement du cancer de l'œsophage.

Mardi 15 décembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. J.-L. Faure, président; Gilbert, Brumpt, Robin, Panisset, Dechambre et Moussu. — M. BOUCHET. Le surmenage et la jaunisse chez le chien. — M. MGLEJ. Essai sur la vaccination et la sérothérapie. — M. GINIEIS. L'établissement d'élevage du Sidi-Tabet (Tunisie).

Jeudi 17 décembre. — Jury : MM. Marfan, président; Bezançon, Nobécourt et Philibert. — M. MARCHAND. Rôle de l'hérédo-syphilis dans le rhumatisme. — Mlle GARDEL. L'avenir des hérédo-syphilitiques. — M. FRITZ. La libération des brides pleurales au cours du traitement de la tuberculose. — M. MOMIROVITCH. Diagnostic des vomiques chez l'enfant. — Mme PASCAL. Sur un cas d'obésité infantile.

Jury : MM. Achard, président; Jeanselme, Teissier et Sicard. — M. CHIFFRE (G.). Etude sur les calculs biliaires. — M. SOLENTE. Des indications de la cryothérapie. — M. SANGLIER (H.). Traitement actuel de la dysenterie chronique. — M. BAZOGE. L'hypertension artérielle syphilitique solitaire. — M. WALTER (A.). Des excitants artificiels dans le travail intellectuel.

Jury : MM. Gilbert, président; Cunéo, Lecène et Roussy. — Mlle MUSTACESCO. Les hémorragies œsophagiennes par rupture veineuse. — M. BOUTTIER. Effets physiologiques de l'histamine. — M. EVRARD (M.). Etude de la capacité vitale chez les cardio-pulmonaires. — M. GAY. Traitement chirurgical des ulcères perforés. — M. COHEN. De la médication arsénicale (traitement de la gangrène pulmonaire). — M. LIBAULT DE LA CHERONNERIE. Etude de l'invagination intestinale du nourrisson.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.


ΙΟΔΟΓΕΝΟΛ
ΠΕΠΙΝ
εστ
επαθαντ
René
Vincent

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie — Croatie — Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.

Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.

Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 10 décembre. — Questions données : « Symptômes et traitement de la méningite cérébro-spinale à méningocoques. — Anthrax. »

MM. Descomps (Hector), 19; Armand (Maurice), 24; Lemaire (Edouard), 17; Meurisse (Jean), 25; Cajino (E.), 20; Moreaux (Pierre), 24; Duméril (Jean), 22; Chadourne (Pierre), 20; Gorostidi (Martial), 24; Mlle Boegner (E.), 26.

Séance du 12 décembre. — Questions données : « Formes cliniques de la scarlatine sans les complications. — Signes et diagnostic de la tuberculose iléo-cæcale. »

Mlle Lefilliatre (Andrée), 21; MM. Moatti (Léon), 19; Mourrut (Etienne), 17; Mativelle (Roger), 26; Baldy (Robert), 21; Darfeuille (Louis), 24; Wuillemin (Louis), 26; Topart (Pierre), 20; Tournant (Pierre) et Couvelaire (Roger), 19.

— CONCOURS DE L'EXTERNAT. — Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis :

Mlle Abramson, MM. Achard, Advenier, Alaroze, Amante, André, Angeras, Archambaud, Arnal, Arnaud, Attaix, Augereau, Auzeloux, Auzepy, Ayrignac,

Mlle Baguette, MM. Bailliot, Bamas, Baqué, Barbat, Bardin, Barneville, Barrat, Barrier (Claude), Barrier (Jean), Batier, Baumann, Beauchesne, Bechet, Belêtre, Bellière, Bérard, Bercovici, Mlle Berger, MM. Binès, Bloch, Blondeau, Bogoraze (Dimitri), Mlle Bogoraze (Valentine), MM. Boisramé, Bonnet, Bons, Bonte, Mlle Bordachar, M Bosc, Mlles Boucabeille, Bouchet (du), MM. Boucomant, Boudin, Bourdial, Boursat, Bousser, Boutteau, Boutet, Boyer, Brémont, Mlle Bresson, MM. Bridot, Brimont, Brizard, Brulin, Bruneau (Jean), Mlle Brunel, MM. Butaud (Paul),

Cabaille, Cabrit, Cailleux, Camena d'Almeida, Carbonell, Casalis, Catalette, Catonné, Chambon, Mlles Chapiro (Miriam), Chapiro (Rachel), MM. Chaput, Cherubin, Chevalier, Clavel, Mlle Cligny, MM. Cocagne, Coen, Cohen-Bacrie, Conso, Conte, Cottet, Cottin, Couallier, Courbil, Courtial, Courtois, Couty, Cretziano,

Mlle Danzig, MM. Dauban de Silhouette, Debuire, Decante, Defaix, Delaborde, Delaby, Delay, Mlle Delon, MM. Delorme, Delteil, Demailly, Mlle Derombies, MM. Desbœuf, Deschamps, Deslandres, Mlles Domela, Douville de Franssu, MM. Draillard, Dreyfus, Dubois (Jean-Louis), Ducœurjoly, Dulot, Dumas, Mlle Dupont, MM. Durand (Hippolyte), Durieux, Durin, Durmeyer, Dutray,

Etchebarne,

Mlle Fagnière, M. Faguet, Mlle Falguière, MM. Faucher, Felsenswalb, Ferrière, Fiehrer, Filliozat, Filloux, Foucaud (Paul), Fourès, Frain, Fron,

Mlle Gagneur, MM. Garnier, Gasne, Gastaud, Gauthier, Gencel, Gérard, Girard, Gibert, Gignoux, Mlle Gliksman, MM. Gluck (Coloman), Gluck (Léopold), Goliger, Gopcevich, Gorelik (Benjamin), Goulet, Goutallier, Grangé, Grégoire, Grozieux de Laguérenne, Guerlot, Guichard, Guillermon, Guybert de la Bausserie, Guyon,

Haïk (Henri-Elie), Haïk (Maurice-Louis), Hélion, Henrion, Henriquez, Hermabessière, Mlle Herr, MM. Hogarth, Hubert, Hurez, Hutin,

Iliovici,

Jacobé, Jalley, Mlle Jammet, M. Jauneau, Mlle Jeannocopoulo, MM. Jodin, Jomain, Jouis, Judde, Judet, Jung, Jurist, Jusseaume,

Karmann, Mlle Kaz, MM. Kenesi, Kindynis, Klotz, Kotchoura, Mlle Kuntz,

MM. Lachter-Pachter, Lafay, Lahaussois, Lainé, La Mouche, Mlle Lang, MM. Langlois, Langre (de), Lannegrace,

Laoüenan, Laquerrière, Mlle Lataste, MM. Laude, Lauprêtre, Mlle Lavroff, MM. Leblanc, Leboulanger, Leca, Mlle Leconte, MM. Lefebvre, Le Garrec, Le Guay, Lejeune, Lellouch, Lemaître (André), Lemaître (Yves), Lepart, Mlle Lépine, MM. Lerolle, Leroy, Leven (Roland), Lévy (Robert-Stéphane), Lewin (Gédéon), Lieffring, Limasset, Lindemann, Loisel, Mlle Loriot, MM. Lucas,

Macé de Lépinay, Magat, Magnin, Makluff, Maleplate, Maroger, Martin, Marx, Masselin, Masset, Massier, Mathis, Meidinger, Meillaud, Meisel, Melun (Tsicou), Mencière, Menjot, Mlle Mercier, MM. Merlaud, Mestre, Mezard, Mezger (Johann), Mlle Moret, MM Mornas, Moureau, Munié,

Nazarian (Alexandre), Mlle Neumann, MM. Nigay, Nomblot, Odru, Oppenot.

Pariénté (Marcel), Pariénté (Jacques), Parnet, Patey, Pautrat, Pellegrin, Peney, Mlle de Peretti, Périer, Pescarolo, Piel, Pierre, Mlles Pinal Pissard, MM. Poirier, Polacco (Etienne), Pollak, Pougin, Mlle Poulain, MM. Pouzergues, Prost, Prunet, Puymartin, Pyt,

Quériault.

Rachelsberg, Raganeau, Raoul-Duval, Reboul, Rist, Mme Robert, née Soemana de Gialluly, MM. Robert (Joseph), Robert (Paul), Robert (Yvon) Mlle Rœderer, MM. Ronceray, Rondepierre, Rouher, Rousseau (Gaston), Rousseau (Georges), Mlle Roussy, MM. Rudier.

Sabetay-Marcus, Sabourin, Mlle Saint-Cene, MM. Salgo, Samama, Sambron, Saullière, Schimtt (Roger), Schwartz, Sénéquier, Sergent, Sévin, Sidi, Sifflet, Sliosberg, Mlle Smirnoff, MM. Solignac, Souilhé, Stoclet, Strouzer, Mlle Szymkievicz.

MM. Tardif, Tavennec, Tellier (Pierre), Tesnière, Testu, Thomann, Thorel, Timsit, Toulemonde, Touzard.

Valençon, Mlle Valentin, MM. Valois, Vautrin, Viala, Victor, Villoutreix, Mlle Vimeux, MM. Vinceneux, Voignier.

Wechsler, Werner, Winz, Woringer.

Mme Yeu née Bostier.

M. Zhâ.

— Nous publierons ultérieurement le classement par ordre de mérite.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — BORDEAUX. — La chaire d'oto-rhino-laryngologie est déclarée vacante. (*J. O.*, 10 déc. 1925.)

— LYON. — M. le professeur agrégé Cade est nommé professeur de pathologie et thérapeutique générale, en remplacement de M. Mouriquand.

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ANGERS. — Prix décernés :

ETUDIANTS EN MÉDECINE. — *Prix Farge* (médaille de vermeil) : M. Mousseau (Léon).

Pathologie interne : Prix, M. Mary (André).

Pathologie externe : Prix, M. Duplenne (Alphonse).

Deuxième année de doctorat. — Anatomie et histologie : Prix, M. Rousselot (Joseph).

Première année de doctorat. — Anatomie et histologie : Prix, M. H. Peyret (Edmond) ; mention honorable, Mlle Legros (Marguerite).

Physiologie : Prix, M. Toury (Fernand) ; mention honorable, M. Levesque (Jacques).

Prix offerts par l'administration des hospices d'Angers. — Interne : M. Duplenne (Alphonse).

Externes : MM. Spillmann (Jacques) et Prieur (René).

ETUDIANTS EN PHARMACIE. — *Travaux pratiques.* — Deuxième année : Prix, Mlle Guilhal (Hélène).

Troisième année. — Prix: M. Richard (Paul) ; mention honorable, M. Daniel (Charles).

ELÈVES SAGES-FEMMES. — *Première année.* — Premier prix, Mlle Barré (Marie) ; deuxième prix, Mme Pasquet (Marie).

Deuxième année. — Prix offert par le Conseil général de Maine-et-Loire : Médaille d'argent, Mme Dillé (Hortense).

Lauréates, Mlles Buron (Edmonde) et Hervé (Fernande).

ANNÉE PRÉPARATOIRE AU CERTIFICAT D'ÉTUDES PHYSIQUES, CHIMIQUES ET NATURELLES. — Prix : Mlle Brassart (Solange).

Mention honorable, M. Pellier (Georges).

GUERRE. — Mutations (active) :

Médecins principaux de 2e classe. — MM. Vidal, directeur du Service de santé du 19e corps d'armée en campagne, est affecté à la place de Lille ; Gorse, de l'hôpital militaire de Toulouse, est affecté comme médecin chef de cet hôpital.

Médecins-majors de 1re classe. — MM. Brionval, de l'armée du Levant, désigné pour la Tunisie, est affecté à la place de Grenoble ; Aubert, de l'armée française du Rhin, est affecté comme médecin chef des salles militaires de l'hospice mixte de Chartres ; Salinier, chirurgien des hôpitaux militaires, hôpital militaire de Nantes, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc.

Médecins-majors de 2e classe. — MM. Rougeux, de l'armée française du Rhin, est affecté à la 19e région ; Modet, chirurgien des hôpitaux militaires, de l'hôpital militaire de Bourges, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc ; Coffiney, du 65e d'infanterie, est affecté à la direction du Service de santé du 11e corps d'armée à Nantes ; Boidé, de l'armée française du Rhin, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc ; Hassenforder, désigné pour le 4e bat. de chasseurs mitrailleurs, est maintenu à la 19e région ; Besnoit, du 401e rég. de défense contre aéronefs, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc ; Fontaine, du 16e rég. de tirailleurs nord-africains, est affecté aux troupes d'ocupation du Maroc.

Médecins aides-majors. — MM. Migayron, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 23e bat. de chasseurs alpins à Gap ; Stibio, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 303e rég. d'artillerie portée au Mans ; Berthod, des troupes d'occupation du Maroc, est affecté au 2e bat. de chasseurs mitrailleurs à Condé-sur-l'Escaut ; Julienne, du 106e d'infanterie, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc ; Garric, de l'armée du Levant, est affecté au 24e bat. de chasseurs alpins à Villefranche ; Sayer, du 13e bat. de chasseurs alpins, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc ; Fontaine, du 103e d'artillerie lourde, est affecté aux troupes d'occupation du Maroc ; Reboul, de l'Ecole d'application du Service de santé militaire, est affecté à l'armée française du Rhin.

OPTICIENS ET MÉDECINS OCULISTES. — La Cour de Paris avait condamné au début ds cette année, pour exercice illégal de la médecine, un opticien qui examinait lès yeux de ses clients pour déterminer les verres qui pouvaient leur convenir.

L'opticien forma contre cet arrêt un pourvoi que la Cour suprême vient de rejeter ; il est donc définitivement jugé que si la vente des lorgnons et lunettes est libre, seuls les médecins ont le droit de fonder la prescription d'un lorgnon sur l'examen préalable des yeux.

HÔPITAL SAINT-LOUIS. (Service de M. MILIAN.) — *Cours pratique d'histologie normale et pathologique de la peau*, du 13 janvier au 18 février 1926, sous la direction de M. le docteur Milian, médecin de l'hôpital Saint-Louis, avec la collaboration de M. le docteur Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis ; M. le docteur L. Périn, assistant de consultation à l'hôpital Saint-Louis ; MM. Lafourcade et Rimé, internes des hôpitaux.

Les cours auront lieu le mercredi 13 janvier 1926 et les jours suivants, à 2 heures, à l'hôpital Saint-Louis.

Les élèves seront exercés à la pratique de l'histologie pathologique. Ils recevront des coupes à colorer et à étudier.

Le droit à verser est de 200 francs.

S'inscrire au laboratoire de la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, le matin, de 9 à 11 heures (sauf le mercredi).

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Périn.

ANALYSES ET INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

MÉDECINE LÉGALE = HYGIÈNE = THÉRAPEUTIQUE

Par MM. les docteurs COURTOIS-SUFFIT et Fr. BOURGEOIS

I. — MÉDECINE LÉGALE

Faut-il croire au danger des inhumations prématurées? (D'HALLUIN. *Revue des Questions scientifiques*, janv. 1925.) — Périodiquement, dans la presse scientifique et dans la grande presse, cette question revient à l'ordre du jour. Il semble bien que, si tant est même qu'il puisse y en avoir, les inhumations prématurées sont absolument exceptionnelles. Le docteur d'Halluin a repris cette question et a montré, par des expériences personnelles, que l'épreuve de la fluorescéine, proposée par Icard (de Marseille), n'avait pas la valeur absolue qu'on lui avait attachée. D'Halluin propose la cardiopuncture qu'il pratique au niveau de la pointe du cœur. Les moindres mouvements de cet organe sont alors nettement perçus, dit-il. On peut faire la même exploration avec un stylet mousse que l'on pousse au contact du cœur si l'on ne veut pas risquer les inconvénients de la piqûre.

Intoxications.

Intoxications accidentelles par l'huile d'aniline employée comme parasiticide. (*Journ. de méd. de Lyon*, 1924, n° 117.) — On utilise couramment, dans la région lyonnaise, l'huile d'aniline comme parasiticide. Malgré sa toxicité, la vente en est libre, en effet. On sait que cette huile se présente sous forme d'un liquide incolore, très volatil qui, à la dose de xx à xxx gouttes introduit dans l'estomac, tue un cobaye. L'aniline ne s'élimine pas forcément par l'urine et, chez l'homme, après inhalation, elle forme dans le sang une substance violette qui donne à la peau et aux muqueuses une couleur caractéristique par altération de l'hémoglobine.

Au point de vue de l'intoxication professionnelle, le toxique peut être absorbé, soit par voie digestive (exceptionnelle), soit par voie cutanée (intoxication des ouvrières, teintures de cheveux, de chaussures, frictions du cuir chevelu contre les poux, etc.), soit, enfin, par voie respiratoire (individus couchant dans un lit récemment désinfecté à l'huile d'aniline).

Au point de vue clinique, on note la coloration spéciale bleue ardoisée de la peau et des muqueuses, un état assez spécial de dépression, de somnolence, de coma même. La respiration est accélérée. Quelle que soit la voie d'absorption, les signes cliniques sont, du reste, les mêmes; on peut seulement dire que les signes sont plus longs à se manifester dans l'intoxication par voie pulmonaire que par les autres voies.

Les ouvriers qui manipulent l'alinine présentent des symptômes larvés : maux de tête, perte de l'énergie au travail, fatigue rapide, coloration ardoisée de la peau et des muqueuses. De même, l'intoxication par l'aniline employée comme parasiticide est légère. Elle est souvent, cela se conçoit, familiale, et les enfants sont alors plus sensibles à l'intoxication que les adultes.

Le traitement de ces accidents devrait avant tout consister, dit l'auteur, dans un moyen prophylactique : l'interdiction de la vente libre d'un tel toxique. Le traitement curatif consiste dans les inhalations d'oxygène, les injections d'huile camphrée, d'oxygène et dans la transfusion du sang si besoin est.

Intoxication grave par le gaz d'éclairage et le véronal guérie par la transfusion du sang. (STORA et BÉCART. *Soc. de méd. de Paris*, 10 avril 1925.) — Tentative de suicide par le gaz et six comprimés de véronal. Coma, oxygène par la bouche et sous la peau, pas d'amélioration au bout de quarante-huit heures.

On pratique alors une saignée de 400 grammes suivie d'une transfusion de 200 grammes.

Deuxième transfusion le lendemain. Quelques jours après, guérison complète.

L'apparition progressive des réflexes dans les jours qui ont suivi cette intoxication est un bon signe au point de vue du pronostic.

Intoxication collective par la digitale. (DEBEC. *Gaz. méd. de Nantes*, 1er fév. 1925.) — Une famille ayant consommé dans des aliments de la digitale au lieu de bourrache, sept personnes furent intoxiquées; elles présentèrent les signes classiques de l'intoxication digitalique, et en particulier des troubles gastro-intestinaux.

L'auteur parvint à les guérir en luttant contre les vomissements et les brûlures de la gorge par l'atropine; en utilisant la caféine et la spartéine contre les troubles cardiaques, cinq jours après le début des accidents les malades pouvaient reprendre leur travail.

Mort subite.

Mort subite par ponction pleurale. (FONTEYNE. *Soc. clin. des hôpit. de Bruxelles*, 18 avril 1925.) — A la quatrième ponction évacuatrice d'une pleurésie séro-fibrineuse gauche, mort subite. Ni l'éther, ni les injections intracardiaques d'adrénaline ne peuvent ranimer le malade. A l'autopsie, aucune lésion capable d'expliquer la mort autrement que par un réflexe que l'on pourrait peut-être éviter, dit l'auteur, en injectant au niveau de l'endroit choisi pour la ponction, et avant celle-ci, un anesthésique local.

La mort subite et ses causes. (HABERDA. *Wiener klin. Woch.*, 24 avril 1924.) — L'auteur rapporte une statistique basée sur 11.000 autopsies.

Dans 2.662 cas, la mort était due à des lésions d'artério-sclérose dont : 1075 par sclérose des coronaires, 786 par sclérose de l'aorte, 251 par syphilis aortique, 550 par hypertrophie et dilatation cardiaque. Après cinquante ans les lésions cardio-vasculaires sont une cause de mort subite par artério-sclérose dans la moitié des cas. Avant cinquante ans c'est la syphilis aortique qui est le plus souvent en cause.

Mort subite au début de l'introduction de la sonde pour alimentation artificielle par voie nasale chez un aliéné. (TRÉNEL et CUEL. *Soc. de méd. légale de France*, 16 juin 1924.) — Le malade était, depuis quelque temps déjà, alimenté de cette façon. Il mourut brusquement d'une syncope dès l'introduction de la sonde, et l'autopsie montra l'absence de toute lésion organique.

Il y a donc lieu de rapprocher cette mort subite des accidents analogues observés avec le chloroforme.

Accidents du travail et maladies professionnelles.

Le Charbon, d'origine professionnelle. A propos de 35 cas observés à l'hôpital de Saint-Denis. (CHÈZE. *Th. de Paris*, 1924.) — Depuis cinquante ans 2.500 ouvriers en moyenne ont été employés à Saint-Denis au travail des peaux. Il y a eu 249 cas de pustule maligne, un cas de charbon interne et 23 décès.

Les peaux les plus dangereuses sont celles qui viennent de Grèce; puis celles de Sibérie, des Indes, d'Italie.

La lésion siège le plus souvent au front ou aux membres supérieurs.

Traitement : sérum anticharbonneux, injections d'électrargol.

Les pleurésies traumatiques séro-fibrineuses. (E. SERGENT. *L'Hôpital*, mars 1925.) — Les tuberculoses posttraumatiques sont extrêmement rares. Les pleurésies séro-fibrineuses sont de deux ordres : les unes, non tuberculeuses, sont la conséquence d'une infection banale locale, les autres tuberculeuses sont considérées comme un réveil d'une tuberculose latente antérieure.

Le début se fait une à trois semaines après le traumatisme, et le siège correspond en général au côté lésé. Dans les pleurésies posttraumatiques, il y a toujours une hémorragie pleurale. Celle-ci est peu abondante et de courte durée. Ce n'est qu'ultérieurement que la pleurésie séro-fibrineuse abondante se produit, et c'est là un fait important au point de vue médico-légal.

Traumatismes et lésions pulmonaires. (LEURET et LAMOTHE. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 25 mars 1925.) — Les auteurs rapportent deux observations intéressantes de sujets vigoureux chez qui le traumatisme a déterminé des lésions pulmonaires. Le traumatisme a été caractérisé, a été suivi d'une hémoptysie indiquant l'existence d'une contusion pulmonaire ou d'une réaction traumatique de la plèvre, les signes sont apparus de façon précoce avec maximum des lésions au niveau du point contusionné. Le premier malade a présenté un infarctus et un abcès du poumon après sphacèle ; le second une pleurésie séro-fibrineuse traumatique avec légère sclérose pleuro-pulmonaire. Les auteurs à ce propos étudient la question de la tuberculose traumatique, bien que les opinions actuelles soient unanimes à reconnaître que le traumatisme créateur de la tuberculose est une rareté pathologique. Sans pouvoir fixer une limite de temps entre le traumatisme et l'apparition des phénomènes évolutifs de lésions pleuro-pulmonaires tuberculeuses ou non, on doit rendre cependant le traumatisme responsable d'avoir mis en marche une tuberculose latente et causé des désordres graves du poumon. Le refus de toute indemnité même partielle ne paraît pas équitable. Toute tuberculose pleuro-pulmonaire, toute lésion pulmonaire grave survenue à l'occasion d'un traumatisme du thorax, chez un individu antérieurement sain d'apparence, doit être considérée comme causée par l'accident. Ceci est en accord avec la jurisprudence de la Cour de cassation.

Pneumoconioses. (DENET-KRAWITZ, directeur du dispensaire médical des usines Henricot, médecin des dispensaires antituberculeux du Brabant, *Bruxelles méd.*, 1925, n° 29.) — L'inhalation continue de poussières provoque des modifications de la muqueuse bronchique et du tissu pulmonaire qui se présentent sous forme de foyers indurés donnant l'endoperialveolitis nodosa d'Arnold à laquelle s'ajoute parfois de l'endopérilymphangite.

Le ganglion lymphatique en voie de réaction poussiéreuse grossit, hyperplasie son tissu conjonctif et peut se ramollir en son milieu.

Chez les travailleurs soumis à l'action des poussières, l'examen radiologique s'impose car il donne des renseignements même lorsque l'examen clinique reste muet.

L'auteur conclut ainsi qu'il suit :

Techniquement : dépoussiérer l'atmosphère par tous les moyens.

Socialement : limiter le temps de travail des ouvriers.

Médicalement : faire une visite médicale lors de l'embauchage et pratiquer des examens radiologiques périodiques.

Maladies cutanées professionnelles.

Le chlorure de calcium dans le traitement des maladies professionnelles de la peau. (GOLDBERG. *Vratch. Gaz.*, 1925, n° 1.) — Dans les maladies professionnelles de la peau, la dermatose exsudative s'accompagnerait d'un déplacement du calcium vers l'épiderme alors que le derme en serait très pauvre, et d'un déséquilibre sanguin. Le $CaCl^2$, par la bouche ou en injections, agit comme un énergique recalcifiant et amène de rapides guérisons.

Cicatrices.

Intérêt médico-légal de la description soigneuse des cicatrices. (JEANSELME et GIRAUDEAU. *Journ. des prat.*, 15 août 1925.) — On oublie trop souvent de préciser dans les certificats médicaux les caractères précis des cicatrices. Le fait a cependant une importance médico-légale non douteuse surtout en cas de complications ultérieures.

Les auteurs proposent de distinguer les catégories suivantes : belle cicatrice, cicatrice vicieuse, cicatrice vicieuse compliquée, cicatrice chéloïdienne, et donnent de ces termes la description ci-dessous :

Une cicatrice est « belle » lorsqu'elle est de niveau avec la peau saine environnante, unie et lisse, souple, non pigmentée ni décolorée, mobile sur les plans profonds.

Une cicatrice est « vicieuse » quand elle présente un ou plusieurs des défauts suivants : surface irrégulièrement saillante ou au contraire déprimée, couleur trop blanche, pigmentation accentuée, vascularisation intense, douleur spontanée ou provoquée par une légère pression.

Les « cicatrices vicieuses compliquées » présentent des adhérences des plans superficiels aux tissus profonds, des rétractions tendineuses, etc. Elles peuvent déterminer des attitudes anormales des membres, des scolioses, le torticolis.

Les chéloïdes compliquent souvent les cicatrices. On désigne sous ce nom des néoformations fibreuses dures et compactes, parfois douloureuses, se développant progressivement; ce caractère leur donne une individualité propre et permet de les ranger parmi les tumeurs. Ce sont des néoplasies bénignes, c'est-à-dire sans tendance aux métastases et sans envahissement ganglionnaire.

II. — HYGIÈNE ET PROPHYLAXIE

Alastrim.

L'Alastrim (para-variole) maladie infectieuse absolument distincte de la variole. (GARROW. *The Lancet*, 31 janv. 1925). — De nombreux travaux ont été publiés en France sur cette maladie. Voici l'opinion des auteurs anglais sur cette affection, à propos d'une épidémie de 500 cas observée dans ce pays.

Le début de l'alastrim resemble à une grippe banale et pratiquement, c'est le diagnostic de grippe qui est porté. Au bout de quelques jours, il se produit, comme dans la grippe du reste, une rémission. Le malade se lève, quelquefois même il reprend ses occupations, puis apparaît l'éruption. Son début est brusque et rappelle tout à fait la variole avec cependant quelques différences : l'éruption est moins confluente, elle donne une croûte moins épaisse et la cicatrice disparaît en quelques mois.

Par ailleurs, le pronostic de la maladie est, jusqu'ici, absolument bénin. On n'a jamais signalé de cas de mort. Seules les complications oculaires sont à surveiller plus spécialement.

On a beaucoup discuté sur la nature de cette maladie. Les auteurs sont encore indécis. Mais, au point de vue prophylactique, il est important de signaler que la vaccination antivariolique immunise contre l'alastrim.

Les dangers des animaux d'appartement. — Dans sa thèse pour le doctorat vétérinaire, A. LEMOINE passe en revue les différentes maladies que les animaux d'appartement peuvent transmettre à l'homme.

Le *chien* peut transmettre la rage, la tuberculose, la leishmaniose. Bien que la rage soit rare chez le chien d'appartement, Lemoine estime qu'il y a lieu toutefois de prendre des précautions. Malheureusement, dit-il, le diagnostic de la rage au début est difficile et les lésions observées sur les animaux autopsiés ne sont pas toujours pathognomoniques, du moins au simple examen macroscopique.

Quant à la tuberculose, si le chien nous la transmet, il la tient le plus souvent de l'homme, dit Lemoine, en accord en cela avec Cadiot. La leishmaniose ne sévit que sur les chiens qui sont dans les régions chaudes et n'atteint en général que les enfants. Les affections telles que le tænia, l'échinococcose, les teignes, les gales sont bien connues.

Les *chats* sont susceptibles de propagerles mêmes maladies A signaler seulement que la rage chez le chat revêt des caractères terribles, rappelant la férocité des grands carnassiers sauvages. La tuberculose du chat mérite également une mention spéciale. Elle se manifeste souvent par des lésions cutanées ouvertes et à ce titre est infiniment plus contagieuse, sur-

tout pour les enfants qui caressent volontiers de plus près ces animaux.

Les *perroquets* peuvent transmettre à l'homme la psittacose, la diphtérie, la tuberculose. Ici encore la tuberculose transmise n'est le plus souvent qu'une tuberculose humaine passée au perroquet qui la restitue, pourrait-on dire, à l'homme.

L'artério-sclérose de travail. (E. Coppa. *Clin. med. e spériment.*, an. XIV, fasc. I). — Pour cet auteur le travail serait un facteur étiologique de l'artério-sclérose. Les travailleurs intellectuels feraient de la sclérose cérébrale, les travailleurs manuels de la sclérose des membres. Ces lésions seraient le résultat des effets dynamiques et biochimiques du travail lui-même, en particulier du travail musculaire. Cliniquement, on note de la dilatation des vaisseaux qui sont incurvés et dont les parois sont durcies. L'évolution peut continuer si l'individu poursuit le même travail; elle peut au contraire s'arrêter avec le repos.

Cancer.

La contagion cancéreuse par l'eau de boisson. (Fayt de Saint-Simon (Lot) signalé dans le *Journal des Praticiens* (21 janv. 1925) par le docteur P. Souilhé (de Gramat). — Dans une brochure restée quasi inédite, Fayt raconte l'évolution de sept cas de cancer de l'estomac apparus chez les individus habitant le long d'une petite rivière arrosant une commune du Lot. Pour l'auteur l'eau serait la cause de l'affection. Les malades s'en servaient pour leur boisson tandis que les autres habitants disposaient d'eau de source ou de citerne. Toujours pour l'auteur, ce seraient les rats qui souilleraient surtout l'eau de cette rivière, et des épidémies d'adéno-carcinome auraient été observées sur ces rongeurs dans la région.

Fayt signale encore que ses malades étaient des meuniers. Or, plus récemment, Sambon (*Journal des Praticiens*-20 déc. 1924) étudie les maisons à cancers et signale aussi que les maisons les plus suspectes à ce point de vue sont les moulins et les maisons voisines des moulins. Les rats, chez les meuniers se réfugient en effet souvent dans la farine et les meuniers, qui sont atteints le plus souvent, le sont particulièrement de cancers du tube digestif. Il y a là, dans deux travaux publiés à un long intervalle et dans deux pays différents, une coïncidence au moins curieuse qui méritait d'être signalée.

Fièvre typhoïde.

Une paratyphoïde attribuable au lait. (Huntington Williams. *Journ. of. American med. assoc.*, 1925, n° 4). — L'auteur a observé, aux environs de New-York une épidémie de paratyphoïde qui a atteint surtout les enfants. Chez soixante enfants observés, on notait surtout de la fièvre, de la diarrhée, des douleurs abdominales, des vomissements. Le séro-diagnostic fut positif au para B et l'enquête établit que le lait était le seul agent capable d'avoir déterminé cette épidémie. Un employé de laiterie était porteur de germes. Cette notion de la propagation des infections typhoïdes est maintenant bien connue et, avant Huntington Williams, Loir et Legageux en particulier avaient dejà signalé, au Havre, une épidémie de ce genre.

Mélioïdose.

La mélioïdose affection contagieuse des rongeurs, transmissible à l'homme. (Stanton et Fletcher. *The Lancet*-31 janv. 1925). — La mélioïdose est une affection voisine de la morve, qui ne possède aucun signe pathognomonique clinique et qui ne peut-être identifiée que par la culture du germe. C'est, dans l'état actuel, une maladie qui paraît sévir seulement dans les Indes, à Rangoon et aussi à Singapoore. Mais on sait avec quelle facilité les maladies qui sévissent sur les rongeurs se transmettent rapidement par les rats qui infestent les bateaux.

Nous n'insisterons pas sur les caractères de la maladie sur les animaux renvoyant, pour cela, au travail original des auteurs. Nous indiquerons par contre les notions que l'on possède sur cette maladie lorsqu'elle est transmise à l'homme.

L'infection peut se faire par la voie digestive ou par la voie sous-cutanée. Dans le premier cas, il semble que l'on doit incriminer des aliments souillés par les rats. Jusqu'ici le nombre de cas observés est minime : 50 environ ; mais la mortalité est énorme puisque sur ces 50 cas, il n'y a eu que 2 guérisons. Cliniquement on observe tantôt une symptomatologie qui rappelle le choléra, la peste ou la fièvre typhoïde; tantôt des formes localisées, rappelant selon l'organe atteint, un abcès du foie, une mastoïdite, une pneumonie. Enfin, la maladie peut encore se manifester par des accidents cutanés : pustules bulles, rappelant alors la morve, ainsi que nous le disions plus haut.

Aucun de ces signes n'étant pathognomonique, on comprend que le diagnostic soit extrêmement difficile à faire. En fait, sur les 50 cas observés, il n'avait été fait que 5 fois. Ceci explique également la difficulté du traitement et la mortalité élevée.

Au point de vue bactériologique signalons enfin que l'agent pathogène de cette affection est le bacille de Withmore. On le retrouve dans le sang, les urines, le pus des malades. Il rappelle celui de la morve et ne s'en distingue guère que sur les cultures et par l'agglutination.

Sodoku.

Un cas de sodoku du pavillon de l'oreille par morsures de rat. (Gaillard. *Soc. de méd. de Lyon*, 10 déc. 1924, et Revue Générale, *Lyon méd*, 29 mars 1925). — Le sodoku, qui était il y a encore quelques années une maladie absolument inconnue en France et qui sévissait à peu près exclusivement au Japon, devient de plus en plus fréquent dans nos pays d'Europe.

Garnier, dans sa thèse et Gaillard, dans cette observation, ont rappelé les caractères de cette infection. Dans le cas particulier, il s'agissait d'un enfant de six ans qui fut mordu par un gros rat gris à l'oreille. Cicatrisation normale, puis douleurs locales qui font penser à une mastoïdite. Signes généraux marqués. Traitement par l'arsenic. Guérison. Ce qu'il est important de préciser dans nos connaissances actuelles sur cette infection, c'est que le traitement arsenical, suivant les mêmes règles que le traitement antisyphilitique, est presque spécifique de cette affection.

III. — THÉRAPEUTIQUE

A. — MÉDICAMENTS ET MÉDICATIONS

Aspirine.

Pour éviter l'action offensante de l'aspirine sur le tube digestif. (A. Legrand. *Concours méd*,, 21 juin 1925.) — Certains malades se plaignent de douleurs d'estomac après absorption d'aspirine. Ce fait bien connu est dû à l'action offensante exercée par l'acide acétyl-salicylique.

Legrand conseille d'adjoindre, à l'aspirine, de la magnésie calcinée qui supprimerait cet inconvénient. Dans la proportion ci-dessous, qu'il indique, les cachets seraient d'une conservation indéfinie :

Aspirine................	0,50 centigr.
Magnésie calcinée........	0,20 centigr.

pour un cachet.

Camphre.

Une nouvelle préparation soluble de camphre. Le camphokoniol. (A. Neumann. *Wiener klin. Wochensch.*, 1925, n° 7.) — Les Allemands préparent sous le nom de camphokoniol, une suspension colloïdale d'huile camphrée à grains fins visibles seulement à l'ultra-microscope, dans de l'eau. Ce produit peut être employé en injections intraveineuses ou intramusculaires. Il n'y a aucun risque d'embolie à redouter et les injections sont absolument indolores.

Dans le même numéro du *Wiener Wochenschrifft*, Wiedemann, rend compte de l'emploi de ce médicament chez des tuberculeux. Il déclare qu'il a obtenu des résultats intéressants, en particulier contre la tachycardie des tuberculeux, la dyspnée, la toux et l'expectoration.

Chlorine.

Traitement de certaines affections des voies respiratoires par la chlorine. (Vedder et Sawter. *Journ. of amer. med. Assoc.*, 1925, n° 5.) — La chlorine est employée en inhala-

tions. Grâce à son emploi, les auteurs ont noté : dans le coryza : 75 p. 100 de guérisons, 20 p. 100 d'améliorations. Dans la bronchite aiguë : 66 p. 100 de cas de guérison, 3 p. 100 d'améliorations. Dans la laryngite aiguë : 33 p. 100 de guérisons, 66 p. 100 d'améliorations. Dans la bronchite chronique : 18 p. 100 de guérison, 82 p. 100 d'améliorations. Dans la coqueluche : 20 p. 100 de guérisons, 80 p. 100 d'améliorations.

Ces résultats sont, on le voit, très encourageants. Il y a lieu toutefois de signaler des contre-indications : ce sont les affections suivantes : la tuberculose, la pneumonie, l'asthme et le rhume des foins.

Chlorure de calcium.

Deux cas d'hémorragies tenaces après avulsions dentaires; traitement et étiologie. (GENESTET. *Revue de stomatol.*, sept. 1925.) — A propos de deux cas d'hémorragies tenaces après avulsions dentaires, l'auteur conseille chez tout individu saignant facilement de donner avant toute extraction, pendant une semaine, 4 grammes de chlorure de calcium par jour, et de faire une injection sous-cutanée de 80 à 100 centimètres cubes de sérum antidiphtérique. Il insiste aussi sur la nécessité de compléter le traitement curatif local compressif par un traitement général comportant 4 grammes de chlorure de calcium par jour et des injections massives journalières de sérum de cheval ou des injections de 10 centimètres cubes de sang humain.

Composés uréiques.

A propos de l'emploi inconsidéré des composés uréiques en thérapeutique. — A propos de l'accouchement indolore par les composés uréiques. (P, DELMAS et ROUME. *Revue obst. et gyn. de Montpellier*, 12 avril 1925. — Les auteurs, émus par l'engouement inconsidéré du public pour certains hypnotiques dérivés de la malonylurée, engouement qui tient en grande partie à une publicité tendancieuse vantant la non-toxicité de ces produits, font confirmer, et adopter par la Société de Montpellier le vœu de l'Académie de médecine et de la Société de médecine de Bordeaux, à savoir que les hypnotiques barbituriques devraient être classés parmi les substances vénéneuses et n'être délivrés que sur prescription médicale.

En attendant que pareille mesure soit prise, les médecins ont le devoir de mettre le public en garde contre l'emploi inconsidéré de ces médicaments et ne doivent les prescrire qu'aux doses et dans les cas où ils sont nettement indiqués.

Cholagogues.

L'action cholagogue du mélange sulfate de magnésie et peptone. (F. RAMOND et BORCESCO. *Journ. des prat.*, 20 juin 1925.) — On emploie ce mélange par la bouche. Dans bien des cas, on constate, grâce à son emploi, la cessation de migraines tenaces, de vertiges, de nausées, de constipation, etc. qui étaient dus manifestement à des troubles du fonctionnement hépatique.

Les auteurs conseillent la formule suivante :

Sulfate de magnésie desséché	5 gr.
Peptone de Witte	1 gr.
Poudre de réglisse	1 gr.

pour un paquet à prendre le matin à jeun dans un demi-verre d'eau tiède. Dans certains cas, on pourra renforcer l'action de cette préparation en donnant, en plus, soit deux cuillères à soupe de glycérine, soit en faisant absorber le contenu du paquet dans de l'eau de Vichy. On conseillera au malade de se coucher ensuite dix minutes sur le côté droit et d'attendre une demi-heure avant de prendre le petit déjeuner. Ce traitement sera suivi pendant dix à quinze jours, chaque mois.

En cas de coliques, on peut diminuer la quantité de sulfate de magnésie et donner 2g50 seulement au lieu de 5 grammes.

B. — TRAITEMENT.

Anaphylaxie médicamenteuse.

Un cas d'anaphylaxie médicamenteuse. (Angélo VAZ. *Arch. de med. des enfants.*, n° 11, p. 74, 1925). — Voici un curieux cas d'anaphylaxie à un médicament cependant bien anodin : la farine de lin. L'histoire est la suivante : un enfant de quatre ans, hérédo-syphilitique présente, peu de temps après l'application d'un cataplasme à la farine de lin de l'œdème des paupières, de la conjonctivite et un érithème généralisé. Au niveau de l'application du cataplasme on note, en plus, de petites vésicules contenant un liquide clair. En trois jours après suppression des cataplasme tout rentre dans l'ordre. Un an après environ, on applique à nouveau un cataplasme de farine de lin, cette farine étant, du reste, de provenance différente et l'enfant présente à nouveau les mêmes signes d'anaphylaxie.

Angine de Vincent.

Thérapeutique de l'angine de Vincent. (PUIG. *Arch. intern. de laryngol.*, janv. 1925). — Contrairement à l'ancienne opinion classique, Puig estime que l'association fuso-spirillaire n'est pas toujours et seulement la cause de l'angine de Vincent. Dans nombre de cas il faudrait en plus une cause d'origine dentaire qui est l'éruption vicieuse de la dent de sagesse. C'est entre vingt et trente ans, que se fait cette éruption et c'est aussi l'âge de l'angine de Vincent. Pour l'auteur, il y aurait intervention de cette éruption vicieuse dans 25 p. 100 des cas au moins et il conseille, en conséquence, d'associer le traitement antiseptique à l'ablation de la dent et à de simples lavages à l'eau bouillie après avulsion de la dent.

Hypertension artérielle.

La thioscine dans le traitement de l'hypertension artérielle. (F. CASTELLOTTI. *Cuore circulazione*, janv. 1925). — L'auteur a traité par ce médicament 11 malades, à la dose de 0,60 à 0,80 centigrammes par jour, 0.20 par prise. Il conclut que les résultats ont été favorables mais que c'est un médicament qui doit être employé avec précaution. La thioscine peut, en effet, être mal tolérée, même à petites doses. Il est donc prudent de donner, au préalable, pendant trois ou quatre jours, des doses homéopathiques. On peut observer avec ce médicament des abaissements notables de la tension artérielle : 100 milligrammes de mercure pression systolique, 30 à 40 milligrammes pour la pression diastolique. La thioscine provoque enfin toujours une abondante diurèse.

Ascites.

Le traitement récent des ascites d'origine hépatique. (SCHWAB. *Strasbourg méd.*, 5 janv. 1925). — Certains médicaments, notamment les diurétiques interstitiels, produisent un effet puissant sur l'accumulation hydrique. Ainsi, dans l'ascite, l'action diurétique du chlorure de calcium se manifeste très nettement dans les épanchements péritonéaux modérés et de date récente, avec un régime sans sodium. « De tous les sels de calcium essayés jusqu'ici, le chlorure de calcium est celui qui donne les meilleurs résultats ». Il faut prescrire de 15 à 30 grammes par vingt-quatre heures, et pas au delà de cinq à six jours.

« La voie d'introduction la plus simple est l'administration buccale; la voie intra-veineuse est à rejeter ».

Intestins.

Traitement de la colite muqueuse et des colites en général par l'auto-vaccination. (KOLOMAN VON KNORR. *Wiener. klin. woch.*, n° 14 1925). — On sait combien est aléatoire le traitement des ces troubles intestinaux. La vaccination qui, au début, donnait bien des espoirs reste un traitement de valeur variable. L'auteur a utilisé non plus des stock vaccins, mais un auto-vaccin préparé avec les germes du malade lui-même. Il a traité par cette méthode une série de colites muqueuses et ulcéreuses tant aiguës que chroniques. Ses résultats ont été fort encourageants et il a obtenu des succès là où les stock-vaccins n'avaient rien donné. Naturellement l'application d'un tel traitement comporte la fabrication d'nn vaccin propre à chaque malade avec les éléments trouvés dans sa propre flore microbienne. L'auteur a essayé d'employer un vaccin chez un malade ayant les mêmes symptômes que le donneur ; les résultats ont été négatifs tandis qu'ils étaient positifs ce chez lui qui avait fourni les germes du vaccin.

Méningococcies.

Le traitement des formes foudroyantes de la méningococcie par l'adrénaline. (FONTANEL. *Paris med.*, 6 juin 1925). — Chez les sujets décédés de formes foudroyantes de méningococcémie, on trouve à l'autopsie des lésions hémorrhagiques des capsules surrénales. Partant de cette constatation, l'auteur propose d'injecter à ces malades par voie intraveineuse, vingt gouttes de la solution d'adrénaline au millième dès que les symptômes observés mettent sur la voie du diagnostic, et, en particulier, dès qu'on note du collapsus cardio-vasculaire. On devra renouveler l'injection toutes les quatre heures, mais à raison de dix gouttes seulement à partir de la deuxième.

Cette médication n'est naturellement pas curative; elle est seulement symptomatique, mais elle permet dans cas d'attendre l'action spécifique du sérum antiméningococcique.

Rhumatisme articulaire aigu.

Parmi les méthodes thérapeutiques nouvelles du rhumatisme articulaire aigu, signalons la vaccinothérapie :

R. LAUTIER [de Nice] (*Art méd.*, 28 février 1926) met au point cette question. Partant de souches du bacille d'Achalme qui est actuellement le seul microbe qu'on ait isolé chez les rhumatisants, Rosenthal, d'abord, Bertrand ensuite, ont préparé un vaccin.

Bertrand emploie son vaccin dans les conditions suivantes : il l'utilise aussi bien dans les formes aiguës en évolution que dans les formes chroniques. Il injecte d'abord 25 millions de corps microbiens sous la peau, pnis, à chacune des injections suivante, il augmente la dose de 25 millions. La deuxième injection est faite vingt-quatre heures après la première; les autres sont espacées progressivement. Dans les formes chroniques, on peut attendre quarante-huit heures pour la deuxième injection. On note quelquefois une légère réaction fébrile et quelquefois aussi, si les injections sont trop rapprochées, une éruption vaccinale.

Pendant la durée du traitement on doit suspendre le salicylate de soude complètement.

Lautier confirme les heureux résultats obtenus par Bertrand. Il conseille de prolonger l'emploi du vaccin un certain temps après la guérison pour prévenir les rechutes. Il considère les résultats obtenus comme bien supérieurs à ceux que donne le salicylate de soude.

Dans *Bruxelles médical* (14 juin 1925) KEERTMACKERS, tout en reconnaissant une réelle valeur à cette thérapeutique, place toujours le salicylate de soude au premier rang des médicaments du rhumatisme et limite l'emploi du vaccin aux malades qui ne peuvent supporter le salicylate.

Tétanie.

La Tétanie infantile. (TURPIN. 1 vol. 1925). — « Depuis que Netter, en 1907 préconisa son utilisation, le chlorure de calcium est communément employé dans le traitement des états spasmophiles de l'enfant. L'efficacité remarquable de cette thérapeutique est un fait bien établi. Il existe pendant la crise de tétanie une hypocalcémie sanguine, avec chute du taux du calcium ionisé. La $CaCl^2$, par l'acidose qu'il détermine, élève, aussi rapidement qu'il atténue les signes cliniques, le taux du calcium ionisé du plasma ».

Traitement de la tétanie infantile par le chlorure de calcium. (GRAHAM et ADERSON. *Brit, méd. journ.*, 14 mai 1925). — Les auteurs préconisant le $CaCl^2$, par doses de 5 à 6 grammes par jour (10 dans les formes graves). Ils ont ainsi invariablement obtenu la disparition de tous les signes de la tétanie. Ils complètent ensuite le traitement par l'huile de foie de morue pendant un temps. Ils pensent que l'action de $CaCl^2$ dans la tétanie est due à l'acidose relative produite par l'administration de ce sel.

Syndromes neuro-anémiques, par le docteur Pierre MATHIEU. Un vol. in-8 de 172 pages, avec 20 figures et 1 planche. — Prix : 20 fr. — Paris, G. Doin et Cie.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

VENTE D'OBJETS ANTICONCEPTIONNELS

A PROPOS D'UN ARRÊT DE LA COUR D'APPEL DE PARIS DU 21 JUILLET 1925

Le projet de la loi du 31 juillet 1920, qui a réprimé la vente et la mise en vente d'objets ou instruments pouvant empêcher la conception, est dû, comme on le sait, à l'initiative du professeur Lannelongue, chirurgien éminent, qui a voulu lutter contre le malthusianisme. Mais il n'a pas oublié, comme médecin, qu'il y avait des cas pathologiques dans lesquels le médecin se trouvait contraint de prohiber la conception ou tout au moins de l'espacer. Il ne fallait donc pas prohiber la vente de certains instruments ou objets dont l'usage était nécessaire, médicalement parlant.

Il en résulte que la vente elle-même de ces instruments ou objets, pouvant avoir une destination anticonceptionnelle et même exclusivement ce but, n'est pas prohibée par la loi. Il faut un autre élément de fait pour qu'il y ait infraction; c'est ce que la Cour d'appel de Paris a décidé, dans son arrêt du 25 juillet 1925.

Plusieurs personnes avaient été renvoyées devant le Tribunal correctionnel de la Seine sous la prévention d'avoir, à Paris dans un temps non prescrit, par la vente et la mise en vente d'instruments ou objets quelconques dans un but de propagande anticonceptionnelle, divulgué des procédés propres à prévenir la grossesse ou d'avoir ainsi facilité l'usage de ces procédés, fait prévu par les articles 1, 2 et 3 de la loi du 31 juillet 1920.

Le Tribunal correctionnel acquitta les prévenus, motif pris de ce qu'il n'était pas justifié que les agissements qui leur étaient reprochés aient été accomplis dans un but de propagande anticonceptionnelle par un des moyens spécifiés aux articles de loi qui viennent d'être indiqués.

Le Procureur de la République ayant interjeté appel contre cette décision, la Chambre des appels de police correctionnelle de la Cour de Paris a confirmé cette dernière par l'arrêt du 25 juillet 1925.

« Considérant, dit la Cour, que il est constant et reconnu par les prévenus que la dame X... herboriste, vendait à ses clients des pessaires dits « chapeaux de clown » et des éponges mignonnettes qui provenaient, les premiers du sieur Z... marchand d'accessoires en pharmacie qui les tenait lui-même de la dame L... fabricante, laquelle a reconnu en sortir de son atelier environ 250 par mois, les secondes du sieur M..., placier, à qui la dame F... les avait fournis.

Considérant qu'il résulte du rapport du docteur Paul, médecin légiste, que les pessaires dont il s'agit sont uniquement des instruments anticonceptionnels au sens de la loi du 31 juillet 1920, et que les éponges mignonnettes constituent au premier chef le type des instruments de cette nature. Que la même opinion a été exprimée très nettement devant les premiers juges en ce qui concerne les pessaires par M. Radais, doyen de la Faculté de pharmacie, qui, dès l'application de la nouvelle loi, a invité ses inspecteurs à interdire formellement la vente, aux personnes qu'ils visitaient; et avec une certaine réserve en ce qui concerne les éponges mignonnettes, l'attention des pharmaciens et herboristes ayant été cependant attirée par le danger qu'il y avait pour eux à vendre cet article;

Considérant que la vente ou la mise en vente d'objets ou instruments destinés soit à l'avortement, soit à prévenir la conception, est bien un des modes de perpétration du délit visé par la loi du 31 juillet 1920, *mais à condition qu'à ce fait vienne s'ajouter un élément intentionnel qui n'est pas le même dans les deux cas et qui consiste pour l'avortement dans la connaissance chez le prévenu que les objets vendus étaient destinés à commettre ce crime, pour l'autre délit dans le but de propagande anticonceptionnelle poursuivi par le vendeur;*

Que ce mot de propagande pris dans son acception littérale implique l'idée d'actes accomplis pour propager une doctrine, pour préconiser l'application d'une théorie, pour suggérer des actes;

Que, dans l'espèce actuelle, la propagande consisterait à

développer, à vulgariser, soit par des prospectus ou catalogues soit par une publicité appropriée ou par tous autres moyens, les procédés susceptibles d'empêcher la conception naturelle;

Qu'il ne ressort pas des éléments de la cause soumise à l'appréciation de la Cour que la dame X... et les autres prévenus aient eu recours à aucun acte extérieur permettant de déduire qu'ils aient agi dans un but de propagande ainsi défini;

Que dès lors si répréhensibles et coupables que puissent être du point de vue moral et social, les agissements reprochés aux prévenus, les éléments juridiques du délit visé font défaut dans l'état actuel de la législation. »

Il semble que la Cour ait eu quelque regret d'acquitter les prévenus, étant donné ce dernier motif. Mais comme nous l'avons indiqué au début même de cet article, la pensée du législateur n'a pas été d'interdire exclusivement la vente ou la mise en vente d'objets ou instruments anticonceptionnels; il faut une intention nuisible, sans laquelle il n'y a pas de délit. Pourrait-on envisager de ne permettre la vente que sur ordonnance du médecin? Cela semble bien difficile à réaliser. Car il faudrait faire une énumération des objets ou instruments anticonceptionnels dont la vente serait soumise à l'obligation de l'ordonnance médicale; ce qui, en fait, nous paraît impossible, car l'ingéniosité aussi bien du commerçant que de certains spécialistes est sans limite. Et d'autre part certains objets ou instruments qui peuvent être employés pour empêcher la conception peuvent parfaitement avoir un autre emploi permis ou tout au moins non défendu par la loi.

La question est très délicate : mais en présence du texte légal et des travaux préparatoires, on ne peut critiquer la solution de la Cour de Paris.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'ÉQUIVOQUE DENTAIRE

Les chirurgiens-dentistes ont tenté contre le doctorat en médecine l'attaque brusquée que l'on sait : le résultat le plus net en a été de grouper contre leur projet l'unanimité du Corps médical.

Il n'est certes point surprenant que tous les médecins se soient dressés contre une rénovation des diplômes spéciaux, contre l'obtention d'un de ces titres par des personnes dont l'insuffisance scientifique est par ailleurs notoire, contre la diminution de leur propre titre, puisqu'on voulait leur refuser dorénavant le droit de soigner ou d'extraire une dent, s'ils n'étaient pas par surcroît docteurs en chirurgie dentaire. Mais si la chose a pu venir en discussion, peut-être est-ce parce que jusqu'alors, les médecins s'étaient un peu trop désintéressés de cette question : ils avaient pris l'habitude de voir cette spécialité vivre en marge de la médecine, et cet état d'esprit avait été soigneusement entretenu par les dentistes eux-mêmes.

L'art dentaire avait été oublié par la loi de Ventôse; libre, par conséquent, il fut exercé pendant près d'un siècle par des praticiens sans instruction, sans diplôme comme sans école. Ils rentraient ainsi dans une catégorie voisine de celle des rebouteurs dont ils semblaient suivre les traditions, se contentant, comme eux, d'une pratique purement manuelle.

Vers 1880, quelques-uns de ces dentistes voulurent organiser des écoles. Mais, ayant fait leur apprentissage auprès de ces empiriques (car évidemment on faisait son apprentissage et non point ses études), ils envisagèrent tout naturellement un enseignement surtout technique et manuel. Toute leur ambition fut vraisemblablement d'essayer de codifier des tours de main, des recettes et des procédés, en somme de faire des ouvriers dentistes. Et ceux-ci se raccrochèrent à cet aspect particulier de la question, par ailleurs plus à leur portée, sans comprendre le danger que présentait cette manière de voir et de faire pour l'avenir de leur spécialité. Par contre ils avaient très bien compris l'intérêt qu'il y avait pour eux à faire partager cette idée au public et surtout aux médecins : ils comptaient bien ainsi assurer indéfiniment leur autonomie.

A les en croire, eux et leurs successeurs, l'art dentaire serait d'une difficulté d'exercice qui dépasserait les possibilités de la plupart : il consisterait à accomplir des sortes de gestes rituels inaccessibles au commun des mortels. Ainsi ils s'apparentent bien aux rebouteurs et constituent dans notre siècle de lumière et de science un véritable anachronisme.

En fait, soit dédain pour des pratiques aussi peu médicales, soit accoutumance, les médecins s'étaient désintéressés d'une spécialité qui leur avait été présentée et leur apparaissait totalement étrangère à leurs préoccupations habituelles. L'équivoque ainsi établie continua et continua si bien qu'elle dure encore.

Certes pour exercer cette spécialité, il est nécessaire, comme pour toutes les autres, de bien posséder une technique particulière. Mais il n'est sûrement pas indispensable d'être un prestidigitateur ou un magicien comme voudraient qu'on les croie les chirurgiens-dentistes. Elle nécessite tout simplement une certaine habileté, qui, pour n'être pas dirigée dans le même sens, est tout au moins ou tout au plus équivalente à celle que doit posséder un ophtalmologiste, un oto-rhino-laryngologiste, etc.

Il y a donc lieu de faire table rase de ces idées d'un autre âge. Dans toutes les spécialités médicales, il faut considérer que la technique est un moyen et non pas un but; qu'elle ne peut donner de résultats utiles qu'à la condition expresse d'être au service de connaissances médicales approfondies; qu'un technicien ignorant, si prestigieux qu'il soit, est plus nuisible qu'utile, et souvent même dangereux; que dans toutes les branches de l'art de guérir la qualité la plus essentielle au praticien est d'être un bon clinicien. Il ne saurait en être autrement dans la spécialité qui nous occupe, et les chirurgiens-dentistes, en dirigeant leur activité dans un sens opposé, ont condamné eux-mêmes leurs propres méthodes.

Il est donc à désirer que le médecin cesse de se désintéresser de ce qui regarde cette spécialité; elle lui appartient comme les autres branches de la médecine, et fait partie de son patrimoine; elle ouvre un vaste champ à son activité, précisément parce que jusqu'alors elle a été plus technique que médicale; elle présente des manifestations pathologiques qui retentissent sur tous les autres organes, de même que les troubles de ces derniers se répercutent très souvent chez elle. Qu'il ne la laisse donc point s'égarer entre les mains de non-médecins : entre les siennes elle ne pourra que suivre l'exemple des autres spécialités, sortir d'un empirisme qui n'a que trop duré et jouer pour la société le même rôle bienfaisant que celles qui l'ont précédée depuis déjà longtemps.

A. HERPIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925

I. DOCTORAT EN MÉDECINE. (*Diplôme d'Etat.*) — 18. ALRIC. — Pseudo-ataxie cérébelleuse chez une hérédo-spécifique.

29. ASTRUC. — Contribution à l'étude du diagnostic des syndromes du carrefour sous-hépatique.

24. AUDEMA. — Contribution à l'étude de la maladie de Reclus et de ses rapports avec le carcinome.

45. AVON. — Contribution à l'étude des ostéites du malaire.

86. AZAÏS. — A propos du diagnostic de la perforation des ulcères gastro-duodénaux.

64. BARJAVEL (Mlle). — A propos de quelques cas de suppurations pleuro-pulmonaires partielles traités par le pneumothorax artificiel.

26. BÉNAZET. — A propos de quelques nouveaux cas de chancres syphilitiques extragénitaux.

71. BENOIT. — Contribution à l'étude du comportement de l'acide picrique dans l'organisme.

78. BERGER. — Appareil plâtré pour le traitement des fractures des deux os de l'avant-bras avec déplacements (fractures diaphysaires et de l'extrémité inférieure).

23. BLAYAC. — Contribution à l'étude des cranioplasties cartilagineuses.

30. BONAVITA. — Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte sans signes physiques.

44. Bonnel. — Contribution à l'étude du traitement actuel du cancer de la langue.
65. Bonnet. — Contribution à l'exploration des fonctions anti-acidosiques du rein. Etudes physiopathologiques sur les fonctions rénales contribuant à maintenir la réaction ionique du sang et à préserver sa réserve alcaline.
37. Bouisson. — L'autohémothérapie dans l'adénite chancrelleuse.
36. Boulouys. — La chloramine (paratoluensulfochloramine) dans la désinfection des crachats tuberculeux.
84. Bourdel. — Contribution à l'étude des faux maux de Pott. Les spondylites de croissance.
70. Brinauer-Constantinesco. — Contribution à l'étude du sarcome primitif du vagin chez l'adulte.
13. Brouxel. — Les médications désensibilisantes et modificatrices de l'état général dans le traitement des dermatoses.
100. Bruguairolle. — Contribution à l'étude des thrombophlébites sinuso-jugulaires.
9. Cabannes. — De l'influence du sympathique sur l'évolution de la tuberculose.
57. Calvet (Joseph-Jean-Etienne-Louis). — La leuco-sarcomatose d'après un cas de sarcome lymphoblastique du médiastin antérieur avec leucémie.
83. Calvet (Joseph-Pierre-Lucien-Hugues). — Un cas d'arrachement de l'épitrochlée avec interposition du fragment dans l'articulation.
82. Cannac. — Quelques réflexions sur le diagnostic et le traitement de l'abcès du cervelet d'origine otique. (A propos d'un cas récent observé à l'hôpital Ruffi de Nîmes.)
58. Capdeville. — L'insomnie et son traitement par le declonal.
90. Carrière (Mme), née Herchcovitch. — Contribution à l'étude du traitement de la fibromatose utérine. Le radium.
85. Castellan. — De la chromothérapie, son histoire, ses applications thérapeutiques.
46. Caudière. — Etudes sur l'histogénèse du stroma dans les tumeurs épithéliales malignes.
99. Chabert (Maurice). — Quelques réflexions sur la pathogénie et l'étiologie de la sclérodermie. (A propos de deux observations.)
43. Chabert (Paul). — La vaccinothérapie dans le traitement des pneumonies prolongées et des broncho-pneumonies traînantes de l'enfant.
38. Chambon. — Les purpuras aigus hémorragiques postnovarsénobenzoliques.
66. Charmasson. — Contribution à l'étude de la tuberculose chirurgicale du foie.
3. Chassary (Mlle). — Contribution à l'étude du mécanisme des fractures de la rotule.
7. Clément. — Diagnostic radiographique du cancer secondaire du rachis.
25. Collet. — Sur une épidémie familiale de fièvre paratyphoïde B. (Etude clinique, enquête épidémiologique, prophylaxie).
27. Couzin. — Les dermatoses postarsénobenzoliques.
15. Daninos. — A propos d'un cas de maladie de Hutinel.
17. Didry. — Contribution à l'étude de l'hyperesthésie et des formes douloureuses prolongées dans la maladie de Heine-Medin.
28. Donati. — Le chlorhydrate d'émétine et la tension artérielle chez les tuberculeux pulmonaires.
60. Dufour. — Contribution à l'étude des fractures de la cavité cotyloïde.
72. Escudier. — Contribution à l'étude de la valeur thérapeutique du tartre stibié, son efficacité dans les hémoptysies tuberculeuses.
42. Fabre. — Les réactions du système nerveux de la vie organo-végétative dans les dermatoses.
19. Favalelli. — De la valeur de l'albuminurie transitoire postparoxystique pour le diagnostic des états comitiaux convulsifs.
49. Filippini. — Contribution à l'étude du traitement des troubles trophiques des membres inférieurs par les interventions sur le sympathique (sympathectomie péri-artérielle, Moreschi combiné, résections nerveuses).
59. Fodiman. — La fièvre ondulante en France (maladie n° 16). Epidémiologie et prophylaxie.
52. François. — Contribution à l'étude des entérorragies précoces consécutives aux hernies étranglées.
21. Gavaudan. — Le prématuré, un nouveau mode de réchauffement employé à la Maternité de Marseille.
68. Girbal (Mme), née Dormoy. — Etude du rôle du chlorure de sodium dans l'athrepsie et les diarrhées infantiles.
93. Godebout (de). — Contribution à l'étude de la vaccinothérapie antityphoïdique par le vaccin iodé.
11. Gonin. — Quelques observations de kystes liquides rétropéritonéaux. Diagnostic. Traitement.
8. Gontier. — Une forme clinique de pseudo-tuberculose chez les indigènes de l'Afrique du Nord, « la bronchite arabe ». (Travail du service du docteur Masselot.)
73. Goubert. — Contribution à l'étude du mode d'action des eaux sulfureuses dans le traitement de certaines affections de la gorge, du nez et du larynx.
96. Griffault. — Contribution au traitement chirurgical du mégacôlon sigmoïdien.
63. Guieu. — L'auto-anesthésie par la surventilation pulmonaire.
88. Hélo. — De l'ablation systématique du sterno-cléido-mastoïdien dans l'évidement carotidien.
6. Hillebrand. — Etat actuel du traitement des arthrites blennorragiques.
94. Honoré. — Contribution à l'étude du traitement de l'appendicite gangréneuse.
53. Juvaux. — Des formes myocloniques et choréiques de l'encéphalite épidémique.
40. Laur. — A propos de fibromes utérins à symptomatologie vésicale.
54. Lebreton. — Sur quelques cas de tabes traités par l'électro-mercurol intrarachidien. Considérations sur son mode d'action.
47. Leclercq. — Etude d'un syndrome nerveux observé dans l'anesthésie générale, nystagmus et trépidation épileptoïde (syndrome de Lenoble et Lannois).
67. Lefrancq (Mlle). — Contribution à l'étude des résultats éloignés des ostéosynthèses.
87. Le Port. — Les causes morales du mal physique dans la médecine assyro-babylonienne. (Contribution à l'histoire de la pathologie générale.)
79. Lignon. — Contribution à l'étude du curage digital postabortum.
51. Maffre-Baugé. — Contribution à l'étude du traitement du diabète par l'insuline.
98. Mage. — Contribution à l'étude de l'appendicite aiguë à forme d'occlusion intestinale chez le vieillard.
14. Mans. — Contribution à l'étude de l'hérédité de la tuberculose.
81. Mas. — Contribution à l'étude de la pseudo-paralysie générale alcoolique.
97. Massad. — La transfusion du sang. Cinquante-quatre nouvelles observations.
62. Massot. — L'intradermo-réaction spécifique dans les pneumococcies.
95. Mastier. — L'opération des cataractes par le procédé aux doubles lances du professeur Aubaret.
10. Mathieu. — Contribution à l'étude de la fuso-spirillose broncho-pulmonaire (bronchite de Castellani).
5. Montagnier. — Introduction à l'étude de la sympathèse hépato-rénale.
12. Naud. — Des réactions méningées consécutives aux injections intrarachidiennes de caféine dans la rachianesthésie.
80. Orlanducci. — L'hématome périrénal. Complication des plaies pénétrantes de la région sous-hépatique.
56. Paoli. — Traitement du mal de Pott de l'adulte par les opérations ankylosantes. La greffe ostéo-périostique para-épineuse.
31. Peillex. — Deux cas d'appendicite résiduelle suppurée à symptomatologie fruste.
39. Rathelot (Alban). — Contribution à l'étude de l'accouchement sans douleur du point de vue du médecin praticien.
75. Rathelot (Jean). — Contribution à l'étude des névralgies brachiales. La cervico-brachialite rhumatismale.
69. Reboul. — Formes paraplégiques de l'encéphalite épidémique.

(A suivre.)

QUESTION D'INTERNAT

FISTULE A L'ANUS

DÉFINITION

On désigne sous ce nom un trajet fistuleux contigu au rectum et indépendant de toute altération osseuse.

Nous éliminons de ce cadre les fistules rectogénitales et recto-urinaires.

ÉTIOLOGIE

Une cause domine leur étiologie : l'**abcès froid tuberculeux** dont la fistule constitue l'évolution normale. On les voit encore succéder :

1° Aux **abcès chauds périrectaux** non traités ou insuffisamment incisés.

Mais là encore nombre de cas relèvent de la tuberculose. On sait, en effet, que 7 sur 10 des abcès chauds périrectaux ne sont que des abcès froids surinfectés.

2° Aux abcès développés autour d'un rétrécissement du rectum.

3° Enfin, très accessoirement, la fistule succède à une gomme syphilitique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

A. **Orifices de la fistule**. — La fistule peut être *complète* ou *borgne*.

1° **Complète**, elle comprend deux orifices réunis par un trajet.

L'orifice inférieur s'ouvre à la peau. Il peut être unique ou multiple, en *pomme d'arrosoir*.

L'orifice supérieur s'ouvre dans le rectum. Il est souvent très petit, et, point capital, *il ne se trouve jamais au point le plus élevé de la poche ou du trajet.*

2° **Borgne**, elle ne présente qu'un orifice : interne ou externe.

3° Elle peut, enfin, être **complexe**.

Nous insisterons sur les *fistules en fer à cheval.*

B. **Rapports de la fistule**. — C'est là un point d'intérêt primordial pour le traitement.

Elle peut se trouver en dedans ou en dehors du sphincter.

1° **Intrasphinctériennes**. — Ce sont les fistules :

a. *Sous-cutanéo-muqueuses* complètes ou borgnes externes.

b. *Borgnes internes* ou *bi-muqueuses* qui succèdent à un abcès phlébitique.

2° **Extrasphinctériennes**. — Elles peuvent parcourir le creux ischio-rectal ou accéder à l'espace pelvirectal supérieur.

a. *Les fistules du creux ischio-rectal* sont borgnes, externes ou complètes. Ces dernières, bien qu'anatomiquement transsphinctériennes, sont physiologiquement extrasphinctériennes.

b. *Les fistules pelvi-rectales supérieures* sont toujours borgnes, et le plus souvent borgnes externes.

C. **Constitution de la fistule**. — Une gaine fibreuse et calleuse, une paroi fibroïde infiltrée de cellules embryonnaires et dans laquelle on a souvent relevé la présence de tubercules.

CLINIQUE

Elle apparaît : 1° Après incision et drainage d'un abcès.

2° Ou de façon plus torpide : le malade consulte pour des démangeaisons, pour un écoulement qui salit sa chemise.

3° Ou bien c'est chez un sujet qui se sait porteur d'une fistule un *épisode aigu de rétention* qui provoque l'examen. Un abcès péri-ano-rectal est formé entraînant de la douleur à la défécation, une sensation de chaleur, de tension, de battement.

Souvent des abcès à répétition sont à l'origine des fistules complexes.

A l'examen. — 1° DIAGNOSTIC POSITIF. — Il est facile de reconnaître la fistule. Son orifice se trouve dans un pli radié ou à distance de l'anus au sommet d'un petit mamelon. L'orifice est entouré de lésions cutanées. Mais quelquefois l'orifice n'est pas évident, il faudra introduire le doigt dans le rectum pour que le pus sourde.

2° DIAGNOSTIC D'ORIGINE DE LA FISTULE. — L'orifice de la fistule siège à l'anus ou tout près : c'est bien en avant de lui, en plein périnée, que siège l'orifice des *fistules urinaires.*

C'est bien en arrière de lui que se trouve l'orifice des *fistules congénitales* (kyste dermoïde ou fistule sacrococcygienne) ou des *fistules osseuses* d'une ostéomyélite ou d'une tuberculose du sacrum.

3° DIAGNOSTIC DE LA VARIÉTÉ DE LA FISTULE. — *On examine la chemise du malade* :

Si elle est souillée de matières la fistule est complète.

S'il n'y a pas de taches le doute persiste.

On introduit le doigt dans le rectum après avoir poussé un *stylet dans le trajet.*

La fistule est *extrasphinctérienne* si entre doigt et stylet s'interpose toute l'épaisseur du muscle. Elle est intrasphinctérienne si seule s'interpose la muqueuse.

On cherche avec la pointe recourbée du stylet à trouver l'orifice rectal.

a. On le cherche très bas pour une fistule intrasphinctérienne, très haut, au-dessus du sphincter, pour une fistule extrasphinctérienne, *en tout cas au-dessous du point culminant du trajet.*

b. Si on le trouve la fistule est complète, si on ne le trouve pas il ne faut pas se hâter de conclure à une fistule borgne, mais injecter un liquide coloré par le trajet, liquide qui ressortira par le rectum si la fistule est complète.

c. Cet examen permet de dire également si la fistule est *pelvirectale* ou *ischio-rectale*; si la fistule est complexe on explore tous les trajets.

4° DIAGNOSTIC DE LA NATURE DE LA FISTULE. — L'examen en rend compte facilement.

a. *Ou bien on trouve une lésion du rectum.* — Rétrécissement, cancer, hémorroïdes qui produisent une fistule par l'intermédiaire d'abcès périrectaux.

b. *Ou bien il n'y a pas de lésion du rectum. On pense à la tuberculose.*

Déjà l'*aspect de l'orifice* donne de sérieuses présomptions, soit qu'il s'agisse d'une ulcération tuberculeuse typique ou bien d'orifices multiples dans une peau bleuâtre et décollée. De même l'*aspect du pus* séreux avec grumeaux que l'on prélève pour faire un Ziehl.

Mais l'examen général du sujet, la recherche des autres tuberculoses est bien plus important.

Non seulement il permet le diagnostic étiologique, mais encore le pronostic dans l'établissement duquel la lésion pulmonaire prime la lésion anale.

C'est seulement après élimination de la tuberculose qu'on pourra penser à une fistule, séquelle d'un abcès chaud, ou à la fistulisation d'une gomme syphilitique.

PRONOSTIC

Ces fistules n'ont aucune tendance spontanée à la guérison.

Tout s'y oppose : leur nature tuberculeuse, leur constitution anatomique.

En effet, ce trajet anfractueux constitué de poches successives est exposé à des réinfections constantes, origines d'abcès à répétition pouvant exposer à de graves complications.

Il faut donc les opérer : une seule contre-indication est admise, la tuberculose pulmonaire en poussée évolutive ou à un stade ultime.

TRAITEMENT

Le traitement est différent suivant que la fistule est intra ou extrasphinctérienne.

1° C'est le **vieux procédé de Faget** qui s'oppose aux fistules *intrasphinctériennes.*

On introduit la sonde cannelée par l'orifice cutané et la fait ressortir par l'orifice rectal ou en perforant la muqueuse à la partie la plus haute du trajet.

On ramène le bec à l'orifice.

Puis au thermocautère on l'incise dans toute sa longueur, en suivant la cannelure.

Il est nécessaire, au préalable, de retenir par des pinces les lèvres de la plaie pour éviter sa disparition, pour fouiller tous les décollements, pénétrer tous les trajets.

2° Mais si la fistule est **extrasphinctérienne** il ne faut pas employer cette méthode qui sectionnerait tout l'appareil sphinctérien et risquerait de laisser le malade incontinent.

Faire un débridement parallèle au sphincter, écarter les lèvres, curetter la cavité et tamponner à la gaze iodoformée.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE

N° 101. — SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 19 DÉCEMBRE 1925. — N° 101.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Éthiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

Hôpitaux de Paris. — Mutations des médecins des hôpitaux (liste provisoire). — MM. Rathery passe à l'Hôtel-Dieu; Grenet, à Bretonneau; Crouzon, à la Salpêtrière; Courcoux, à Boucicaut (triage); Boidin, à Tenon; Halbron, à l'Hôtel-Dieu; Harvier, à Boucicaut (médecine générale); Foix, à Bicêtre; Abrami, à la Charité; Faure-Beaulieu, à Tenon; Rivet, à Laënnec; Laederich, à la Maison Dubois; Tixier, à Ambroise Paré; Monier-Vinard, à Andral; Sézary, à Broca; Brulé, à Bicêtre; Pinard, à Sainte-Périne; Ameuille, à Debrousse; Chiray, aux Petits-Ménages; Renaud, à Brévannes; Lemaitre, à la Salpêtrière; Vallery-Radot, à Bicêtre; Gougerot et Milhit, à Ivry.

— Concours de l'internat. — Séance du 14 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic des cavernes pulmonaires tuberculeuses. — Diagnostic d'un ictère chronique par rétention. »

MM. Poumailloux (Marcel), 23; Fourniat (Robert), 14; Baron (Pierre), 22; Cahen (Robert), 27; Hubert (Jean), 22; Martin (Félix-Victor), 23; Bucquoy (Maurice), 27; Delvaille (Salmon), 19; Calmels (Jean), 26; Mlle Choquart (Marie), 23.

Séance du 16 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic du tabes à la période pré-ataxique. — Symptômes et diagnostic de la tuberculose épididymo-testiculaire. »

MM. Lereboullet, 22; Baron (Pierre-François), 20; Even (Roger), 22; Milleret (Pierre), 16; Mevel (Yves), 27; Gaucher (Maurice), 17; Chazel (Robert), 24; Colin (Marcel), 19; Filliol (Charles), 26; Guillon (Henri), 23; Marmasse (J.), 25.

— Concours de l'externat. — Liste des candidats nommés, classés par ordre de mérite :

1. MM. Baumann (Jean), Tavennec (M.-J.), Delay, Peney, Klotz, Haïk, Rudler, Mlle Abramson, MM. Cretziano, Rousseau (G.),

11. Henrion, Rist, Puymartin, Parnet, Mlle Poulain, MM. Cottet, Maroger, Mlle Valentin, MM. Nomblot, Fiehrer,

21. Auzeloux, Villoutreix, Jusseaume, Debuire, Mlle Falguière, MM. Menjot, Barbat, Bousser, Langlois (L.), Mme de Pierredon,

31. MM. Limasset, Thorel, Boudin, Guichard, Lévy (R.-S), Iliovici, Mlles Symkievicz, Baguette, MM. Robert (J.-R.), Reboul,

41. Mlle Smirnoff, MM. Hurez, Sabourin, Prost, Gopcevich, Sambron, Toulemonde, Laquerrière, Schwartz, Pautrat,

51. Deslandres, Lieffring, Mencière, Rachelsberg, Barrier, Cohen-Bacrie, Lachter-Pachter, Camena d'Almeida, Beauchesne, Mlle Chapiro,

61. MM. Butaud, Arnal, Quériault, Grozieux de Laguérenne, Macé de Lépinay, Coen, Vinceneux, Hubert (L.), Advenier, Pougin,

71. Mlle Gagneur, M. Belêtre, Mlle Jeannocopoulo, MM. Barneville, Barrat, Mlle Cligny, MM. Jauneau, Jalley, Courtial, André,

81. Meillaud, Bridot, Kenesi, Boutteau, Mlle Bogoraze, MM. Lefebvre, Boursat, Mlle Mercier, M. Lemaître, Mlle Lang,

91. MM. Auzepy, Kindynis, Cabrit, Felsenswalb, Mlle Danzig, MM. Périer, Sabetay-Marcus, Le Garrec, Tardif, Mezger,

101. Pouzergues, Mlle Kaz, MM. Moureau, Lemaître (André), Mlle du Bouchet, MM. Bons, Bonte, Mornas, Filloux, Bérard,

111. Viala, Hélion, Dutray, Langre (de), Bonnet (P.), Catalette, Barrier, Batier, Sergent, Mlle Fagnière,

121. MM. Massier, Laude, Mlle Moret, MM. Pescarolo, Pyt, Lepart, Parienté, Bourdial, Brimont, Pierre,

131. Schimtt, Sidi, Blondeau, Delteil, Guyon, Gluck, Fron, Robert (P.-J.), Parienté, Sénéquier,

141. Bruneau, Durieux, Mlles Roussy, Chapiro (Rachel), MM. Martin (J.-P.), Gorelik, Decante, Shouzer, Lannegrace, Baqué,

151. Winz, Loisel, Mlle de Peretti, MM. Damon, Desbœuf, Poirier, Rousseau (G.-M.), Mezard, Merlaud, Augereau,

161. Delorme, Mlles Bresson, Douville de Franssu, MM. Lauprêtre, Bloch (L.-G.), Judde, Raoul-Duval, Durand (H.-M.), Piel, Guybert de la Bausserie,

171. Le Guay, Brulin, Boutet, Zhâ, Bardin (P.), Hermabessière, Goutallier, Rouher, Mlle Pissard, MM. Cailleux,

181. Masset, Lerolle, Sifflet, Jouis, Mlle Jammet, MM. Attaix, La Mouthe, Robert (Y.-T.), Mlle Lataste, MM. Hutin,

191. Casalis, Judet, Ferrière, Masselin, Grangé, Jomain, Munié, Defaix, Chevalier (P.-L.), Tesnière,

201. Foucaud, Leboulanger, Testu, Frain, Mlle Neumann, MM. Hogarth, Makluff, Cherubin, Mlle Derombies, MM. Souilhé,

211. Cottin (P.), Boucomant, Thomann, Brizard, Stoclet, Raganeau, Mlle Bordachar, MM. Werner, Couallier, Boyer,

221. Dumas, Dulot, Lafay, Leroy, Garnier, Mlle Gliksman, MM. Meisel, Woringer, Jung, Magat,

231. Haïk (H.-E.), Mlle Rœderer, MM. Bosc, Giard, Mlle Boucabeille, MM. Meidinger, Gignoux, Mlle Vimeux, M. Gibert, Mlle Dupont,

241. M. Timsit, Mlle Brunel, MM. Henriquez, Courbil, Leca, Laoüenan, Wechsler, Gencel, Boisramé, Conso,

251. Bechet, Lainé, Sliosberg, Angeras, Mlle Herr, MM. Victor, Lellouch, Arnaud, Dubois, Achard,

261. Pellegrin, Nigay, Courtois (J.), Patey, Mlle Leconte, M. Oppenot, Mme Yeu, Mlle Saint-Cene, MM. Catonné, Bogoraze,

271. Voignier, Salgo, Lindemann, Jurist, Mlles Lépine, Loriot, MM. Dauban de Silhouette, Durin, Kotchoura, Archambaud,

281. Gluck, Prunet, Gérard, Deschamps, Mlle Pinel, MM. Bamas, Polacco (E.), Delaby, Maleplate, Delaborde,

291. Mathis, Vautrin, Faguet, Goliger, Leblanc, Goulet, Bellière, Faucher, Mlle Domela, MM. Marx,

301. Touzard, Amante, Sévin, Pollak, Guillermon, Chaput, Clavel, Guerlot, Couty, Mlle Kuntz,

311. M. Samama, Mlle Lavroff, MM. Durmeyer, Odru, Chambon, Melun, Mestre, Conte, Jodin, Brémont,

321. Leven, Karmann, Demailly, Carbonell, Solignac, Ayrignac, Bailliot, Alaroze, Nazarian, Jacobé,

331. Cabaille, Gasne, Mlle Berger, MM. Valençon, Draillard, Cocagne, Gauthier (R.), Mme Robert, MM. Saullière, Rondepierre,

341. Etchebarne, Ducœurjoly, Grégoire, Lewin, Valois, Bercovici, Dreyfus (M.), Lucas, Ronceray, Fourès,

351. Binès, Filliozat, Magnin, Tellier, Lahaussois, Mlle Delon, M. Gastaud,

HÔPITAL SAINT-JOSEPH. — Un concours pour la nomination de cinq internes titulaires, dont un dans le service d'oto-rhino-laryngologie et de plusieurs internes provisoires, s'ouvrira à l'hôpital Saint-Joseph le 9 février 1926.

Pour se faire inscrire, s'adresser à M. l'administrateur délégué, 7, rue Pierre-Larousse (XIVe) avant le 1er février 1926.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours d'oto-rhino-laryngologiste adjoint des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Retrouvey. Il est affecté aux services d'oto-rhino-laryngologie de l'hôpital des Enfants et du sanatorium de Feuillas.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Guyot et Goussebaire.

Internes provisoires : MM. Vincent, Chaillous, Mlle Labatut.

— TOULOUSE. — Un concours pour la nomination à six places d'interne titulaire en médecine et trois places d'interne provisoire, sera ouvert le 18 janvier 1926, à 9 heures, à l'Hôtel-Dieu.

Les inscriptions sont reçues au secrétariat des hospices, à l'Hôtel-Dieu.

FACULTÉS DE MÉDECINE. — PARIS. — La chaire de bactériologie de la Faculté de médecine de l'Université de Paris et la chaire de pathologie expérimentale et comparée de la Faculté de médecine de l'Université de Paris sont déclarées vacantes. (*J. O.*, 15 déc. 1925.)

— MM. de Lapersonne, Hutinel, Pierre Marie, Ch. Richet, Letulle, Chauffard et Weiss, anciens professeurs de la Faculté de médecine de l'Université de Paris, sont nommés professeurs honoraires de ladite Faculté. (*J. O.*, 16 déc. 1925.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — NANTES. — M. Guéraud, professeur agrégé de physique au lycée de Nantes, est nommé professeur suppléant de physique à l'Ecole de médecine de Nantes.

JUBILÉ CHARLES RICHET. — Le Comité du jubilé Richet s'est réuni à l'Académie de médecine et a décidé l'exécution d'un buste du Maître et la rédaction d'une plaquette jubilaire. La cérémonie de remise aurait lieu le 20 mai prochain à l'occasion de l'assemblée générale des sociétés de biologie.

MÉDAILLE COMMÉMORATIVE DES FRÈRES MAURICE ET AUGUSTE POLLOSSON. — Les professeurs Maurice Pollosson et Auguste Pollosson ont laissé, dans l'Ecole de Lyon, le souvenir de deux grands maîtres et de deux hommes de bien. Leurs collègues, leurs élèves et leurs amis ont pensé qu'ils se devaient de conserver leur image. Leur intention est de faire frapper une médaille sur laquelle seront réunis les deux frères, si intimement liés de cœur et d'idées pendant toute leur vie. C'est dans cette intention qu'ils ouvrent une souscription.

Tout souscripteur à partir de 50 francs aura droit à la médaille.

La liste des souscripteurs paraîtra dans le *Lyon médical*.

Le Comité a pour président M. le professeur Rollet, pour secrétaire général M. le professeur Villard, pour secrétaires MM, Paul Bonnet et Mazet, le trésorier est M. le professeur Patel, 3, rue Président-Carnot, Lyon (compte chèques postaux 218-98).

COLLÈGE DE FRANCE. — COURS D'ÉPIDÉMIOLOGIE ET MALADIES INFECTIEUSES. — M. le professeur H. Vincent, membre de l'Institut, fera sa leçon d'ouverture le mardi 22 décembre 1925, à 4 h. 30, à l'amphithéâtre n° 8.

Il continuera ses cours tous les mercredis, à 4 heures, à partir du 6 janvier 1926, à l'amphithéâtre n° 5. Un certain nombre de ces cours sera fait à son laboratoire du Val-de-Grâce.

Sujet du cours : Les maladies infectieuses à détermination intestinale.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Souchon (de Bourgoin), Paul Danjou (d'Igé, Saône-et-Loire), Joseph Arnaud.

LES GRANDES STATIONS P.-L.-M. DE SÉJOUR D'HIVER. — Combloux, 1.000 mètres, par la gare P.-L.-M. de Sallanches-Combloux (7 kilomètres, service régulier de correspondance par automobiles).

Le magnifique site de Combloux, avec ses terrasses face au Mont-Blanc, qui a laissé tant de souvenirs enthousiastes aux touristes d'été, va devenir une grande station de séjour d'hiver grâce au nouvel hôtel P.-L.-M., ouvert l'été dernier, qui offre tout le confort désirable.

Centre idéal de repos dans la calme splendeur d'un des plus grands paysages des Alpes, Combloux offre aussi à ses hôtes amateurs de sport des pistes de luge, une patinoire, de nombreuses promenades en ski.

C'est là un nouveau et superbe fleuron ajouté par la Compagnie P.-L.-M. à la ceinture des stations d'hiver qui entoure (sur le versant français) le massif du Mont-Blanc, depuis Chamonix avec ses annexes d'Argentière et du Planet jusqu'à Mégève et au Mont d'Arbois par Saint-Gervais et le Col de Voza.

Trains rapides de Paris à Chamonix, places de luxe.

REVUE GÉNÉRALE

LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES

Par M. Antoine RAYBAUD,
Interne des hôpitaux de Marseille.

Définition. — Nous désignerons sous le nom de localisations cérébrales un ensemble de zones limitées du manteau cérébral ou pallium, définies embryologiquement, anatomiquement, histologiquement, zones de projection de fibres afférentes ou efférentes, où l'on reconnaît physiologiquement les centres supérieurs des fonctions motrices, sensitives et sensorielles. On y joint certains centres réflexes sensoriels et des centres psychiques.

Déterminer les localisations cérébrales, c'est, suivant l'expression de Nageotte, dresser une véritable « carte de l'écorce cérébrale ». C'est reconnaître au cerveau le rôle de central de l'organisme, déterminer les points où parvient l'influx nerveux, recueilli à la surface du corps ou au niveau des organes sensoriels, d'où partent les courants nerveux volontaires ou involontaires, où s'amassent les sensations acquises, dont l'accumulation nous permet une vie psychique — *non est in intellectu quod non prius fuerit in sensu.* C'est dire que les localisations cérébrales seront motrices, sensitives, sensorielles, psychiques. Nous sous-entendons par ce dernier terme, l'existence des centres de mémoire, des centres du langage et de l'écriture.

Ainsi qu'il est encore classique de faire nous ne considérerons comme localisations que les localisations corticales proprement dites, éliminant du cadre de notre étude les localisations qui pourraient cependant faire partie d'une telle étude, telles que les localisations tubériennes et infundibulaires.

Historique. — Les premiers essais de localisations cérébrales s'occupent uniquement de la localisation des fonctions psychiques supérieures. Ces essais s'inspirent de conceptions philosophiques. La première fonction scientifiquement localisée fut aussi une fonction psychique; ce fut la localisation de la fonction du langage dans le pied de la troisième frontale gauche, par Broca, en 1861. La théorie actuelle de la localisation cérébrale est née de la découverte de l'excitabilité cérébrale par l'électricité, en 1870, par Fritsch et Hitzig.

Déjà, en 1823, l'Ecole de la Salpêtrière (Rostan, et ses élèves Delaye, Foville, Pinel-Granchamp, alors internes) émet l'hypothèse que l'intelligence est localisée dans la substance blanche du centre ovale, dans le corps strié, les couches optiques, et la sensibilité dans le cervelet.

En 1825, Bouillaud pose en principe que les symptômes des affections cérébrales doivent varier avec la région cérébrale atteinte. Il place le centre de la parole dans les lobes antérieurs du cerveau, le centre moteur du membre supérieur dans les lobes postérieurs du cerveau ou les couches optiques, et le centre moteur du membre inférieur dans les lobes moyens du cerveau ou les corps striés. « La pluralité des organes cérébraux, dit-il, destinés aux mouvements est prouvée par l'existence seule des paralysies partielles correspondantes à une altération locale du cerveau »..., il ajoute même « qu'il existe des centres nerveux qui sont les organes immédiats où s'opère la perception de l'impression sensitive ». Il admet aussi, à titre d'hypothèse, que la substance grise cérébrale est le « centre sensitif » (*Traité clinique et physiologique de l'encéphalite*, p. 294).

En 1842, Longet localise la locomotion dans l'écorce du cerveau, mais il n'admet pas de centre nettement limité pour la motilité de chaque portion du corps. Quant à la sensibilité, il la place dans la protubérance annulaire.

L'histoire moderne des localisations cérébrales s'ouvre par le nom de P. Broca. Le principe des localisations cérébrales lui paraît, dès 1861, fondé et à jamais établi, sur l'anatomie, la physiologie, la pathologie cérébrale. « Je crois, disait-il, au principe de localisation, je ne puis admettre que la complication des hémisphères soit un simple jeu de nature. »

Gratiolet, comme Broca, se fait le défenseur de l'idée que les facultés supérieures croissent et décroissent avec les lobes antérieurs du cerveau. Dans le lobe frontal, réside, pour lui, « la majesté du cerveau humain ».

Vulpian s'oppose à la conception des localisations cérébrales, qu'il nie.

Enfin Fritsch et Hitzig, par leur découverte, en 1870, de l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale font faire un grand pas à l'avènement de la théorie actuelle. Les premiers, ils utilisent les deux méthodes : d'excitation, et d'extirpation des centres repérés par la première méthode. Ils posent comme une chose démontrée l'existence de territoires dont la suppression détermine des phénomènes de paralysie, et de territoires dont la suppression n'amène aucun phénomène morbide. Hitzig localise expérimentalement le centre de la vision dans le lobe occipital en 1874, et montre que, dans les lésions superficielles de la zone motrice, apparaissent des troubles de la morphogénèse. Il considère le lobe frontal comme le siège ou l'organe de l'intelligence.

L'existence de centres ainsi admise, et la possibilité de les localiser étant ainsi prouvée, les chercheurs s'attachèrent à retrouver sur la surface du manteau cérébral le siège de toutes les fonctions de la vie de relation.

Des essais sont tentés par diverses méthodes, Leuret, Broca, utilisent l'anatomie comparée, Flechsig la méthode embryologique. Celui-ci démontre que les prolongements névraxiles des cellules des centres ne se myélinisent que dès que ce centre commence à fonctionner. Il utilise pour ses recherches la coloration au bleu de méthylène de Weigert (*Entwickelung gesichtliche methode*). Gudden emploie la méthode des ablations expérimentales.

En 1875, Ferrier soutient qu'il n'y a pas de rapport entre l'altération de la sensibilité et de la motricité, ce que combat Munk. Ferrier place le centre de la sensibilité dans le lobe de l'hippocampe (*gyrus fornicatus*), et le centre du sens musculaire en un siège distinct des centres moteurs.

Nothnagel fait des centres des « points nodaux », des points de croisement de fibres issues de centres divers, dont l'interférence ferait la fonction du centre en question.

Horsley, Schæfer, H. Jackson, Ch. Bell ne pensent pas que la zone motrice ne soit que motrice, alors que Bechterew affirme l'autonomie des deux zones motrice d'une part, sensitive de l'autre, et place le centre sensitif du singe (sensibilité cutanée et musculaire) dans la pariétale ascendante.

Exner, par une méthode originale (méthode des cas positifs et des cas négatifs), détermine d'une manière assez exacte certains centres. Il distingue dans chaque centre un centre absolu, et un centre relatif. Il pense que l'hémisphère droit est plus sensitif que le gauche, mais que les centres sensitifs et les centres moteurs sont confondus. Marique fait des actes volontaires des « réflexes cérébraux ».

L'ensemble de ces travaux avait conduit à une conception large et peu exacte, semble-t-il, des localisations cérébrales et de la physiologie du pallium. L'on paraissait se rallier d'une manière assez générale à l'hypothèse de Flechsig, conclusion de ses recherches embryologiques. On divisait le cortex en deux grands groupes de territoires : les « sphères de projection » de fibres ascendantes et descendantes et les « sphères d'association », ou « sphères psychiques », conception que l'on trouve encore exposée. Cette conception classique admettait la confusion des sphères motrice et sensitive générale.

Actuellement, on tend à admettre la scission des zones motrice volontaire, prérolandique, et sensitive générale, post-rolandique. Et Brodman qui, se basant sur la complexité de la structure histologique du cerveau et sa morphogénèse, dresse ce que Nageotte a appelé « la carte de l'écorce cérébrale » divise le cortex en deux grandes zones : l'archipallium, correspondant aux zones les plus simples (aires 27, 28, 35, circonvolutions olfactives) et le néo-pallium (qui comprend tout le reste du cortex). Il admet une grande quantité de zones différenciées, d' « aires » dont chacune répondrait à un centre.

Certains poussent plus loin la dissociation; ils font remarquer que les fibres de projection, notamment les fibres cortico-thalamiques ou thalamo-corticales se distribuent à peu près à toute l'écorce; que le criterium de Flechsig, de la myélinisation successive, est un criterium bien insuffisant pour délimiter ces deux zones principales de l'écorce; que les centres corticaux d'association ne feraient pas défaut à certains mammifères comme le pensait Flechsig. Ils repoussent l'idée d'une systématisation aussi excessive, tout au moins pour les centres psychiques, et tendent, avec Nothnagel, à faire admettre les « centres » corticaux, comme « des points nodaux, comme des lieux de passage d'influx nerveux, de fibres nerveuses, appartenant à des neurones très divers, et dispersés dans l'écorce cérébrale de l'un ou de l'autre hémisphère, et dont le fonctionnement entre en jeu à l'occasion des actes psychiques,.. » (Soulié).

Nous voyons donc sur quel faisceau de faits peuvent se baser les défenseurs actuels de l'une ou de l'autre hypothèse. Preuves embryologiques, avec les noms de Flechsig, d'Edinger; preuves de morphologie comparée, avec les noms de Broca, Zuckerkandl, Kohlbrugge, Holl, Klatch; preuves histologiques, avec les noms de van Gehuchten, Betz, Cajal, qui retrouve dans des régions de projection différenciées des cellules nerveuses spéciales à chacune de ces régions; preuves physiologiques avec les noms de Cl. Bernard, Broca, Horsley, Huxley, Sherrington, Grunbaum, Krause; preuves cliniques et anatomo-pathologiques utilisant surtout les faits de ramollissement et d'hémorragie, qui se prêtent mieux à l'étude que les faits de tumeurs, avec les noms de Broca, P. Marie, Grasset, Dejerine en France. Les enseignements de la dernière guerre ont ajouté une multitude de faits aux faits anciens, ont complété nos connaissances, éclairé bien des points obscurs, et ouvert des horizons nouveaux.

Enfin la connaissance des localisations cérébrales entraîne une meilleure connaissance de la pathologie de l'encéphale. « La chirurgie cérébrale, science très vieille, mais redevenue jeune et tout entière renouvelée par la doctrine scientifique des localisations » (Hitzig), a profité des enseignements des physiologistes, et le chirurgien qui sait maintenant projeter tel centre sur la boîte cranienne sait l'aborder. Les noms de Poirier, Lefort, Merckel, Lucas-Championnière, Koehler, Clado, Waldeyer, Kronlein, Féré, illustrent cette « période chirurgicale » de l'étude des rapports cranio-cérébraux et de la chirurgie cranienne.

Lieux de passage ou centres vrais, quelle que soit la théorie admise, il faut schématiser; on ne peut nier que l'excitation de telles zones ne produise toujours des effets semblables, comme leur ablation, et qu'il faille ainsi leur reconnaître une certaine valeur fonctionnelle. Ce sont ces zones que nous étudierons sous le nom de localisations cérébrales, en nous rappelant non seulement ce que nous avons déjà dit à leur sujet, mais encore que chaque lobe, chaque circonvolution, même différenciée à ce point de vue, ne doit pas être considérée comme un organe, mais comme une forme, un aspect, dont la raison nous échappe encore. Enfin, sur le gros faisceau de faits et d'hypothèses établi par les auteurs du XIXe siècle et du début du XXe siècle, la guerre est venue apporter ses propres faits, très nombreux, très bien étudiés, éclairant souvent les faits obscurs, permettant des hypothèses nouvelles, et donnant une nouvelle force aux arguments anatomo-cliniques.

Classification et limitation du sujet. — Les localisations cérébrales, réalités physiologiques plutôt qu'anatomiques, doivent être classées comme telles, plutôt que comme entités topographiques. Nous étudierons donc successivement :

I. Les localisations motrices.
II. Les localisations sensitives.
III. Les localisations sensorielles.
IV. Les localisations réflexes.
V. Les localisations psychiques, ou sphères sensitives psychiques de certains centres de mémoire, du langage, de l'écriture.

Dans chaque chapitre nous aurons toujours en vue le plan suivant :

1. Morphologie du centre.
2. Physiologie du centre.

Nous compléterons ces notions par l'étude rapide de son irrigation, de sa projection cranienne et des déductions pratiques auxquelles conduisent les faits tirés de l'étude anatomo-physiologique.

Nous ne devons cependant pas nous borner aux fonctions de la vie de relation. Le problème de l'action du cerveau sur les fonctions de nutrition est un problème important dont la solution nous échappe encore. Nous terminerons l'aperçu rapide que nous donnerons des localisations cérébrales, par quelques notions sur les recherches qui poursuivent la solution d'un tel problème.

I. Localisations motrices volontaires. — Les centres

moteurs volontaires constituent l'origine corticale des deux voies : pyramidale et géniculée.

a. VOIE MOTRICE PRINCIPALE. — Cette localisation se fait d'une manière absolument régulière dans la région frontale prérolandique. Cette zone de localisation est limitée : en arrière, par la scissure de Rolando qui la sépare morphologiquement et en très grande partie physiologiquement des circonvolutions pariétales ; en avant, par une ligne fictive séparant la partie postérieure de la première frontale et de la deuxième frontale de leur deux tiers antérieurs ; en dedans et en avant, par la scissure sous-frontale qui la sépare du lobe calleux ; en dedans et en arrière, par le sillon paracentral et la portion ascendante de la scissure sous-frontale. Cette zone comprend donc essentiellement :

A la face externe de l'hémisphère :

l'écorce de la circonvolution frontale ascendante ;

la partie postérieure de l'écorce des deux premières circonvolutions frontales.

A la face interne de l'hémisphère :

l'écorce du lobule paracentral ;

la partie postérieure de l'écorce de la face interne de la première frontale (frontale interne).

Ce territoire correspond aux aires 4 et 6 de Brodmann. Il est beaucoup plus limité que celui qu'indiquaient autrefois les anatomistes et les physiologistes. En tout cas il paraît prouvé à l'heure actuelle que la voie motrice volontaire ne prend pas origine dans la zone pariétale. Cependant, comme nous le verrons au sujet des circonvolutions sensitives, une portion de l'écorce prérolandique est sensitivomotrice.

Nous décrirons succinctement les détails de cette zone :

La frontale ascendante, *Fa*, quatrième frontale, circonvolution prérolandique ou centrale antérieure, naît au niveau de la scissure de Sylvius et se termine à la face interne de l'hémisphère. Son bord antérieur donne insertion aux racines des trois frontales F_1 F_2 F_3. Son bord postérieur constitue la lèvre antérieure de la scissure de Rolando. Son extrémité inférieure ou pied est unie à la pariétale ascendante par un pli de passage, « pli fronto-pariétal inférieur » ou « opercule rolandique », ordinairement coupé par une incisure oblique « l'incisure transverse inférieure » (Eberstaller). L'extrémité supérieure ou tête, située à la face interne de l'hémisphère s'épaissit en une masse étaiée de forme irrégulièrement quadrilatère, le « lobule paracentral » ou « lobule ovalaire ». Dans le cas le plus général où ce lobule est formé aux dépens seuls de *Fa*, un pli de passage unit à P*a* le pli fronto-pariétal supérieur ».

La première frontale F_1 est à cheval sur le bord sagittal de l'hémisphère. Elle a trois faces: interne, externe, et inférieure. Seules les faces externe et interne appartiennent, dans leur partie postérieure à la zone motrice volontaire. Sur sa face externe on peut isoler trois racines l'attachant à *Fa*. Sur sa face interne, ou circonvolution frontale interne, elle prend part à la constitution d'une zone importante, le « carrefour de l'hémisphère » de Broca. Celui-ci est constitué par l'union de cette circonvolution orbitaire interne avec la naissance des nerfs de Lancisi et le pédoncule du septum lucidum d'une part, avec la bandelette diagonale et la racine olfactive interne d'autre part.

La deuxième frontale F_2 est à cheval sur le bord inférieur et externe de l'hémisphère. Elle comprend deux portions : externe et inférieure. Seule la partie postérieure de sa face externe, par ses deux racines appartient au territoire moteur.

La *structure* du territoire moteur se caractérise par certains éléments assez particuliers. Cependant, avant d'étudier plus en détails l'architectonie de cette zone, il convient de rappeler brièvement l'architectonie générale du manteau cérébral, ce qui nous servira de base et de point de comparaison dans l'étude histologique des multiples centres corticaux.

L'écorce cérébrale typique comprend 7 couches (Cajal). Ce sont, de la surface vers la profondeur :

1. La couche plexiforme ou zone moléculaire. Très mince, c'est une zone d'arborisation des fibres nerveuses. On y distingue des cellules à cylindraxes courts et des cellules à cylidraxes longs, ou cellules horizontales.
2. La couche des petites cellules pyramidales ou couches des grains. Elle se caractérise par la petitesse de ses cellules. Elle comprend un grand nombre de cellules du type II de Golgi, qui caractériseraient le cerveau humain. Ce sont les cellules à double bouquet dendritique (Cajal) fusiformes, donnant naissance à chacun de leur pôle à un bouquet dendritique de direction opposée. Leur cylindraxe donne naissance à des collatérales qui ne se développeraient qu'après la naissance.
3. La couche des moyennes et grandes cellules pyramidales externes.
4. La couche des cellules pyramidales naines, plus développée chez l'homme que chez les autres mammifères.
5. La couche des grandes cellules pyramidales profondes. Cette couche particulièrement développée est caractéristique des zones motrices. Nous la retrouverons à ce sujet.
6. La couche des moyennes cellules pyramidales.
7. La couche des cellules triangulaires ou fusiformes, surtout épaisse sur la partie superficielle des circonvolutions et mince au fond des sillons.

La zone motrice se caractérise : 1° par la grande épaisseur de la couche superficielle ; 2° par l'importance que prend la couche des grandes cellules pyramidales profondes. Cette couche doit son individualité à la présence de volumineuses cellules triangulaires disséminées en une ou plusieurs rangées. Elles sont remarquables par l'abondance des corps de Nissl de leur protoplasma. Le nucléole paraît formé par un amas de petites sphérules. Leurs expansions dendritiques, basilaires et périphériques, sont volumineuses et très étendues. Leur cylindraxe, épais, émet des collatérales dans les couches profondes de l'écorce. Ces cellules particulières ont reçu le nom de *cellules de Betz*; 3° par l'existence de trois plexus horizontaux de fibres myélinisées dont l'externe ou supérieure porte le nom de raie externe de Baillarger.

Les fibres de la voie motrice volontaire sont les axones des cellules pyramidales. Les auteurs ne sont pas d'accord sur la taille des éléments qui leur donnent naissance. Il semble cependant que seules les cellules pyramidales profondes de grande taille ou cellules de Betz en soient l'origine. Un examen systématique de nombreux cerveaux d'aliénés a montré à Ladame que les troubles moteurs s'accompagnaient toujours de lésions des cellules de Betz,

celles-ci n'étant jamais lésées en l'absence de ces troubles.

La zone motrice ainsi décrite a un rôle moteur indubitable. Depuis Fritsch et Hitzig observant à l'excitation de la zone prérolandique des mouvements dans le côté opposé du corps, à Sherrington démontrant que cette zone est motrice et non sensitivomotrice, et depuis, tous les faits concordent. Ce rôle est prouvé par des expériences d'excitation ou d'ablation et des observations cliniques complétées par l'anatomie pathologique.

Les expériences d'excitations se font aux courants induits alternatifs à 10 interruptions environ à la seconde. Chaque espèce réagit à un rythme qui lui est propre. On observe le phénomène d'addition latente des excitations. Les expériences d'ablation confirment les expériences d'excitation. La pathologie utilise les faits nombreux d'épilepsie partielle et généralisée, de traumatisme (fractures, blessures par balles).

Nous citerons sans en donner les multiples démonstrations les résultats des expériences et des observations, les conditions et le mécanisme. Nous ne reproduirons pas le schéma des localisations point par point, que l'on trouve partout.

L'excitation détermine la contraction de certains muscles toujours les mêmes. Faible, l'excitation ne provoque que le mouvement d'un muscle ou de quelques muscles à action synergiques ou qui produisent des mouvements associés. Plus forte elle provoque des mouvements de tout le membre ou de la moitié du corps. Plus forte encore, l'excitation détermine des mouvements généralisés à tout le corps. Très forte, l'excitation peut provoquer des accès d'épilepsie, dite épilepsie corticale. Celle-ci ne peut être provoquée par l'excitation de la zone sous-corticale. L'excitabilité corticale peut être augmentée par certaines substances, diminuée par d'autres. Il peut être intéressant de signaler à ce sujet que la paraldéhyde, le sulfonal, le véronal, le trional, directement appliqués n'ont pas d'influence. L'hydrate de chloral dans les mêmes conditions n'est actif que par destruction du centre (Da Concini). Une excitation corticale motrice détermine en même temps la contraction de certains muscles et le relâchement des antagonistes (Hering et Sherrington).

L'ablation ou l'isolement à l'aide d'un trait de section circulaire provoque la paralysie de certains muscles déterminés. Chez les animaux la résection de la zone corticale provoque un état paralytique transitoire chez les uns, permanent chez les autres. Chez le singe elle détermine assez souvent de la contracture ; cliniquement chez l'homme dans les lésions corticales la contracture accompagne fatalement mais tardivement la paralysie. L'ablation limitée du centre moteur s'accompagne assez souvent de troubles sensitifs, toujours très atténués. Les mouvements ou les paralysies provoquées par ablation ou excitation de tout ou partie de la zone corticale sont croisées. Cependant les muscles dont la contraction est simultanée (mouvements des yeux, du larynx, mouvement masticateur) ont deux centres chacun, un dans l'hémisphère du même côté et l'autre dans l'hémisphère opposé. Dans ces expériences on trouve qu'il y a paralysie de certains mouvements mais il n'y a paralysie d'aucun muscle. Ce sont des troubles de la motilité volontaire et non de motilité en général. L'étude des cas humains d'hémiplégie ou des hémiplégies expérimentales du macaque réalisées par Minkowsky (extirpation isolée de *Fa*) montre que la zone rolandique a une action d'inhibition sur les mouvements qui sont brutaux; il y a abolition des mouvements fins et délicats. Or les animaux pouvant se passer de leur écorce (chats décérébrés de Dusser de Barennes) il apparaît que les systèmes moteurs usuels ont leur représentation sous-corticale. Les centres incitomoteurs ne seraient donc pas localisés à l'écorce cérébrale.

A la suite de la destruction de la zone motrice les mouvements surtout atteints sont les mouvements isolés, intentionnels, acquis, et soumis au perfectionnement plutôt que les mouvements d'ensemble héréditaires (marche, course). Les troubles obtenus affectent particulièrement les mécanismes sous l'influence de la volonté : l'animal privé de sa zone motrice peut exécuter tous les mouvements automatiques et réflexes, mais ne peut se servir de ses membres pour les actes voulus, tels que saisir un os, présenter la patte, etc. Sherrington a expliqué le rôle essentiel du cortex cérébral dans la coordination, par l'intervention de l'inhibition antagoniste.

La nature de l'influx nerveux moteur est inconnue. Les physiologistes et les psychologues pensent que les centres moteurs sont plutôt des centres volitifs que des centres moteurs au vrai sens du mot. Ils seraient le point de départ d'incitation aux mouvements volontaires.

L'influx sensitif est nécessaire à la motilité volontaire, Claude Bernard le démontre en produisant l'incoordination motrice et même la perte des mouvements par section des racines postérieures. Chez le singe, Mott et Sherrington ont des résultats analogues et remarquent que les troubles obtenus ressemblent beaucoup aux troubles consécutifs à l'ablation du centre moteur correspondant. L'influx des sensations kinésiques serait plus important que celui des sensations cutanées dans le déterminisme des mouvements volontaires (Cl. Bernard). Cependant dans l'accomplissement du mouvement volontaire les sensations périphériques ne suffisent pas et l'on doit faire entrer en ligne de compte la représentation du but à atteindre. Soury définit d'ailleurs le mouvement volontaire « tout mouvement précédé d'une représentation préalable de l'effet à accomplir ».

On peut distinguer dans la zone corticale prérolandique une région mal limitée :

b. Origine des fibres motrices des nerfs de la face. — L'origine corticale de cette voie, corticobulbaire ou géniculée, se fait à la partie inférieure de la zone prérolandique, c'est-à-dire à la partie inférieure de *Fa*. Rien ne distingue, embryologiquement et histologiquement, le territoire géniculé du pyramidal.

Dans cette zone rien ne prouve l'existence de centres spécialisés pour les nerfs craniens moteurs ou sensitifs. Tout au plus peut-on déterminer dans la partie inférieure de *Fa* les centres du facial supérieur et du facial inférieur. Au-dessous de ces centres, et superposés, le centre masticateur qui pourrait être en relation avec le noyau moteur de la cinquième paire, un centre des mouvements de la langue, en relation avec la douxième paire, et le centre des cordes vocales à la partie tout inférieure de cette zone.

A la question des centres corticaux des nerfs craniens est liée la question des nerfs moteurs de l'œil, auxquels se rattache la notion des centres oculogyres de Landouzy et de Grasset. D'après ces auteurs il semble bien en effet exister un nerf rota-

teur des yeux à droite et un nerf rotateur des yeux à gauche. Leur existence est prouvée, semble-t-il, par ce fait que nous pouvons contracter ensemble le droit interne dépendant anatomiquement de l'oculomoteur commun et le droit externe dépendant anatomiquement de l'oculomoteur externe, et par ce fait aussi que dans certaines hémiplégies il existe une déviation conjuguée des deux yeux. Au contraire rien ne prouve l'existence de centres distincts pour chacun des oculomoteurs : MOC, MOE, pathétique. Ce centre oculogyre a une localisation réelle mais discutée : Grasset le place avec Landouzy dans le lobule pariétal inférieur, Picot l'étend à la partie inférieure de T_1 et de T_2, Henschen tout près du lobule du pli courbe, Ferrier et Personnali sur la partie haute du pli courbe. On peut conclure avec Grasset que « le centre de la déviation conjuguée est dans l'étage inférieur du lobe pariétal ». Le nerf dextrogyre siège à gauche et le nerf levogyre à droite.

Pour les nerfs rotateurs de la tête la position du centre est mal connue.

Il ne semble pas que l'on puisse encore décrire un centre cortical pour les abaisseurs des yeux ou leurs élévateurs.

Actuellement, tablant sur l'étude des faits nombreux d'encéphalite épidémique, on localiserait plus volontiers les centres oculogyres dans les pédoncules cérébraux.

c. On a cherché également à préciser les centres moteurs corticaux de certains mouvements coordonnés, tels que le rire, les expressions de la face. Leur position respective sur le cortex est très discutée. Au reste il paraît s'agir plus de nœuds de fibres, de carrefours nerveux, que de centres au vrai sens du mot.

L'irrigation de la zone motrice est assurée par de nombreuses voies artérielles, différentes suivant les divers points de cette zone. La frontale ascendante est irriguée par la branche moyenne de la cérébrale antérieure, pour sa tête, par la cérébrale moyenne pour son corps et son pied. Le lobule paracentral est irrigué par les branches moyennes de la cérébrale antérieure ; la zone motrice des première et deuxième frontales par la branche antérieure ou frontale de la cérébrale antérieure.

Il est plus particulièrement intéressant de connaître la projection cranienne des zones motrices sur lesquelles ont surtout porté les interventions chirurgicales. Nous rappellerons à ce sujet pour n'avoir pas à y revenir plus tard les bases de la topographie cranio-cérébrale. La majorité des projections craniennes des circonvolutions cérébrales gravitent autour des deux lignes rolandique et sylvienne. Ces lignes sont fondamentales et doivent être déterminées tout d'abord. Il est nécessaire de prendre des repères fixes : le nasion qui correspond à la jonction des os nasaux et des apophyses orbitaires internes du frontal et l'inion ou protubérance occipitale externe, tous deux sur la ligne sagittale. Le point qui se trouve au milieu de cette ligne noso-iniaque est appelé le vertex. Sur la ligne sagittale on utilise encore le lambda ou suture bipariéto-occipitale. Sur la face externe du crâne on repère le tragus ou la racine postérieure de l'apophyse zygomatique. C'est avec ces repères qu'on construit les lignes rolandique et sylvienne.

Pour déterminer la ligne rolandique on marque la projection de son extrémité supérieure par un point de 2 centimètres en arrière du vertex sur la ligne sagittale. Son extrémité inférieure est un point situé à 7 centimètres au-dessus du bord supérieur de l'arcade zygomatique, sur une ligne passant immédiatement au-devant du tragus et élevée perpendiculairement au bord supérieur du zygoma. La ligne qui joint ces deux points représente ainsi à 1 centimètre près la projection cranienne de la scissure de Rolando. Quant à la ligne sylvienne elle est projetée sur le crâne suivant, la droite qui joint le nasion au sommet du lambda. Cette ligne suit la scissure sur une longueur de 4 à 6 centimètres.

La circonvolution rolandique se projette en avant de la ligne rolandique, sur une largeur de 1cm5 environ. La partie postérieure de F_2 correspond à peu près, à tout âge, à la bosse frontale.

II. **Localisations sensitives.** — Dans ce chapitre nous devons faire état à la fois des deux sensibilités générales, superficielle et profonde, à cause de la méconnaissance où l'on se trouve de la confusion ou de la distinction de leurs territoires respectifs.

Nous ferons remarquer que les centres de projection de ces voies ne sont pas en rapport avec l'arborisation des neurones sensibles périphériques. Le neurone dont l'arborisation axonale vient se faire dans la zone sensible, fait partie d'une longue chaîne dont il constitue le dernier maillon : thalamo-cortical. Il ne paraît pas en effet exister de voie directe spino-corticale, bulbo-corticale, ponto-corticale ou cérébello-corticale.

Les localisations sensitives générales, superficielle et profonde, se font dans l'écorce pariétale presque en totalité, ne débordant que légèrement en avant, sur la partie moyenne et supérieure de *Fa*. Le territoire qu'elles occupent correspondrait aux aires 1, 2, 3, 5, 7, 39 et 40 de Brodmann. La zone donnée par cet auteur correspond à peu près à celle que donne Flechsig, à cela près que celui-ci la plaçait plus en avant, lui assignant en même temps *Fa* en totalité et le pied de F_1, F_2 et F_3. La zone sensitive générale est donc représentée par l'écorce du lobe pariétal, par la terminaison de *Pa* à la face interne de l'hémisphère en arrière du lobule paracentral, et par une faible portion de l'écorce de *Fa*.

Nous ne reviendrons pas sur la description de *Fa*, déjà faite au sujet des localisations motrices.

Nous décrirons rapidement l'écorce du lobe pariétal.

Ce lobe est limité par la scissure de Rolando, en avant; la branche horizontale de la scissure de Sylvius en bas; la scissure occipitale externe, qui le sépare du lobe occipital en arrière. Cette limite postérieure est en général peu nette. Elle est donnée plus exactement par une ligne menée de l'encoche marquée par la scissure occipitale sur le bord sagittal, à l'incisure préoccipitale du bord inférieur de l'hémisphère. En dedans il est limité d'avant en arrière, par l'extrémité antérieure de la scissure sous-frontale, par le sillon sous-pariétal, qui le sépare du corps calleux, par la scissure occipitale interne.

Il comprend trois circonvolutions :

La pariétale ascendante Pa, circonvolution post-rolandique ou centrale postérieure, comprise entre la scissure de Rolando en avant et le sillon post-rolandique de Giacomini en arrière, est en général flexueuse. Elle monte le long de la scissure de Rolando, enjambe le bord sagittal, et se termine à la face interne de l'hémisphère en prenant part,

avec Fa, à la formation du lobule paracentral. Unie à son extrémité inférieure en avant avec Fa, par le pli de passage fronto-pariétal inférieur, en arrière avec le pied de la pariétale inférieure, elle contribue avec ces deux circonvolutions à former l'opercule rolandique.

La pariétale supérieure P_1 naît par deux racines sur la face externe de l'hémisphère. A cheval sur le bord sagittal, elle prend le nom de lobule pariétal supérieur à sa face externe, de lobule quadrilatère ou précunéus à sa face interne. Elle se poursuit dans la première circonvolution occipitale par le pli de passage pariéto-occipital externe supérieur, considéré par Gratiolet comme caractéristique du cer veau humain.

La pariétale inférieure P_2 naît du pied de Pa remonte de cette circonvolution jusqu'au niveau de l'extrémité supérieure de la scissure de Sylvius qu'elle contourne. Cette partie, renflée en une masse volumineuse, constitue le pli supra-marginal, lobule du pli courbe des auteurs francais, lobule marginal de Gratiolet, ou lobule antérieur de Giacomini. Sans être particulier à l'homme ce lobule est du moins plus développé chez lui. Après avoir ainsi contourné l'extrémité supérieure de la scissure de Sylvius elle embrasse dans une deuxième courbe l'extrémité postérieure du sillon temporal parallèle. A ce niveau elle se renfle de nouveau pour constituer le pli courbe de Gratiolet, lobule angulaire de Huxley, ou lobule postérieur de Giacomini.

Microscopiquement, cette zone se différencie de la zone motrice, comme elle s'en différencie macroscopiquement et physiologiquemont. La différence porte sur l'épaisseur des diverses couches et l'abondance relative des cellules nerveuses. C'est une des régions où l'épaisseur de la couche grise est maxima. La couche plexiforme y est très épaisse. Si on y remarque aussi deux couches de cellules pyramidales, séparées par une couche de grains, les fibres venues du centre ovale n'y forment pas de plexus horizontal. Dans les autres couches de l'écorce grise, on relève l'existence de trois plexus horizontaux de fibres myélinisées que l'on divise en plexus interne, moyen et externe. Le plexus interne se trouve à la limite de l'écorce grise et de la substance blanche; il est formé de fibres épaisses pénétrant obliquement dans la substance grise dans la partie inférieure de laquelle elles donnent naissance à des collatérales. Celles-ci prennent une direction horizontale et constituent le plexus moyen qui correspond à la strie interne de Baillarger. Le plexus supérieur, constitué par les ramifications terminales des fibres thalamo-corticales, est situé dans la couche des cellules pyramidales moyennes, dans laquelle ces ramifications s'arborisent. Il est épais, et correspond à la strie externe de Baillarger.

Remarquons que la partie postérieure de P_2 n'appartient pas aux zones sensitives. Nous ne pouvions séparer sa description de la description du lobe pariétal.

C'est au niveau de la zone pariétale et plus précisément de la Pa et de la région adjacente que se terminent les voies de la sensibilité générale. Nous avons dit déjà qu'on n'admet plus actuellement la dualité physiologique de la zone postrolandique. De fait la physiologie et la clinique démontrent son rôle électif : sensitif.

Les expériences d'excitation doivent être faites sur l'animal éveillé. L'excitant ne peut être le courant électrique dont l'action est toute passagère. On utilise certaines substances chimiques, telles que la strychnine ou le phénol, dont on imbibe une rondelle de papier buvard couvrant le centre que l'on veut étudier. L'expérimentation a été poursuivie chez l'homme par Cushing, chez deux sujets atteints d'épilepsie jacksonienne.

Les expériences d'excitation permettent à D. de Barennes de noter chez le chat des troubles de la sensibilité cutanée et profonde. Du côté cutané on obtient des paresthésies, des hyperesthésies, de l'hyperalgésie, dans la moitié opposée du corps. Cushing provoque chez l'homme des paresthésies sans manifestations motrices. Du côté de la sensibilité profonde on observe l'hyperesthésie au pincement des tendons, des muscles, des os. De Barennes observe chez le chat, en dehors des zones de sensibilité croisées, des zones de sensibilité alternée dont l'excitation provoque des troubles dans le membre antérieur du côté excité et dans le membre postérieur du côté opposé.

L'analyse des cas de lésion de la région postrolandique montre à Piéron que la sensation des attitudes est le plus souvent atteinte et le plus complètement, que les sensibilités thermique et douloureuse sont le plus souvent indemnes. Head et Holmes remarquent la conservation des sensibilités au tact et douloureuse, la diminution de la sensibilité thermique, et l'atteinte fréquente, surtout aux extrémités, des sensations de position et de mouvement.

A la suite des études de M. et Mme Déjerine, on sait que les localisations sensitives au niveau de Pa obéiraient à une disposition radiculaire. Ces constatations faites dès 1880, par Grasset, ont été confirmées par l'étude de nombreux cas de guerre, et rapportées dans plusieurs observations (Lortat-Jacob et Sézary, Long et Ballivet, Roger et Aymès, Mme Lambert, etc...).

Trouve-t-on dans la zone sensitive des régions différentes pour la sensibilité superficielle et la sensibilité profonde? La question non encore tranchée est difficile à résoudre. Meynert pensait que les différents modes de la sensibilité générale ou spatiale se rapportaient plus à la structure des appareils périphériques des sens qu'aux énergies spécifiques des cellules nerveuses des diverses zones cérébrales.

L'irrigation de la zone pariétale se fait par les artères corticales branches des artères cérébrales antérieure et moyenne. La pariétale ascendante est irriguée au niveau de son corps et de son pied par l'artère de la pariétale ascendante ou pariétale moyenne de Duret branche de la cérébrale moyenne qui irrigue en même temps une partie du pied de P_1 et de P_2. La pariérale supérieure est irriguée par la branche postérieure ou pariétale de la cérébrale antérieure, la pariétale inférieure par l'artère de la pariétale inférieure ou pariétale postérieure de Duret, branche de la cérébrale moyenne.

La zone sensitive se projette sur le crâne entièrement sur la surface de l'os pariétal qui la déborde de tous côtés. La pariétale ascendante ou rolandique postérieure se projette sur le crâne en arrière de la ligne rolandique sur une largeur de 1cm5 environ.

III. Localisations sensorielles. — 1° LOCALISATIONS SENSORIELLES OLFACTIVES. — Edinger a montré que c'est la région olfactive qui apparaît en premier lieu

dans l'échelle animale. Le sens de l'odorat aurait été, comme on l'a dit, l'initiateur du développement de l'écorce cérébrale, et par son intermédiaire, de l'activité psychique supérieure. Chez certains animaux, dont le sens olfactif est le sens prédominant, le chien par exemple, les localisations olfactives sont très développées. Elles occupent tout un lobe, dit lobe limbique (Broca 1878) ou limbe de l'hémisphère. Il a la forme d'un anneau, situé à la face interne de l'hémisphère, et se compose de deux branches, inférieure et supérieure. Il est limité en dehors par la scissure limbique, en dedans par le sillon de l'hippocampe et le sillon du corps calleux. Chez l'homme, qui est, suivant le mot de Turner, un « microsmatique » on en retrouve les traces dans le corps calleux et la circonvolution de l'hippocampe. Mais ces deux vestiges se sont séparés physiologiquement comme ils se sont séparés morphologiquement. La plupart des formations primitives se sont atrophiées et la zone qu'elles occupent est très limitée. Elle répond à l'écorce du lobule de l'hippocampe principalement, et à l'écorce de la portion terminale de F_3. Cette zone correspond à l'aire 34 de la carte de Brodmann. On y ajoute secondairement de nombreuses formations vestigiales.

Le *lobule de l'hippocampe* constitue l'extrémité antérieure de la 5e circonvolution temporale qui se replie sur elle-même de bas en haut pour former un coude aigu dont les deux branches se mettent en contact. C'est ce coude ou genou qui porte le nom de lobule de l'hippocampe ou de pli unciné. Il mesure de 25 à 30 millimètres de long sur 18 à 20 millimètres de large. Il est situé en arrière et en dedans du pôle temporal. Sa branche supérieure porte le nom d'uncus ou crochet, qui suivant Zuckerkandl ne serait bien marqué que chez les anosmatiques; il représenterait le reploiement de la corne d'Ammon, Retzius le rattache au corps calleux, et donne à sa partie interne le nom de gyrus semilunaris, à sa partie externe le nom de gyrus ambiens, chacun en rapport avec un des deux faisceaux de la racine olfactive externe. Dans la masse du lobule, on distingue un amas gris de la forme et du volume d'une amande : le noyau amygdalien. C'est une formation corticale, enfouie dans le lobule de l'hippocampe dont elle occupe le genou et le crochet. On l'a longtemps considéré comme un noyau de terminaison des fibres olfactives. Cette opinion est maintenant abandonnée : en effet par sa structure qui se rapproche de celle du noyau lenticulaire, et par ses connexions, il appartient entièrement au ganglion basal des mammifères, ou corps strié.

On adjoint à la circonvolution de l'hippocampe des formations vestigiales dont certaines paraissent importantes : la corne d'Ammon, la fimbria, le corps godronné, bien spécial au cerveau des primates, les éminences sous-calleuses, l'écorce grise de la bandelette olfactive, et le noyau de la racine supérieure. Le rôle de beaucoup de ces formations est mal connu; la plupart servent de voies d'association.

La *partie terminale de la face inférieure ou orbitaire de* F_3 est la première portion de cette circonvolution qui apparaît chez le fœtus. Des deux portions qui la constituent, interne et externe, l'interne s'unit avec F_1 et F_2 au niveau du trigone olfactif et forme ainsi ce que Charpy appelle le vrai pôle frontal.

Certaines fibres issues de la racine moyenne de la bandelette olfactive s'entrecroiseraient dans la commissure blanche antérieure et se projetteraient dans une portion non déterminée du lobe occipital, qui serait ainsi un troisième centre olfactif.

Grâce à l'entrecroisement des fibres olfactives dans la commissure blanche antérieure, le centre cortical olfactif sensoriel est un centre bilatéral.

Dans les diverses lésions cérébrales atteignant la corne d'Ammon ou l'hippocampe on a pu observer de l'anosmie. Ces faits sont d'ailleurs rares et manquent de preuves suffisantes.

La cinquième circonvolution temporale est irriguée par la petite artère temporale antérieure, branche de la cérébrale postérieure. La partie inférieure de F_3 partage l'irrigation de cette circonvolution : artère de la 3e frontale ou frontale externe et inférieure de Duret, branche de la sylvienne.

(A suivre.)

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1925)

La mort par l'électricité, résultats pratiques acquis par des études électropathologiques. — M. Stefan JELLINEK. Il existe une grande différence entre les brûlures ordinaires et les *marques ou blessures d'électricité*. Celles-ci forment des plaques dures et blanchâtres sur la peau, elles sont de forme circulaire. Les poils du voisinage ne sont pas brûlés.

Les marques d'électricité ne s'accompagnent pas de rougeur de voisinage, elles n'occasionnent aucune douleur et ont une grande tendance à guérir. Les marques les plus graves se guérissent sous forme de nécrose aseptique.

Ces notions montrent qu'il faut être conservateur et ne pas amputer inutilement. On ne sait, en effet, où va se limiter la nécrose; d'autre part, les vaisseaux sont devenus très friables et exposent à des hémorragies graves. Il ne faut intervenir que dans deux cas :

1° Quand la pression du liquide cérébro-spinal est fortement augmentée, faire une ponction lombaire;

2° Dans le cas d'hémorragie grave et subite.

En somme, pronostic généralement bénin.

PRIX DÉCERNÉS EN 1925

PRIX MONTYON (médecine et chirurgie). — Des prix de 2.500 francs sont décernés : 1° à MM. Edmond Sergent, A. Donatien, L. Parrot, F. Lestoquard, Ed. Plantureux et Mlle H. Roesgebief, de l'Institut Pasteur d'Algérie; 2° à M. Eug. Wollmann, chef de laboratoire à l'Institut Pasteur; 3e à MM. Léon Bérard et Ch. Dunet, professeur et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon.

Des mentions honorables de 1.500 francs sont attribuées : 1° à M. E. Kohn-Abrest, directeur du laboratoire de toxicologie de la Préfecture de police; 2° à M. G. Rosenthal, chef de clinique de la Faculté; 3° à MM. Camille Lian, médecin des hôpitaux de Paris, et A. Finot, médecin inspecteur des écoles.

Des citations sont décernées : à MM. H. Colombiès, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine de Toulouse; Ch. Dejean, aide de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Montpellier; Ed. Lebert, ancien chef de laboratoire à la Faculté de médecine; Ph. Bellocq, chargé de cours à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX BARBIER. — Deux prix de 1.500 francs sont décernés à Mlle Fernande Coupin, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, et à M. R.-J. Weissenbach, médecin des hôpitaux de Paris.

PRIX BRÉANT (5.000 fr.) décerné à M. Gaston Ramon.

PRIX GODART (1.000 fr.) attribué à M. R. Courrier, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

PRIX MÈGE (300 fr.) à M. R. Douris, professeur à la Faculté de pharmacie de Nancy.

PRIX BELLION (1.400 fr.) décerné à M. A. Thooris, médecin chef de l'hôpital Villemin.

PRIX LARREY (750 fr.) attribué à M. J. Beyne, médecin-major de 1re classe.

PRIX MONTYON (physiologie, 750 fr.) décerné à Mlle France Gueylard, docteur ès sciences.

PRIX POURAT (2.000 fr.) décerné à M. Serge Metalnikov, de l'Institut Pasteur.

PRIX PHILIPEAUX (900 fr.) attribué à MM. Pierre Mathieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine, et H. Hermann, préparateur des recherches au laboratoire de physiologie de la Faculté de médecine.

FONDATION LANNELONGUE (2.000 fr.). — Les arrérages de la Fondation sont partagés entre Mmes Cusco et Rück.

PRIX LALLEMAND (1.800 fr.) décerné à Mlle Piera Locatelli, assistante à l'Institut de pathologie générale et d'histologie de l'Université de Pavie.

PRIX LONGCHAMPT. — Un prix de 2.000 francs est décerné à M. Albert Frouin et Mlle Maylis Guillaume, et un prix de 1.000 francs est attribué à M. Christol.

FONDS BOUCHARD (5.000 fr.). — L'annuité est attribuée à M. Henry Cardot, chef du laboratoire de physiologie à la Faculté de médecine.

FONDATION LOUTREUIL. — Sur les crédits de la Fondation Loutreuil sont accordées les subventions suivantes : 3.000 fr. à M. J. Basset, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon ; 2.000 francs à M. J. Girard, professeur, et M. P. Pons, chef de travaux de zootechnie à l'École nationale vétérinaire de Toulouse ; 1.500 francs à M. L. Jung, professeur à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon ; des subventions de 1.000 francs à MM. G. Marotel, professeur, et Tapernoux, Tagand, chefs des travaux à l'Ecole nationale vétérinaire de Lyon ; Ch. Hervieux, professeur, et P. Bru, chef de travaux de physiologie à l'Ecole nationale vétérinaire de Toulouse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1925)

Notices nécrologiques sur Desnos et Wallich. — Au début de la séance, M. LEGENDRE lit une notice nécrologique sur Desnos. En termes émus et sous une forme parfaite, il fait revivre la figure de l'excellent confrère mort si loin des siens il y a quelques jours.

Puis M. Pierre DUVAL lit un excellent éloge du regretté Wallich.

Discussion sur la lèpre. — M. JEANSELME, rapporteur, rappelle en quelques mots, avant l'ouverture de la discussion, les grandes lignes du rapport qu'il a exposé à l'Académie il y a trois semaines.

M. THIBIERGE croit nécessaire de rassurer l'opinion publique inquiétée par le rapport de M. Jeanselme. Si des mesures sanitaires d'ensemble n'ont jamais été prises en France, il existe cependant un règlement de police sanitaire maritime du 26 novembre 1921 qui renferme des prescriptions utiles. Elles devraient être complétées.

Mais « il faut dire bien haut que cette nécessité ne date pas d'aujourd'hui, qu'elle existait tant hier qu'aujourd'hui. Il y a dix ans, il y a même trente ans qu'aucun péril lépreux ne menace notre pays. »

Bien plus, le rapport Jeanselme montre que les cas lépreux sont en diminution. Le petit foyer ligurien est en décroissance continue sans qu'il ait été pris de mesures exceptionnelles.

« Les mesures proposées, ajoute M. Thibierge, ne sont pas dictées par une nouvelle endémie lépreuse, on ne doit pas y voir une loi de circonstance imposée par un danger immédiat. Elles sont seulement destinées à compléter un arsenal prophylactique insuffisant. Elles accéléreront le mouvement

incontestable de régression des foyers lépreux autochtones et s'opposeront au développement des foyers d'origine exotique. »

L'Académie décide alors de demander à la Commission de la lèpre une rédaction définitive des conclusions que comporte ce débat.

Après avoir entendu les opinions exprimées paa MM. Louis Martin, Léon Bernard, Thibierge, elle a adopté les vœux suivants :

1° Inscrire la lèpre sur la liste des maladies à déclaration obligatoire. Attirer l'attention du ministre de l'Hygiène sur l'importance qu'il y aurait à faire observer le règlement de police sanitaire maritime qui invite l'administration coloniale à aviser les autorités sanitaires métropolitaines de la résidence future des lépreux.

2° Soumettre les lépreux vivant à domicile, ainsi que les personnes de leur entourage, à des examens cliniques et bactériologiques qui seront pratiqués à courts intervalles par un médecin compétent désigné par l'inspecteur d'hygiène départementale et chargé par celui-ci de préciser dans son rapport les mesures prophylactiques que comporte chaque cas particulier.

3° Défendre aux lépreux d'exercer certaines professions, en particulier celles de boulanger, boucher, cuisinier, blanchisseur, tailleur, barbier, conducteur de voitures de louage, domestique, instituteur, précepteur, médecin, pharmacien, sage-femme, nurse, infirmier, etc. Cette liste n'est pas limitative.

4° Créer sur certains points du territoire, de préférence auprès des cliniques dermatologiques, universitaires ou autres, des asiles aménagés pour recueillir et traiter les lépreux, quelle que soit leur condition sociale.

5° Provoquer une entente avec les pays à lèpre, en vue de prévenir l'afflux des lépreux étrangers en France.

L'hospitalisation des malades étrangers. — M. Remlinger.

Les élévations thermiques idiopathiques. — M. Remlinger.

Evolution topographique et chronologique d'une épidémie de rougeole. — M. Martial, avec plans à l'appui, décrit une épidémie de rougeole évoluant dans un rayon de 5 kilomètres qu'elle a mis neuf mois à parcourir. Les mesures prophylactiques ont enrayé rapidement la marche de la maladie. Au point de vue statistique cette épidémie a atteint 369 enfants. La mortalité a été de 12, soit 3,25 p. 100.

La question des réducteurs de l'organisme. Leur application dans le traitement de la tuberculose humaine. — M. Justin Roux.

Rapport annuel sur les vaccinations et revaccinations. — M. Camus donne lecture d'un excellent rapport sur les vaccinations qui se font dans les conditions les plus sérieuses. Les étrangers nomades sont vaccinés d'une façon rigoureuse à leur entrée en France. C'est ainsi qu'à Modane on a pratiqué 39.643 vaccinations et à Hendaye 19.773. Les postes sanitaires de la frontière sont bien organisés, les lacunes qui existent encore dans la frontière Sud devront être supprimées. Les mesures prophylactiques, et notamment la désinfection des marchandises infectées comme les colis de chiffons, sont prises très sérieusement par l'administration. Il est donc probable que cette cause très importante de l'introduction de la variole en France ne tardera pas à disparaître.

Comité secret. — L'Académie classe, dans l'ordre suivant, les candidats au siège actuellement vacant dans la section des membres libres, en remplacement de M. Mesureur, décédé.

En première ligne : M. Marchoux; en deuxième ligne : MM. Raoul Blondel, Cabanès, Küss, Henri de Rothschild, Trillat.

Ajoutés par l'Académie à la liste de présentation de la Commission : MM. Kling, Laurens, Lepape et Valude.

CHRONIQUE

LES TRAVAUX DU CONSEIL BRITANNIQUE D'HYGIÈNE SOCIALE EN 1925

Le Xe Rapport annuel du Conseil britannique d'hygiène sociale (précédemment Conseil national pour combattre les maladies vénériennes) vient de paraître.

L'événement le plus important de ces douze derniers mois a été la mise en pratique des mesures nécessaires pour adjoindre à l'effort médical un effort moral en faisant l'éducation du public.

Sir Auckland Geddes, président du Conseil britannique d'hygiène, dans son discours d'ouverture, a montré les importants résultats déjà obtenus, le nombre des syphilitiques qui sont venus demander des soins est tombé de 42 à 22.000. Il a insisté ensuite sur le fait que l'effort médical ne serait jamais suffisant pour assurer seul la victoire, il faudrait en outre tendre à « préserver et renforcer la famille en tant qu'unité sociale base; insister sur la responsabilité du public et de l'individu pour la préservation et l'amélioration par des mesures éducatives et sociales des générations à venir; et poursuivre les méthodes qui montrent que les deux sexes doivent conserver dans la société une conduite également morale ».

Le Conseil a déjà fait naître un « Comité d'hygiène sociale » auquel ont adhéré d'éminents biologistes, psychologues et éducateurs.

Au point de vue national, il faut noter l'importance de la nouvelle loi sur la santé publique qui permet aux autorités locales d'engager des dépenses pour la propagande sanitaire.

Au point de vue de l'Empire britannique, le rapport se félicite de l'accord avec le ministère des Colonies qui a ouvert des crédits destinés à utiliser les films d'éducation établis par le Conseil.

Au point de vue international, les gouvernements américain et canadien ont donné des facilités pour permettre aux marins d'être soignés dans les ports d'Amérique.

Le rapport reconnaît franchement que malgré les succès médicaux déjà obtenus, il y a encore des progrès à faire dans ce sens. Les résultats obtenus dans la lutte contre la gonorrhée ont été moins satisfaisants que ceux obtenus contre la syphilis : les femmes qui passent en justice devraient se voir offrir individuellement la possibilité d'être soignées.

Plusieurs pages du Rapport sont consacrées aux enfants contaminés, il ne semble pas que tous soient victimes d'outrages, la plupart ayant au contraire contracté leur maladie chez eux ou en étant congénitalement atteints. Le Conseil désire cependant qu'à l'avenir un outrage aux mœurs soit en lui-même un délit suffisant pour comporter l'examen mental du délinquant.

Le rapport relate également les négociations tendant à établir des pochettes médicaments et désinfectants spéciaux.

Il contient enfin un relevé des progrès obtenus par les comités locaux.

R.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

(DU 19 AU 21 DÉCEMBRE 1925)

THESES

Samedi 19 décembre. — Jury : MM. Brindeau, président; J.-L. Faure, Lejars et Vaudescal. — M. Gibard. Etude de la syphilis articulaire. — M. Manesse (J.). Etude du traitement du cancer de l'utérus. — M. Gauthier (P.). Etude des rapports de l'intoxication gravidique et des accidents cardiaques.

Lundi 21 décembre. — Jury : MM. Roger, président; Hartmann, Ménétrier et Binet. — M. Loubry. Infections pulmonaires (point de départ intestinal). — M. Diaz Garcia. Etude sur la sympathicotonie péri-artérielle (traitement des ulcères). — M. Frilley (F.). Les cures de désintoxication comparées pour la morphine et le tabac.

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La responsabilité des médecins et des chirurgiens dentistes d'après la jurisprudence, par A. Paris, docteur en droit, avocat à la Cour d'appel de Paris, et A. Bouland, licencié en droit, chirurgien-dentiste de la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8. — Editions de la *Semaine dentaire*, Etablissements A. S. H. Caplain Saint-André, 12, rue de Hanovre, Paris.

N° 102. — MERCREDI 23 DÉCEMBRE 1925. 98e ANNÉE. MERCREDI 23 DÉCEMBRE 1925. — N° 102.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE. . . .* 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — Concours de l'internat. — Séance du 17 décembre. — Questions données : « Symptômes et complications de la phlegmatia alba dolens. — Signes et diagnostic du cancer du col de l'utérus. »

MM. Bergouignan (Louis), 25; Desgrez (Henri), 23; Bureau (Yves), 27; Grinda (Jean), 20; Dulac (Jean), 24; Flahaud (Léon), 16; Busser (Frédéric), 26; Vincent (Armand), 20; Mlles Desbrousse (Lucienne), 23; Brosse (Thérèse), 22; Lucan (Simonne), 20.

Séance du 19 décembre. — Question donnée : « Symptômes et évolution de l'ostéomyélite aiguë des adolescents. » — « Varicelle. »

M. Pannier (Paul), 20; Mlle Lévy (Françoise), 22; MM. Rouquès (Pierre), 23; Michel-Béchet (Régis), 27; Delage (P.), 26; Darioud (Jacques), 23; Petrignani (Roger), 28; Mlle Bastien (Gabrielle) et M. Robin (Maurice), 22; Mlle Roudinesco (Angèle), 19; M. Falroze (Jean), 15.

Séance du 20 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'abcès dysentérique du foie. — Invagination intestinale aiguë du nourrisson. »

MM. Canonne (Maurice), 23; Carvaillo (Roger), 20; Rudolf (Maurice), 28; Parlier (Roger), 16; Martin (H.-V.-J.), 25; Chureau (Roger), 22; Darré (Jean), 23; Mlle Wolf (F.), 26; M. Laborde (Jean), 20; Mlle Cuénin (Renée), 19; M. Pellé (Abel), 23.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — Marseille. — Le concours de l'internat en médecine s'est terminé par les nominations de MM. Salmon, Brahic, Marion, Olmer, Assada, Mlle Robert, MM. Azalbert, Cousin, Blanc, Poursines, Plantevin, Silhol.

— Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Blanc, Recordier, Guillot, Lena, Gary, Buisson, Luccioni, Drapé, Commeret, Grether, Colle, Cormaty, Tropini, Roux, Gailhard, Garnaudier, Debernardy, Aillaud, Bouet, Boucarut, Montagnier, Cerati, Coutencin, Jean, Michelotte, Bagarry, Beau, Piéri, Bonfils, Figasso, Rives, Raffali, Berger, Jouglard.

— Le concours de l'internat en pharmacie s'est terminé par les nominations de M. Ciaudo, Mlles Amalric, Cousin, Orecchioni.

AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE. — La session pour la deuxième épreuve de l'examen d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie prévue pour 1926, s'ouvrira le 16 mars 1926.

Les dates d'ouverture des épreuves pour les différentes catégories sont fixées ainsi qu'il suit :

16 mars. — Anatomie. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.

19 mars. — Histologie. — Pharmacologie et matière médicale. — Histoire naturelle pharmaceutique. — Pharmacie.

12 avril. — Physiologie. — Physique médicale. — Chimie médicale.

15 avril. — Chirurgie générale.

19 avril. — Obstétrique. — Urologie.

21 avril. — Médecine.

23 avril. — Bactériologie. — Pathologie expérimentale. — Hygiène. — Médecine légale.

26 avril. — Anatomie pathologique. — Neurologie et psychiatrie. — Dermatologie et syphiligraphie. — Ophtalmologie. — Oto-rhino-laryngologie.

Peuvent prendre part à cette deuxième épreuve :

1° Les candidats qui ont été reçus à l'une des sections de la première épreuve. Ces candidats ne peuvent se présenter toutefois qu'à celles des catégories auxquelles leur donne droit leur réception à la première épreuve suivant les dispositions du tableau inséré à l'article 12 du règlement du 14 mars 1924 modifié par le règlement du 3 août 1925;

2° Les candidats dispensés de la première épreuve par application des dispositions de l'article 9 du règlement du 4 mars 1924 et du 6 février 1925, savoir :

a. Les candidats admissibles aux concours de 1923 ou aux concours antérieurs.

b. Les candidats qui ont ou auraient été classés avant le dernier candidat déclaré admissible pour une faculté quelconque.

c. Les médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, nommés au concours dans les villes de facultés s'ils sont candidats aux sections de la troisième et de la quatrième division.

d. Les professeurs agrégés (médecine et chirurgie) du Val-de-Grâce, pour la troisième division (médecine) et la section H de la quatrième division (chirurgie).

Les candidats peuvent se présenter simultanénent dans plusieurs catégories.

Pour chaque catégorie, les registres d'inscription ouverts dans les secrétariats des académies seront clos deux mois avant la date fixée pour l'ouverture des épreuves de cette catégorie.

La remise des travaux devra être effectuée dans les mêmes délais.

Ils devront être déposés en dix exemplaires imprimés, dactylographiés ou reproduits par un procédé quelconque ou manuscrits.

Les candidats qui auront subi la première épreuve en décembre 1925, lorsque les résultats de cette épreuve ne seront pas connus avant la date fixée pour la clôture des inscriptions pourront se faire inscrire et remettre leurs travaux conditionnellement; cette inscription ne deviendra définitive que s'ils sont déclarés admis à la première épreuve (*J. O.*, 19 déc. 1925.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — NANCY. — La chaire de chimie médicale à la Faculté de médecine de l'Université de Nancy est déclarée vacante. (*J. O.*, 18 déc. 1925.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — ROUEN. — Un concours s'ouvrira le 18 juin 1926 devant la Faculté de médecine de Paris pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de physique et de chimie à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Rouen.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE. — Un arrêté ministériel approuve le règlement administratif concernant l'organisation et le fonctionnement du centre régional de lutte contre le cancer de la banlieue parisienne [Villejuif]. (*J. O.*, 20 déc. 1925.)

GUERRE. — M. le docteur Le Moignic est chargé de mission auprès du ministre de la Guerre.

LÉGION D'HONNEUR. — GUERRE. — Jeudi dernier le médecin inspecteur général Fournial, ancien membre de la mission Foureau-Lamy, a remis, aux Invalides, la croix d'officier de la Légion d'honneur au médecin-major de 1re classe Haller, grand blessé de guerre, son ancien compagnon de la mission.

Les survivants de la glorieuse mission Foureau-Lamy, qui en 1898 assura pour la première fois la liaison entre l'Algérie et le Sénégal, assistaient à cette remise de décoration.

— Est nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de chevalier. — M. le docteur Augé (de Narbonne).

HOMMAGE A M. MAUCLAIRE. — C'est le 24 décembre prochain qu'aura lieu à 10 h., à l'hôpital de la Pitié, la remise à M. Mauclaire de la médaille que lui offrent ses élèves, anciens élèves et amis.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lelong (de Charenton-du-Cher).

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — AGENDA P.-L.-M. POUR 1926. — Comme les années précédentes, l'Agenda P.-L.-M. pour 1926 a obtenu le plus grand succès et le tirage s'épuise rapidement. Aussi l'on ne saurait trop engager les personnes désireuses de l'acquérir à se hâter de se le procurer.

Cet ouvrage renferme, sous une reliure bleue, noire et or, des chroniques rétrospectives et d'actualité, des contes, nouvelles, etc., 16 illustrations hors texte en couleurs, 500 illustrations dans le texte.

En vente, avec une pochette de 12 cartes postales héliogravées, au prix de 7 francs l'exemplaire, à l'Agence de renseignements P.-L.-M., 88, rue Saint-Lazare, à Paris, dans les bureaux de ville, gares et bibliothèques du réseau P.-L.-M., dans les agences de voyages et les grands magasins de Paris, dans les principales librairies, etc.

Envoi recommandé à domicile contre mandat-poste (9 fr. pour la France et 12 francs pour l'Etranger) adressé au service de la publicité de la Compagnie P.-L.-M., 20, boulevard Diderot, à Paris.

CHRONIQUE

INAUGURATION DU BUSTE DE M. DEMELIN. — Dimanche matin, à l'amphithéâtre de la Maternité, ce ne sont que visages souriants, que physionomies heureuses, que chanson des yeux. Il s'agit de fêter M. Demelin, accoucheur en chef honoraire des hôpitaux et d'inaugurer son buste, dû à l'habile ciseau de M. Sudre. Tour à tour, prennent la parole MM. Ravina, au nom des derniers internes; Devraigne, l'élève de prédilection, le fils très spirituel, au nom des anciens; Parmentier, au nom des amis de toujours; Ambroise Rendu, président de la cinquième Commission, au nom du Conseil municipal; M. Guillet, directeur de l'Ecole centrale, au nom de ceux qui lui doivent la vie de leurs enfants ou de leurs petits-enfants. Tous louent sa bonté, sa loyauté, sa patience, — la première des qualités obstétricales, ne manquera pas de lui rappeler un des orateurs. Aucun ne manque d'associer à cette fête l'aimable Mme Demelin, à laquelle une infirmière, Mlle Roux, offre une magnifique gerbe de fleurs. Aussi simple, aussi affable, aussi modeste que d'habitude, le héros de la cérémonie se lève pour répondre. Mais, avant qu'il ait trouvé, pour répondre à chacun, le mot qui touche, la phrase qui émeut, les applaudissements éclatent et se prolongent. L'occasion n'est-elle pas unique, pour tous ceux qu'il a obligés, de lui affirmer, en ce moment solennel, leur affection et leur reconnaissance? N'a-t-il point été le médecin qui, au cours de sa longue et noble carrière, a sauvé d'innombrables existences? Ne reste-il pas le maître aimé, parce qu'aimant, jeune aux jeunes, et qui, comme le professeur Letulle, sait si bien mettre la science en sourire?

L. BABONNEIX.

NOTES DE PRATIQUE

CIRRHOSE DU FOIE

Régime lacté. Révulsifs sur la région hépatique : compresses échauffantes (Robin) ou vésicatoires volants (10/5) laissés en place 6 heures et renouvelés tous les 10 jours. Massage abdominal.

Alterner le sulfate de soude avec le calomel (Huchard) : 8 jours de suite, une cuillerée à café de sulfate de soude dans un verre d'eau; les huit jours suivants, un paquet de calomel (0g02 à 0g03) à prendre à jeun.

Combattre l'ascite par la médication diurétique : Théosalvose phosphatée (2 à 4 cachets de 0g50 par jour).

PUERPÉRALITÉ ET ÉPILEPSIE

Par Ed. TOULOUSE et L. MARCHAND.

L'état puerpéral a une influence évidente sur la nutrition de l'organisme. Il entraîne la production de toxines qui peuvent agir sur le système nerveux. Il suspend les périodes menstruelles qui ont parfois une action manifeste sur l'épilepsie (1). Il détermine des modifications dans la sécrétion des glandes endocrines. Ces raisons montrent l'intérêt que peut avoir l'étude de l'action réciproque de la puerpéralité et de l'épilepsie.

Plusieurs problèmes sont à considérer :

1° L'influence de la puerpéralité sur l'évolution d'une épilepsie pré-existante ;

2° L'influence de la puerpéralité comme cause d'épilepsie ; à cette question se rattache l'étude de l'éclampsie puerpérale et ses rapports avec l'épilepsie ;

3° L'influence de l'épilepsie sur la puerpéralité.

*
* *

1° Influence de la puerpéralité sur l'épilepsie. — On a coutume de dire en parlant des épileptiques : « nuisibles les rapports sexuels, nuisible la grossesse, nuisible l'accouchement » [Fèvre (2)]. Cependant, quand on compulse les observations publiées sur ce sujet, on constate que les avis sont très partagés, souvent contradictoires [Delasiauve (3)], [Kagan (4)].

Nous étudierons successivement l'influence de la grossesse, de l'accouchement, et de l'allaitement sur la marche de l'épilepsie.

a. *Influence de la grossesse sur l'épilepsie.* — L'influence de la grossesse sur l'épilepsie a donné lieu à un grand nombre de travaux que l'on peut diviser en trois groupes, suivant qu'ils concluent à une action favorable, aggravante ou indifférente.

Tissot (5) admet que la grossesse peut avoir une influence favorable sur l'évolution de l'épilepsie, mais celle-ci ne se manifeste que pendant l'état de gestation.

Marcé (6) reconnaît également à l'épilepsie une action suspensive sur les accès. Il cite deux observations, l'une de Weill (7), l'autre de Ménard (8). Dans la première, il s'agit d'une femme épileptique, qui n'a pas eu d'accès pendant sa grossesse ; deux jours après l'accouchement, les crises réapparaissaient. Dans la seconde observation, la grossesse fut suivie de la guérison de l'épilepsie.

Béraud (9) considère que l'influence de la grossesse est bien plus souvent favorable que nulle ou aggravante. Il fait la remarque que chez une même femme l'influence de la grossesse sur l'épilepsie est stéréotypée, uniforme pour toutes les grossesses. L'action modificatrice de la grossesse est généralement limitée à la période de la gestation. On ne peut prévoir l'action qu'aura une première grossesse sur la marche ultérieure de l'épilepsie.

(1) Ed. Toulouse et L. Marchand. Influence de la menstruation sur l'épilepsie, *Revue de psych.*, mai 1913.
(2) A. Fèvre. Du mariage des épileptiques, *Th. de Paris*, 1899.
(3) Delasiauve *Traité de l'épilepsie*, 1854, p. 105.
(4) D. Kagan. L'épilepsie et la grossesse, *Th. de Montpellier*, 1911-1912.
(5) Tissot. *OEuvres* publiées par Hallé-Delahaye, édit., Paris 1855, p. 284.
(6) L.-V. Marcé. De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la guérison de l'aliénation mentale, *Ann. méd.-psych.*, 1857, 3e série, t. V, f. 3, p. 317.
(7) Weill. Sur la folie puerpérale, *Th. de Strasbourg*, 1856.
(8) Ménard. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1834, p. 362.
(9) R. Béraud. De l'épilepsie dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement, *Th. de Paris*, 1884.

Pinard (1) a observé onze femmes épileptiques pendant leurs grossesses, quatre ont présenté une suspension des attaques pendant la gestation ; chez cinq malades, les crises ont diminué de nombre ; chez deux autres l'action de la grossesse a été nulle. Tarnier (2), Nerlinger (3), trouvent également que la grossesse améliore l'épilepsie dans la moitié des cas. Balard et Hanton (4) ont suivi une multipare dont les crises comitiales, datant de l'âge de onze ans, disparurent au cours de ses trois grossesses et réapparurent avec les règles. Pour Chambrelent (5) et Wallich (6), il est commun de voir la grossesse suspendre ou diminuer le nombre des crises.

Les observations dans lesquelles l'épilepsie a été aggravée au cours de la grossesse sont plus rares. Tissot en rapporte quelques exemples, mais il semble confondre l'épilepsie avec l'éclampsie. Charpentier (7) note l'influence désastreuse que peut avoir une grossesse sur l'épilepsie. Les observationn de Maisonneuve, de Béraud, de Terrillon, d'Arsimoles, de Laubry et Foy sont bien nettes.

Maisonneuve (8) rapporte l'observation d'une femme qui, atteinte d'épilepsie depuis l'âge de quinze ans, se marie à vingt-deux ans. A vingt-trois ans elle devient enceinte. Les accès d'épilepsie se multiplient, apparaissent tous les mois. L'accouchement se fait normalement et l'enfant âgé de sept ans au moment de l'observation présente une bonne santé.

Dans l'observation de Béraud (9), une femme, dont le père était alcoolique, fut atteinte de convulsions dans l'enfance et de vertiges épileptiques à l'âge de quinze ans. Premier accès complet à seize ans. Cette femme devient enceinte à l'âge de vingt ans ; pendant toute la durée de la grossesse, le nombre et la violence des attaques et des vertiges s'accroissent dans des proportions considérables. L'accouchement est normal et l'enfant vient à terme. Cette même malade commence une seconde grossesse sept mois après. Même multiplication des accès pendant la gestation. L'accouchement se fait normalement et à terme. Troisième grossesse à vingt-quatre ans ; augmentation des attaques et des vertiges pendant la grossesse. Un traitement bromuré ordonné à partir du quatrième mois de la gestation amène la diminution et ensuite la suspension des accidents. L'accouchement se fait normalement.

Terrillon (10) rapporte le cas suivant : une jeune fille avait régulièrement des crises avant chaque

(1) A. Pinard. Art. grossesse, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 4e série, t. II, p. 166.
(2) Tarnier. Rapports des névroses avec la grossese et l'accouchement, *Presse méd.*, 10 avril 1897, p. 161.
(3) H. Nerlinger. *Ueber die Epilepsie und das Fortpflanzungsgeschäft des Weibes in ihren gegenseitigen Beziehungen*, 1889.
(4) Balard et Hantan. Epilepsie améliorée par la grossesse, *Soc. anat.-clin.*, Bordeaux, déc. 1924.
(5) Chambrelent. De l'épilepsie pendant la grossesse. Son influence sur l'état de santé de l'enfant, *Gaz. hebd.*, 19 nov. 1899, n° 93, p. 1108.
(6) Wallich. *Eléments d'obstétrique*, Paris 1920, p. 270.
(7) Charpentier. *Traité pratique des accouchements*, 1883, t. I.
(8) J.-G. Maisonneuve. *Recherches et observations sur l'épilepsie*, Louis, édit., Paris 1803, p. 158.
(9) R. Béraud. Grossesse et épilepsie, *Encéphale*, 1884, p. 320.
(10) Terrillon. Note sur un cas d'épilepsie d'origine utérine, *Ann. de gyn.*, juin 1881, t. XV, p. 401.

période menstruelle ; elle devient enciente. Pendant la grossesse, les accès augmentent de fréquence ; après l'accouchement, suspension des crises qui reparaissent au moment du retour des règles. Dans une nouvelle grossesse, on note de même une recrudescence des crises.

Dans le cas d'Oliver que nous rapportons plus loin les accidents épileptiques sont apparus quelques jours après un premier accouchement ; la malade est morte en état de mal deux jours après le troisième accouchement.

La malade, qui fait l'objet de l'observation de Laubry et Foy (1), est morte en état de mal pendant sa grossesse, fait très rarement observé. La mesure de la tension artérielle qui se maintint au voisinage de la normale montra qu'il s'agissait bien d'épilepsie et non d'éclampsie.

L'observation très détaillée d'Arsimoles (2) a trait à une malade qui, atteinte d'épilepsie et de myoclonie depuis l'âge de treize ans, devient enceinte à trente-cinq ans. Pendant la grossesse, les crises d'épilepsie devinrent un peu plus fréquentes surtout au neuvième mois. Une crise violente eut lieu un jour avant le début du travail. L'accouchement se fit à terme et les crises sont réapparues cinq jours après l'accouchement.

Nous avons interrogé un certain nombre de femmes épileptiques qui ont eu une ou plusieurs grossesses. Nous avons été obligés de recourir à cette méthode rétrospective, car il est assez rare de suivre dans les services hospitaliers des épileptiques enceintes ne suivant aucun traitement. Un grand nombre de femmes épileptiques vivent en liberté, et sont mariées. En dépouillant nos observations qui portent sur quarante-huit femmes épileptiques qui ont été mères, nous trouvons que chez trente et une femmes la grossesse n'a aucun effet sur le nombre des accès ; dans onze cas, elle a eu une action nettement suspensive des accès. Dans un cas, les accès cessèrent complètement et le mari de la malade la crut guérie. Chez quatre malades, la grossesse a eu une influence aggravante.

Une de nos malades a eu une recrudescence des crises pendant les sept premiers mois de sa grossesse, puis les accès cessèrent brusquement sans traitement spécial ; elle accoucha à neuf mois d'un enfant bien constitué et bien portant dans la suite. Elle ne le nourrit pas au sein. Les crises reparurent trois mois après la délivrance.

Plusieurs de nos malades eurent des accès la veille de leur accouchement. L'une d'elles eut cinq crises convulsives en série quelques heures avant l'accouchement, puis resta plusieurs mois sans en avoir. Elle ne nourrit pas son enfant au sein.

Chez quatre autres malades, une crise est survenue en plein travail quelques heures avant l'accouchement qui se fit normalement.

Voici maintenant le cas d'une malade qui est entrée dans le service de l'un de nous, alors qu'elle était enceinte de deux mois, et qui y est accouchée. Elle fut soumise au même traitement bromuré pendant toute la période d'observation. Pendant les cinq premiers mois, cette malade avait une moyenne de quinze accès par mois ; pendant les deux derniers mois de la grossesse, elle n'eut que sept crises par mois. La malade ne nourrit pas au sein son enfant. Durant le mois qui suivit la grossesse les crises ne se reproduisirent qu'à deux reprises seulement. Dans la suite, cette malade eut environ quinze crises convulsives par mois.

Ainsi la grossesse n'a le plus souvent aucune action sur la marche de l'épilepsie. Dans un quart des cas, elle a une influence suspensive. Très rarement elle a une action aggravante. Même dans ce cas, l'aggravation n'est jamais importante. Nous n'avons pu trouver d'observation d'épileptique, qui à cause de la recrudescence des crises pendant la grossesse, fut obligée de subir un accouchement prématuré.

b. *Influence de l'accouchement sur l'épilepsie.* — Tissot considère que les accès d'épilepsie sont fréquents et quelquefois mortels au moment de l'accouchement. Il cite plusieurs exemples donnés par d'autres auteurs ; mais qui semblent plutôt être des cas d'éclampsie. Delasiauve (1) admet également que l'accouchement peut être l'occasion de crises épileptiques. Laforge, Béraud ont montré que non seulement l'accouchement n'a pas une action aggravante sur l'évolution de l'épilepsie, mais qu'il n'est pas une cause d'épilepsie.

Sur nos quarante-huit malades, deux seulement ont eu des crises pendant le travail. Chez l'une, une crise est survenue au début même de l'accouchement. Chez l'autre, trois crises eurent lieu au cours du travail. Dans les deux cas, l'accouchement s'est terminé normalement. Ce qu'il est plus fréquent d'observer, c'est la reprise des accès le lendemain ou quelques jours après l'accouchement.

Ainsi, l'accouchement n'est pas une cause aggravante de l'épilepsie ; pendant sa durée, les crises surviennent plutôt rarement. Il semble que les réflexes qui se produisent dans les voies génitales entraînent une dérivation de l'influx nerveux, que le cerveau devient moins hyperexcitable.

L'épilepsie peut enfin n'apparaître qu'après l'accouchement. Ces cas sont très rares. Oliver (2) a observé une femme qui fut atteinte d'épilepsie neuf jours après une première couche à l'âge de dix-huit ans. A sa seconde couche, elle souffrit de phénomènes que l'on peut rapporter au petit mal. A l'âge de vingt et un ans, troisième accouchement ; deux jours après, elle présente un état de mal mortel.

Nous ne parlerons pas ici de l'influence que peuvent présenter les infections puerpérales comme cause d'épilepsie. Il est évident qu'elles peuvent, au même titre que toute toxi-infection, provoquer des lésions méningées qui pourront être plus tard la cause de l'épilepsie.

c. *Influence de l'allaitement.* — Nous n'avons, dans nos recherches bibliographiques, relevé aucun travail ou même aucune opinion sur cette question. Nous avons interrogé à ce sujet quinze épileptiques qui ont allaité leurs enfants. Certaines ont été mères plusieurs fois. Il ressort de nos observations que l'allaitement n'a jamais été une cause aggravante de l'épilepsie. La plupart de nos malades ont présenté des crises aussi fréquentes qu'avant ou pendant leur grossesse. Chez une seule épileptique, l'allaitement qui a duré douze mois a eu une action suspensive.

(1) C. Laubry et G. Foy. Epilepsie et grossesse, *Médecine moderne*, déc. 1913, an XXII, n° 12.

(2) Arsimoles. Grossesse et puerpéralité chez une épileptique atteinte de chorée ancienne, *Arch. de neurol.*, 1906, 2e série, t. XXI, p. 171.

(1) Delasiauve. *Traité de l'épilepsie*, p. 234.

(2) Th. Oliver. Epilepsie dans l'état puerpéral avec hyperpyrexie ; mort, *Lancet*, 26 mai 1894.

La malade n'a présenté aucune crise pendant toute sa durée.

2° DE LA GROSSESSE COMME CAUSE D'ÉPILEPSIE. — Si l'on s'en rapporte aux statistiques sur les causes présumées de l'épilepsie et si l'on compulse ses observations personnelles, il faut reconnaître que le mal comitial débute rarement au cours d'une grossesse. Gowers (1) a observé le fait cinq fois. Dans une statistique personnelle portant sur 350 cas, nous n'avons pu relever cette relation que deux fois. Dans un cas, la première crise est survenue sans cause au troisième mois d'une première grossesse et les accidents convulsifs se reproduisirent dans la suite. Dans un autre, le premier accès est survenu au cinquième mois d'une troisième grossesse et la malade resta épileptique.

Fernel (2), Schenckius (3), Jacotius (4), Jackin (5), Tissot (6), rapportent bien des observations de femmes qui étaient sujettes à l'épilepsie pendant leur grossesse et qui en étaient guéries dès qu'elles avaient accouché. Tissot cite une observation de La Motte dans laquelle une femme, qui eut huit grossesses, dont cinq donnèrent des filles et trois des garçons, n'eut des accès d'épilepsie qu'au cours des grossesses de garçons et aucun au cours des autres.

Echeverria (7) donne l'observation d'une femme qui à chaque grossesse avait des accès épileptiques nocturnes Elle eut sept grossesses et n'eut des accès que pendant celles-ci.

En présence de tels cas, on peut faire plusieurs hypothèses. S'il s'agit d'épilepsie dite essentielle, on peut admettre, comme Nothnagel (8), que les crises ne surviennent que chez des prédisposés et sont causées par l'irritation réflexe des nerfs de l'utérus. Il s'agirait ainsi d'épilepsie réflexe. Après l'accouchement, l'excitation périphérique étant supprimée, les crises ne se reproduisent plus. Cette explication permet de comprendre pourquoi chez certaines femmes les crises se reproduisent à chacune de leurs grossesses et jamais dans leurs intervalles. Mais il est plus probable que les observations de ce genre se rapportent à des cas d'éclampsie puerpérale dont la pathogénie diffère complètement de celle de l'épilepsie dite idiopathique. L'éclampsie puerpérale, appelée encore épilepsie aiguë par certains auteurs, est due à une intoxication aiguë des centres nerveux ou à une toxi-infection tandis que l'épilepsie a pour cause des lésions cérébrales chroniques.

Thore (9) dès 1846 faisait cette distinction. Il attribuait l'éclampsie à la congestion séreuse des centres nerveux et montrait qu'elle coïncidait avec l'anasarque qui se développe pendant la grossesse ou à la suite des maladies infectieuses.

(1) GOWERS. *De l'Epilepsie*, Paris 1883, p. 49.
(2) FERNEL. *Pathologie*, lib. 5, cap. 3, oper omnia, p. 408.
(3) SCHENCKIUS. Cité par DOUSSIN-DUBREUIL. *De l'Epilepsie en général*, 1825, p. 78.
(4) JACOTIUS. *Hollerini et Jacotivin f. Lugd.*, 1576, lib. 4, sect. 2, aph. 24, p. 675.
(5) JACKIN. *Commentar. in nonum librum Rhasis*, Basileoe 1574, ch. XIV, p. 132.
(6) TISSOT. *Œuvres de Tissot*, Loc. cit., p. 284.
(7) ECHEVERRIA. De l'épilepsie nocturne, *Ann. méd.-psychol.*, mars 1879, 6e série, t. I, p. 177.
(8) NOTHNAGEL. Art. ÉCLAMPSIE, *Ziemssen*, 1878, t. XIV, p. 306.
(9) THORE. Etude sur les maladies incidentes des aliénés, *Ann. méd.-psychol.*, 1846, 1re série, t. VIII, p. 359.

La pathogénie de l'éclampsie gravidique fut ensuite l'objet de diverses interprétations.

Delore (1) l'attribue à l'altération du filtre rénal qui empêche l'élimination d'un produit toxique accumulé dans le sang. Rummo, Tarnier et Chambrelent (2) démontrent le rapport inversement proportionnel qui existe entre la toxicité du sang et de l'urine des éclamptiques. Le sang est plus toxique que normalement tandis que l'urine l'est beaucoup moins.

Neumann (3) considère l'éclampsie comme une maladie infectieuse.

Hergott (4) attribue les crises à l'auto-intoxication et à l'hétéro-intoxication due aux toxines secrétées par les staphylocoques. Doléris (5), Blanc (6), Favre (7), Combemale et Bué (8) trouvent des microbes pathogènes soit dans l'urine, soit dans le sang des malades. Actuellement on admet que l'embryon secrète des substances toxiques qui pénètrent l'organisme maternel. Si ce dernier présente une insuffisance rénale ou hépatique (Pinard) ou bien rénale et hépatique à la fois, la toxémie gravidique est réalisée. L'éclampsie est une des manifestations les plus communes de cette auto-intoxication. La néphrite avec albuminurie en est la conséquence. Comme autres causes on peut ajouter la congestion cérébrale, l'urémie, l'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Si la pathogénie de l'accès d'éclampsie gravidique diffère complètement de celle de l'accès épileptique dit idiopathique, la symptomatologie des deux sortes d'accès présente des signes différentiels qui peuvent aussi faciliter le diagnostic.

S'il s'agit de crises éclamptiques, les amnésiques montrent d'abord que celles-ci ont débuté pendant la grossesse; généralement les accidents convulsifs ne surviennent que dans les derniers mois de la grossesse et ne se reproduisent plus après l'accouchement. La crise éclamptique peut éclater brusquement; le plus souvent, elle est précédée d'une période prodromique (période prééclamptique, éclampsisme de Bar), quelquefois de courte durée, quelquefois d'une durée prolongée. Les petits signes qui la caractérisent ont, comme l'a montré Bourret (9), beaucoup de points de ressemblance avec ceux du brightisme. Ils comprennent : une céphalalgie violente, tenace, souvent frontale [Carral y Ona (10)], des vertiges, des étourdissements, des troubles visuels (brouillard, vision de flammèches, cécité), des troubles auditifs (Dieulafoy), des vomissements douloureux survenant sans cause appréciable, du subictère, des épistaxis, de l'hypertension artérielle, de l'albuminurie dont la présence n'est pas toujours constante en dehors des accès, des œdèmes plus ou moins marqués, des troubles intellectuels (confusion mentale, troubles de la mémoire).

L'accès convulsif peut présenter les plus grandes

(1) DELORE. *Congrès de Blois*, 1884.
(2) TARNIER et CHAMBRELENT. *Soc. de biol.*, fév. 1892.
(3) NEUMANN. *Soc. de méd. de Berlin*, janv. 1892.
(4) HERGOTT. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 11 mars 1893.
(5) DOLÉRIS. Cité par J. VOISIN et R. PETIT. *Loc. cit.*
(6) E. BLANC. Cité par J. VOISIN et R. PETIT. *Loc. cit.*
(7) FAVRE. *Arch. de Virch.*, 1891.
(8) M. COMBERALE et V. BUE. Cités par J. VOISIN et R. PETIT. *Loc. cit.*
(9) BOURRET. Etude clinique de l'éclampsie, *Gaz. des hôpit.*, 7 et 9 juin 1921, p. 713.
(10) CARRAL Y ONA. De l'éclampsie pendant la grossesse et la parturition, *Gaz. des hôpit.*, 27 nov. 1847 et 4 et 9 déc. 1847.

analogies avec l'accès épileptique et Billod (1) a pu dire avec raison « qu'il n'existe aucun symptôme de l'une de ces affections que l'on ne puisse rencontrer dans l'autre ». En l'absence de renseignements sur les antécédents des sujets, des états de mal éclamptiques ont pu être considérés comme de nature épileptique. C'est dire que la perte de connaissance, les convulsions toniques, les convulsions cloniques, la morsure de la langue, l'émission d'urine, le stertor s'observent au cours de la crise éclamptique comme au cours de la crise épileptique [Theuveny (2)]. Il est cependant quelques signes différentiels qui peuvent permettre de distinguer les deux sortes de crises. Dans l'accès éclamptique, le cri initial ferait défaut (Jaccoud), de même l'aura; pendant la crise on ne constaterait pas la flexion du pouce dans la paume de la main [Jobert (3)]. Baudelocque (4) admet que la connaissance revient plus rapidement après l'accès épileptique qu'après l'accès éclamptique. La période de somnolence dure généralement plusieurs heures et elle peut même se prolonger plusieurs jours; elle est alors entrecoupée par de nouvelles crises.

Les modifications de la température au cours de l'accès peuvent apporter des données importantes. Dans l'accès épileptique isolé, la température ne s'élève que de quelques dixièmes de degré; dans l'accès gravidique elle s'élève notablement [Bourneville (5), Bar (6)]. Cette constatation n'aura aucune valeur diagnostique si elle s'observe après plusieurs accès consécutifs, car après les crises épileptiques en série on observe une élévation de température qui dépasse souvent un degré.

Les symptômes suivants sont également caractéristiques de l'accès éclamptique; les urines renferment très souvent de l'albumine et parfois à doses massives. L'hypertension artérielle précède toujours l'apparition des crises éclamptiques gravidiques; elle augmente pendant leur durée, diminue ensuite et augmente de nouveau avant qu'une autre crise reparaisse [Vaquez (7) et Nobécourt, Queirel et Raynaud (8), Pal (9), Pflugheil (10), Chirié (11), Tribondani (12)]. Ce facteur immédiat ne se retrouve pas dans l'épilepsie. On pourra constater l'hypertrophie du ventricule gauche. La constatation de staphylocoques dans le sang et dans l'urine, témoin d'une infection, ne se rencontre que dans l'éclampsie. D'après Schultz (13), l'accès épileptique est suivi d'une leucocytose du sang tandis que l'accès éclamptique est suivi d'une polynucléose.

L'examen du liquide céphalo-rachidien pourra apporter quelques données pour le diagnostic. Comme dans l'urémie convulsive, on pourra noter soit de la polynucléose, soit de la lymphocytose, soit un liquide puriforme. Toutefois l'absence de réaction méningée, qui est de règle dans l'épilepsie dite idiopathique, ne devra pas cependant faire rejeter le diagnostic de crise-éclamptique [Paillard et de Fontbonne (1)].

La recherche du taux de l'urée dans le sérum sanguin et dans le liquide céphalo-rachidien pourra orienter le diagnostic [Bouttier et Mestrezat (2)]. Dans l'accès éclamptique, l'azotémie est toujours beaucoup plus élevée que celle relativement légère qui est consécutive aux accès épileptiques. Le pronostic de l'accès d'éclampsie gravidique est beaucoup plus grave que celui de l'accès épileptique. La mort rare au cours de l'accès comitial peut survenir au cours de l'accès éclamptique ou dans les heures qui le suivent; elle peut être due à différentes causes, telles que : asphyxie, hyperthermie, hémorragie cérébrale ou méningée, anurie, oligurie, œdème aigu du poumon.

Notons enfin que l'éclampsie gravidique se trouve immédiatement améliorée par l'évacuation de l'utérus, ou souvent même seulement par la mort du fœtus in utéro (Bourret).

A ces particularités pathogéniques et cliniques qui montrent combien l'éclampsie diffère de l'épilepsie dite idiopathique, nous devons ajouter l'action contraire qu'ont l'une et l'autre de ces affections sur le produit de la conception. Laforge (3) en 1867 faisait déjà remarquer que l'éclampsie, contrairement à l'épilepsie, a une action fâcheuse sur la grossesse et l'accouchement.

Les enfants des femmes épileptiques sont généralement vivants et bien portants au moment de leur naissance; l'éclampsie au contraire est grave pour la mère et l'enfant.

Il ne semble pas que les épileptiques soient prédisposés à l'éclampsie. Béraud (4), Cazeaux, Pavy, Laforge en font la remarque. Blot (5) sur 7 éclampsies trouve cependant deux épileptiques tandis que Braun sur 41 épileptiques ne constate qu'une éclampsie. Tyler Smith a vu deux éclampsies sur 15 épileptiques.

Certes, il n'est pas défendu à une épileptique d'avoir des crises éclamptiques mais cette coexistence des deux sortes de crises doit être très rare car nous ne l'avons jamais observée.

A côté de ces cas où les crises épileptiques ne se produisent que pendant la grossesse, il en existe d'autres beaucoup plus rares dans lesquels l'épilepsie fait suite aux crises éclamptiques. Féré (6) en rapporte plusieurs exemples. Soukhanoff (7) cite

(1) E. BILLOD. Observation d'éclampsie, *Ann. méd.-psychol.*, 1848, 1re série, n° 11, p. 313.
(2) L. THEUVENY. Diagnostic clinique des accès éclamptiques, *Th. de Paris*, 17 juillet 1903.
(3) A. JOBERT. *Ann. méd.-psychol.*, 1848, t. II, p. 447.
(4) BAUDELOCQUE. Cité par JOBERT. *Loc. cit.*
(5) BOURNEVILLE. De la température dans l'urémie comparée avec la température dans l'éclampsie puerpérale, *Union méd.*, 1872; — Nouvelles recherches sur la température dans l'urémie et dans l'éclampsie, *Mouvement méd.*, 1873.
(6) BAR. Pathogénie de l'éclampsie, *Soc. obst. de France*, Paris. XIVe session, 5-7 oct. 1911.
(7) VAQUEZ. Eclampsie puerpérale et tension artérielle, *Semaine méd.*, 1907, t. XXIV, p. 120.
(8) QUEIREL et RAYNAUD. Tension artérielle et puerpéralité, *Ann. de gyn. et d'obst.*, 1900, p. 64.
(9) PAL. *Gefass Kriesen*, Leipzig 1905, p. 243.
(10) PFLUGHEIL. Blutdrück in puerperaler Eklampsie, *Th. de Leipzig*, 1903.
(11) CHIRIÉ. Hypertension artérielle et accès éclamptiques, *Th. de Paris*, 1907, et *Soc. d'obst.*, 28 fév. 1907.
(12) TRIBONDANI. Le pouls dans l'éclampsie, *Ann. di obst. di e gin.*, 1901.
(13) J. H. SCHULTZ. Modifications du sang au cours de diverses affections psychiques, *Deut. med. Woch.*, 17 juillet 1913, p. 1399.

(1) PAILLARD et DE FONTBONNE. Les réactions méningées dans les intoxications, *Gaz. des hôpit.*, 18 janv. 1913.
(2) BOUTTIER et MESTREZAT. Note sur les variations de l'azotémie dans un cas d'état de mal épileptique, *Revue neurol.*, 2 déc. 1920.
(3) LAFORGE. De l'accouchement chez les femmes épileptiques, *Revue méd. de Toulouse*, sept. 1867.
(4) BÉRAUD. *Loc. cit.*
(5) Cité par DELORE. Art. ÉCLAMPSIE, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1re série, t. XXXII, p. 158. (*Journ. de méd. de Paris*, d'après *Amer. Journ. of obst.*, fév. 1912.)
(6) FÉRÉ. Eclampsie et épilepsie, *Arch. de neurol.*, 1884, t. VIII, p. 37.
(7) S. A. SOUKHANOFF. L'épilepsie et la grossesse, *Assemblée scientifique des médecins de l'hôpital des affligés pour les aliénés à Saint-Pétersbourg*, séance du 27 mai 1914.

l'observation d'une malade de trente-cinq ans chez qui les accès épileptiques se sont manifestés pour la première fois à l'âge de vingt-trois ans, au moment d'une première grossesse. Ils cessèrent pendant un certain temps, puis réapparurent dans la seconde période d'une nouvelle grossesse et n'ont plus cessé de se produire dans la suite.

De ces cas d'épilepsie faisant suite à des accès éclamptiques, de l'identité de la prédisposition névropathique rencontrée dans les deux affections, Féré conclut que « l'éclampsie et l'épilepsie ne doivent pas seulement être rapprochées par des analogies cliniques, mais qu'elles doivent l'être encore par leur pathogénie ». Il montre que, comme l'épileptique, la femme éclamptique a des antécédents héréditaires chargés, qu'elle a souvent des antécédents convulsifs qui se sont présentés à différentes époques de sa vie, soit à propos de la dentition, d'affections gastro-intestinales, de fièvres éruptives, etc.

Ce n'est pas notre avis. L'accès éclamptique ne peut être identifié avec l'accès épileptique dit idiopathique. Si, pendant une grossesse, on voit se développer des accès éclamptiques et après la grossesse des accès épileptiques, on ne peut dire que l'éclampsie est passée pour ainsi dire à l'état chronique. On ne retrouve plus chez ces malades les signes caractéristiques de l'état éclamptique. On peut admettre que dans de tels cas, la grossesse n'a fait que réveiller une épilepsie latente. Il ne s'agit plus alors d'éclampsie avec son cortège de symptômes hepato-rénaux, mais de simples crises d'épilepsie qui ont été étiquetées crises éclamptiques par le seul fait qu'elles sont apparues au cours d'une grossesse. Dans d'autres cas, l'hépato-néphrite puerpérale comme toute autre maladie infectieuse ou toxi-infectieuse, détermine dans le cerveau des lésions méningo-corticales qui deviendront plus tard la cause de l'épilepsie. Ces états méningés, comme nous l'avons montré plus haut, peuvent parfois être mis en évidence par les caractères cytologiques du liquide céphalo-rachidien.

3° Influence de l'épilepsie sur la grossesse. — Des observations que nous venons de citer, de nos propres recherches, il ressort que l'épilepsie, contrairement à l'éclampsie, n'a aucune influence sur l'évolution de la grossesse. Toutes les malades que nous avons interrogées à ce sujet ont été très explicites. Leurs grossesses n'ont nullement été influencées par le mal comitial. La plupart ont accouché à terme et le travail n'a jamais été interrompu par des accidents épileptiques. Dans les cas où une ou plusieurs crises sont survenues au cours du travail, leur influence a été nulle sur les contractions utérines.

Quand l'accouchement s'est fait prématurément, l'épilepsie ne pouvait être incriminée. Dans l'observation d'Arsimoles, citée plus haut, la grossesse et le travail ont eu une marche normale. La mort de l'enfant fut accidentelle; elle ne put être rattachée qu'à l'existence d'une laterocidence du cordon qui passait en sautoir sur l'épaule de l'enfant et s'est trouvé comprimé pendant le dégagement.

Comme le fait remarquer Chambrelent (1), il est curieux de remarquer combien l'utérus gravide, si sensible aux perturbations physiques et même morales, résiste aux secousses violentes des attaques d'épilepsie.

(1) Chambrelent. *Loc. cit.*

Conclusions. — La grossesse a rarement une influence aggravante sur la marche de l'épilepsie, elle a quelquefois une action suspensive, le plus souvent elle n'a aucune action. Quand chez une épileptique enceinte, les crises augmentent de fréquence, il y a lieu de rechercher s'il ne s'agit pas d'éclampsie.

Quand la grossesse a une action favorable, celle-ci est limitée à la période de gestation.

Chez une même femme, l'influence de la grossesse est souvent la même à chaque grossesse.

L'accouchement a plutôt une action suspensive sur les crises d'épilepsie.

L'allaitement ne semble pas avoir d'action sur la marche de l'épilepsie.

Le mal comitial débute rarement au cours d'une grossesse.

Quand les accès convulsifs n'ont lieu que pendant les grossesses, on pourrait les attribuer à une irritation réflexe des nerfs de l'utérus (épilepsie réflexe) Mais la plupart de ces cas se rapportent à des crises d'éclampsie puerpérale dont la pathogénie, la symptomatologie, le pronostic, en ce qui concerne la mère et l'enfant, diffèrent sensiblement de ceux de l'épilepsie dite idiopathique.

L'épilepsie ne prédispose pas à l'éclampsie.

On a signalé des observations d'épilepsie faisant suite à des accès d'éclampsie puerpérale. Dans un certain nombre de cas, on peut admettre qu'il ne s'agit pas d'éclampsie; la grossesse ne fait que réveiller une épilepsie latente qui a continué à se manifester après l'accouchement. Dans d'autres cas, il s'agit bien d'éclampsie, mais l'état éclamptique se complique d'un état méningé toxi-infectieux qui devient la cause de l'épilepsie laquelle se manifeste après la grossesse.

ACTUALITÉS

UNE ÉPIDÉMIE DE DENGUE

Avant 1914, on ne parlait que fort peu, en France, de la dengue, on l'observait surtout dans les pays chauds; et aussi en Turquie, en Grèce; elle faisait parfois une incursion à Malte, dans les ports d'Espagne. Pendant la guerre de 1914-1918, l'armée d'Orient fut très atteinte par la dengue et il devint indispensable d'en étudier l'épidémiologie pour prendre des mesures prophylactiques. Dans un excellent article sur la dengue, Armand-Delille (1) nous apprend qu'il en existe deux variétés : la dengue méditerranéenne, fièvre de trois jours, fièvre à papataci, due à un virus filtrant inoculé à l'homme par la piqûre du *Phlebotomus papatasii* et la dengue d'Extrême-Orient, transmise par le *Culex fatigans* ou le *Stegomya fasciata;* l'identité des deux dengues est admise par les uns, niée par d'autres.

Habituellement bénigne, la dengue peut, dans certaines conditions défavorables, prendre une allure grave; mais ce qui la rend surtout redoutable, c'est la rapidité de sa propagation, c'est sa généralisation très brusque; lorsqu'elle atteint une armée en campagne ou l'équipage d'un navire, elle rend indisponibles un très grand nombre d'hommes, pro-

(1) Armand-Delille, art. dengue. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, t. XVI.

voquant ainsi une perturbation complète dans la bonne marche du service.

Ayant observé une épidémie de dengue à bord de l'aviso *Antarès*, le docteur Bideau, médecin de première classe de la marine, en a donné une relation très intéressante, riche en renseignements cliniques, et aboutissant à des conclusions pratiques qui méritent de retenir l'attention (1).

Le 7 octobre 1923, l'aviso *Antarès* quitte Dakar pour se rendre à Bahia (Brésil) ; tout va bien à bord ; on fête, le 11, le passage de la ligne avec beaucoup d'entrain ; le 13, 11 hommes sont exempts de service parce qu'ils ont de la fièvre, des signes d'embarras gastrique, des douleurs articulaires et ensuite une éruption polymorphe ; le 14, 20 exempts de service, le 15, 25, et le chiffre des malades augmente chaque jour pour atteindre, le 20, 59 sur un effectif de 97 hommes. Fort heureusement, l'aviso était, dès le 15 octobre, arrivé à Bahia où les plus malades purent être hospitalisés. A la fin du mois d'octobre, l'épidémie semblait complètement enrayée, mais voici que la plupart des convalescents eurent une rechute ; il fallut les renvoyer à l'hôpital où l'un d'eux succomba. C'est seulement le 22 décembre que l'*Antarès* put appareiller de Bahia, laissant encore à l'hôpital un second maître et un chauffeur qui, après avoir été dans un état inquiétant, finirent par guérir.

Pendant une première période, du 13 au 30 octobre environ, la dengue paraissait avoir sa bénignité habituelle. L'invasion était presque toujours brusque ; céphalée, injection des conjonctives et larmoiement, douleurs musculaires et articulaires, rachialgie et parfois raideur de la nuque, langue saburrale, vomissements, constipation, excitation nerveuse, fièvre montant brusquement. A la période d'état, on notait les mêmes symptômes, avec une température entre 39 et 40 degrés, la fièvre ayant un type très variable, souvent intermittent ; le pouls était peu accéléré et l'on sait que la dissociation du pouls et de la température est un signe important de la dengue ; les éruptions ont été inconstantes, et polymorphes (exanthème scarlatiniforme, morbilliforme, plus rarement papuleux) ; dans un très petit nombre de cas, on a noté des adénites, soit axillaires, soit inguinales. Après quelques jours, la fièvre tombait, les malades urinaient en plus grande quantité et suaient abondamment ; mais ils restaient fatigués, asthéniques, se plaignant encore de céphalée et de douleurs articulaires, surtout dans les petites articulations des pieds et des mains.

Puis, deuxième période de l'épidémie, tous les convalescents ont rechuté simultanément ; les symptômes et signes furent les mêmes qu'à la première atteinte, avec prédominance d'un syndrome gastro-intestinal très accusé : vomissements bilieux, constipation, douleurs épigastriques et abdominales, foie gros et douloureux ; plusieurs malades ont présenté un ictère assez prononcé. La convalescence fut lente, pénible, fréquemment coupée de paroxysmes fébriles laissant les malades anéantis. Un officier succomba avec des signes d'ictère infectieux et de l'albuminurie ; un second maître eut une congestion pulmonaire double et des troubles nerveux (délire, strabisme, diplopie) ; un matelot fut plusieurs jours dans un état très grave avec des douleurs abdominales violentes, des selles sanglantes, de la prostration.

Discutant le diagnostic de ces cas, M. Bideau montre qu'il s'agissait bien de la dengue ; au début de l'épidémie, les caractères de la maladie étaient très nets ; deux malades, qui avait déjà contracté la dengue en Extrême-Orient, disaient ressentir exactement les mêmes symptômes que lors de leur première atteinte. A la seconde période de l'épidémie, il y eut une grande modification dans la marche de l'affection ; on pouvait penser qu'un élément étranger à la maladie était venu s'y ajouter. Les recherches bactériologiques, les examens de sang, pratiqués à Bahia par les médecins brésiliens, montrent qu'il ne s'agissait ni de paludisme, ni de typhus amaryl, ni de fièvre récurrente, ni de fièvre méditerranéenne ; mais la deuxième période, à cause des symptômes gastro-intestinaux particulièrement accusés, fait songer à une véritable fièvre climatique qui est venue compliquer la dengue initiale.

En ce qui concerne l'épidémiologie de cette dengue, Bideau remarque que la contagion s'est faite certainement pendant le séjour de l'*Antarès* dans le bassin de Dakar, du 3 au 6 octobre ; il n'était pas question de la dengue à ce moment dans le port de Dakar ; mais l'*Ango*, paquebot des Chargeurs, qui occupait la cale sèche avant l'*Antarès*, a été atteint d'une épidémie grave ayant frappé 55 malades sur 56 hommes et les malades de l'*Ango* ont présenté exactement les mêmes symptômes que ceux de l'*Antarès*. Il semble donc évident que l'épidémie a eu son origine dans le bassin de Dakar, où des germes atténuées ont pu acquérir de la virulence sous une influence quelconque et contaminer les deux navires.

En tous cas, l'étiologie de cette épidémie de dengue est assez obscure ; on prétend que la dengue n'est pas contagieuse, qu'elle est transmissible par des moustiques ; or, à Dakar, les culex, les anophèles étaient très nombreux à bord, mais, après quarante-huit heures de mer, tous les moustiques avaient disparu et des cas de dengue sont encore survenus dix jours plus tard. Alors on peut faire trois hypothèses : ou bien l'agent vecteur de la dengue a été le culex, mais il faut accorder à la dengue une période d'incubation beaucoup plus longue qu'on ne l'admet habituellement et pouvant aller jusqu'à dix jours ; ou bien, la maladie est contagieuse d'homme à homme, et la rapidité de la propagation, la généralisation font penser à une maladie contagieuse à un très haut degré ; peut-être encore, la dengue, inoculée d'abord par les moustiques, devient-elle ensuite contagieuse d'individu à individu. Le contage paraît très peu résistant et la période de contagiosité très courte. Ce qu'il faut surtout retenir, c'est la massivité de la contagion ; sur l'*Antarès*, personne n'a été épargné ; même les douze hommes qui n'ont pas interrompu leur service ont tous plus ou moins ressenti des malaises, et deux d'entre eux ont eu des éruptions scarlatiniformes ; ils ont donc été atteints d'une dengue à forme ambulatoire. Notons enfin qu'une atteinte antérieure ne paraît pas conférer l'immunité ; un officier-mécanicien et un maître-armurier, qui avaient déjà eu la dengue en Extrême-Orient, ont été tous deux atteints sur l'*Antarès*.

Examinant plus particulièrement l'épidémiologie de la dengue dans ses rapports avec la marine, Bideau propose les conclusions suivantes :

(1) BIDEAU. Une épidémie de dengue avec complications à bord de l'aviso *Antarès*. *Arch. de méd. et pharm. navales*. 1925, n° 2.

Un navire arrivant dans un port où on signale la dengue, doit mouiller aussi loin que possible et partir au plus tôt; il doit éviter d'appareiller pour une longue traversée, même s'il n'a qu'un ou deux cas de dengue à bord, car il est exposé, au cours de cette longue traversée, à stopper faute de personnel. Alors que beaucoup d'épidémies à mortalité élevée n'entravent pas la marche d'un bâtiment, la dengue, maladie bénigne, risque d'immobiliser un navire en pleine mer. M. BRELET.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

(SÉANCE DU 11 DÉCEMBRE 1925)

Action lipolitique des sucs duodénal et pancréatique. — M. BINET (à propos du procès-verbal) considère que dans la digestion des graisses le suc intestinal joue un rôle important. La lipase intestinale, comme on peut s'en rendre compte in vitro, mélangée à de la bile permet la digestion des graisses, et le même phénomène se produit chez des chiens dépancréatisés.

Ouabaïne en injections intraveineuses chez les cardio-rénaux. — MM. A. CLERC et BASCOURET. Chez vingt et un malades atteints d'insuffisance cardio-rénale associée, les auteurs ont pratiqué des injections intraveineuses d'ouabaïne à la dose de 1/4 de milligramme par jour; la dose totale étant pour la cure de 1 milligramme et demi; en même temps on dosait l'albumine urinaire, l'urée sanguine et l'élimination de la phénolphtaléine. Dans ces conditions, après des cures deux ou trois fois répétées, non seulement aucune aggravation de l'insuffisance rénale n'a été notée, mais encore il se produisit dans la plupart des cas une amélioration des troubles dus à la néphrite, spécialement en ce qui concerne l'albuminurie et l'azotémie. Ces résultats montrent que la néphrite, même chronique, ne constitue pas une contre-indication formelle de l'ouabaïne et qu'il n'y a pas lieu de refuser le bénéfice d'une telle médication aux sujets chez lesquels la défaillance accentuée et chronique du rein se joint à celle du myocarde.

Etude comparative des propriétés hémolytiques du plasma et du sérum des hémoglobinuriques. — MM. P.-E. WEIL et R. STIEFFEL font une étude parallèle du pouvoir hémolytique du plasma et du sérum des hémoglobinuriques. Ces deux liquides se comportent de façon radicalement distincte :

1° A certaines périodes de la maladie, le plasma est clair, alors que le sérum est hémolysé;

2° Les épreuves d'Ehrlich et de Donath et Landsteiner donnent toujours des résultats plus nets pour le sérum que pour le plasma;

3° Le sérum d'hémoglobinurique, injecté à la dose de 5 centimètres cubes dans la veine marginale de l'oreille du lapin (dose non toxique pour les sérums d'individus normaux) provoque, ou la mort du lapin, ou l'hémolyse suivie d'hémoglobinurie.

Ce pouvoir hémolysant du sérum paraît intimement lié au trouble de la coagulation car, d'une part, les périodes d'hémolyse intense sont celles où le temps de la coagulation est le plus abaissé et où la coagulation se fait le plus mal; d'autre part, l'épreuve du bain froid (épreuve d'Ehrlich) provoque, en même temps que l'hémolyse, un vice important de la coagulation et de la formation du caillot.

M. FIESSINGER, à propos d'un cas d'hémoglobinurie, pense qu'à côté des hémoglobinuries d'origine sanguine, il en existe d'origine rénale. Chez son malade, existait un ictère hémolytique sans hémolysines, et l'hémoglobinurie fut guérie par l'émétine. Dans l'urine on retrouvait des amibes. L'hémoglobinurie était due à une amibiase rénale.

Premiers essais de vaccination antituberculeuse par le B. C. G. (bacille Calmette-Guérin). — MM. B. WEILL-HALLÉ et R. TURPIN apportent le résultat de 300 vaccinations personnelles, poursuivies depuis quatre ans, et de 4.517 vaccinations enregistrées par le laboratoire de l'Institut Pasteur depuis juin 1924.

Les vaccinations effectuées sur des nourrissons observés en milieu contaminé se montent à 400 environ.

La mortalité, par toute cause de maladie, sur l'ensemble des sujets vaccinés, ne dépasse pas 6 p. 100.

La mortalité par tuberculose présumée ne figure que pour 0,5 p. 100. Les auteurs soulignent à nouveau l'innocuité de la méthode. Des constatations ultérieures leur permettront de préciser l'immunité conférée, la date et le mode des revaccinations actuellement à l'étude, les variations de la cuti-réaction chez les sujets vaccinés.

Traitement des infections à bacille de Ducrey par le vaccin de Nicolle. — MM. HUDELO et DUHAMEL présentent plusieurs malades atteints d'infections à bacille de Ducrey (chancrelles, adénites chancrelleuses, bubons suppurés collectés, phagédénisme chancrelleux), guéris ou très améliorés par le vaccin de Nicolle. Les auteurs insistent sur la rapidité d'action du vaccin, sur la réaction thermique consécutive à l'injection. En général, au bout de deux à trois injections, guérison presque complète. On peut faire jusqu'à six injections à doses croissantes, une tous les deux jours. Les injections doivent être faites intraveineuses.

COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHONE

(SÉANCE D'OCTOBRE 1925)

Cervico-brachialite rhumatismale aiguë. — MM. H. ROGER, REBOUL-LACHAUX et CHABERT. Chez un malade présentant une algie à début brusque et à exacerbations douloureuses particulièrement vives, les auteurs montrent les principaux points douloureux de cette « sciatique du bras » siégeant plus spécialement à la face postérieure du membre, aux parties latérales du cou, à la région dorsale supérieure paravertébrale; ils insistent sur la mobilisation douloureuse du rachis cervical réveillant une douleur brachiale et sur les paroxysmes extrêmement vifs et rebelles obligeant à une immobilisation du membre supérieur.

Un nouveau cas d'exanthème infectieux épidémique d'origine indéterminée. — MM. Jean PIÉRI et BRUGEAS, à la suite des observations récemment publiées et concernant des cas d'exanthème infectieux apparus dans la région marseillaise, présentent un cas de ce genre paraissant typique. Il s'est caractérisé par un début brutal avec rachialgie, température à 40 et éruption généralisée de petites papules morbilliformes n'épargnant pas la face. On put également observer de l'énanthème, de l'albuminurie, de la prostration et une forte injection conjonctivale. La réaction au Proteus X^{19} et les autres examens de laboratoire furent négatifs. L'évolution fut bénigne comme pour les cas précédemment décrits. Aucune étiologie franche ne put être incriminée. L'attention des auteurs fut attirée par la présence d'une croûtelle noirâtre siégeant à la cuisse et ayant précédé de quelques jours le début de la maladie.

Crampe des écrivains et côte cervicale. — Le malade de MM. H. ROGER et HUGUET, atteint de crampe des écrivains, est à la fois un ancien spécifique et un ancien tuberculeux du sommet droit; mais ces deux étiologies ne paraissent pas en cause. Les auteurs incriminent une côte cervicale particulièrement développée. Comme dans bon nombre de crampes, dites des écrivains rencontrées par eux, les spasmes paroxystiques ne sont pas limités à l'acte professionnel.

Un cas de maladie de Hogdkin. — MM. CASSOUTE, Fernand TRABUC et J. DIAZ.

Syndrome de Claude-Bernard-Horner dissocié et hémiatrophie faciale chez une syringomyélique fruste avec amyotrophie Aran-Duchenne et côte cervicale. — MM. H. ROGER, J. REBOUL-LACHAUX et CHABERT.

Action des doses thérapeutiques de chlorhydrate d'émétine sur la tension artérielle des tuberculeux pulmonaires. — MM. Ch. MATTEI, A.-P. DONATI et G. DARCOURT. Les

injections hypodermiques de chlorhydrate d'émétine à la dose de 8 centigrammes par jour pendant quatre ou six jours provoquent un abaissement de la pression systolique chez la plupart des tuberculeux pulmonaires sans grandes modifications de la minima et de l'indice oscillométrique. Chez les tuberculeux à tension normale ou faible cet abaissement peu accentué (1 à 3 centimètres) n'apparaît qu'après la deuxième ou la troisième injection hypodermique. Chez les tuberculeux hypertendus la baisse de la maxima est au contraire assez considérable dans nos observations (4 à 7 centimètres) et survient dès la première injection hypodermique. L'indice peut être ici diminué d'amplitude. Dans tous les cas la chute de la maxima s'accentue au cours de la cure. Elle persiste souvent pendant quatre, six, huit jours après la dernière dose de chlorhydrate d'émétine à cause du pouvoir d'accumulation de l'émétine. Ces modifications électives de la maxima paraissent devoir être rattachées principalement à l'action toxique de l'émétine sur le myocarde, établie par l'expérimentation chez l'animal et par les observations des phénomènes cardiaques caractéristiques de l'intoxication émétinienne chez l'homme.

ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THESES

Mardi 22 décembre. — Jury : MM. Duval, président; Terrien, Velter et Mocquot. — M. Ropers (G.). De l'avenir du rein après la suture de l'uretère. — M. Derbyshire (J.). A propos de quelques cas de phlébite. — M. Godard (D.). Trois expériences nouvelles d'ophtalmologie. — M. Rousseau (S.). Etude du traitement des affections oculaires aiguës.

Jury : MM. Achard, président; Prenant, Mulon et Binet. — Mlle Duboc (Th.). Etude des glandes de l'œil. — M. Milovanovitch. Le rôle de la syphilis dans les scléroses viscérales. — M. Damoudy. Sur la migration de projectile à travers le système circulatoire.

Jury : MM. Gilbert, président; Bernard, Bezançon et Brumpt. — M. Salmon. Considérations anatomiques sur quelques lésions du foie des tuberculeux. — M. Chabaud. La bilatéralisation et sa thérapeutique. — M. Thomopoulos. Etude de la phrénicotomie. — M. Izzet bey. La prophylaxie des helminthiases en Egypte. — M. Coudray. Sur un cas d'amygdalite.

(Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Ménétrier, président; Jeannin, Brindeau, Moussu, Dechambre et Robin. — M. Sidki Chukri. Le mouton de Turquie. — M. Midhat. La chèvre angora. — M. Boulaud. De l'embryotomie par la scie-fil. — M. Champagne. Dystocies par déplacement de l'utérus.

Mercredi 23 décembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Roger, président; Brumpt, Ombrédanne, Moussu, Coquet, Bourdelle et Maignon. — M. Wagner. Le système nerveux de l'adrénalino-sécrétion. — M. Duchène. Etude de la botryomycose. — M. Haan. Les aplombs en pathologie.

QUESTION D'INTERNAT

TORSION DES KYSTES DE L'OVAIRE

DÉFINITION

La torsion est une des plus graves complications qui peuvent survenir au cours de l'évolution d'un kyste de l'ovaire. C'est en partie la crainte de cet accident qui doit dès le diagnostic posé de cette tumeur faire procéder à une ovariotomie.

Le diagnostic de la torsion d'un kyste est l'un des plus délicats parmi les diagnostics d'urgence. La vie de la malade dépend de l'intervention immédiate.

ÉTIOLOGIE

Quels kystes se tordent? — Ce sont les kystes de l'ovaire peu volumineux, mobiles, à long pédicule, qui sont le plus exposés à la torsion. Alors que le *kyste pelvien* qui tend à s'enclaver détermine souvent de façon précoce des troubles de compression, le *kyste abdominal* reste fréquemment latent jusqu'au jour où il subit une torsion.

Pourquoi se tordent-ils? — La torsion peut être spontanée.

Elle est plus souvent *provoquée* par un choc, par des efforts violents, *par la déplétion de la cavité abdominale* : miction, défécation, ACCOUCHEMENT. Nous verrons, en effet, combien la torsion est fréquente dans les suites de couches.

Comment se tordent-ils? — La torsion dépend d'une rupture de l'équilibre de la tumeur pédiculée dans la cavité abdominale. On a dit que la disposition anatomique des vaisseaux pouvait jouer un rôle favorisant. En effet, les veines flexueuses forment un arc dont l'artère est la corde et la torsion des veines autour de l'artère amorcerait celle du kyste.

La torsion se produit classiquement :

A droite, dans le sens des aiguilles d'une montre.

A gauche, dans le sens inverse.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les conséquences de la torsion sont variables suivant le degré de la sténose produite.

Pratiquement, tout dépend de la rapidité avec laquelle elle s'effectue.

Une TORSION AIGUË donne une sténose serrée : le pédicule est plusieurs fois contourné sur lui-même, l'utérus a souvent subi une torsion axiale. La tumeur est vouée au sphacèle.

Une TORSION LENTE produit au contraire seulement l'arrêt de la circulation veineuse ; on peut observer des infarctus, des *hémorragies intrakystiques*.

CLINIQUE

Type : la **torsion aiguë**.

Début. — La femme *brusquement* ressent une douleur atroce dans le bas-ventre.

Douleur syncopale à localisation basse, hypogastre ou flancs, tel est le signe de début que par l'interrogatoire l'on s'attachera à retrouver.

Souvent des vomissements l'accompagnent.

Etat. — Quelques heures après, à l'hôpital :

SIGNES FONCTIONNELS. — La malade *souffre*, mais moins, la douleur est plus diffuse.

Elle peut *vomir*, vomissements bilieux.

Il peut y avoir *arrêt des matières et des gaz, mais de façon non absolue.*

SIGNES GÉNÉRAUX. — *Le facies* est crispé, la voix éteinte.

Le pouls petit, rapide.

PAS DE FIÈVRE, *le plus souvent*.

SIGNES PHYSIQUES. — L'*abdomen* est *tendu*, météorisé, et sous la paroi qui *se laisse mal déprimer* on devine, plus qu'on ne sent, une masse arrondie, mal limitée, douloureuse.

ON INTERROGE LA MALADE. — Si le kyste est connu, le diagnostic s'impose.

S'il est méconnu, ou ne s'est révélé que par l'*aménorrhée*, on hésite.

AU TOUCHER VAGINAL, dans les cas heureux, on trouve :

Le col élevé et dévié latéralement.

Une tumeur qui bombe dans un cul-de-sac, dure, douloureuse, fixe et tendue, donnant beaucoup plus l'impression d'une masse solide que liquide.

AU TOUCHER RECTAL, on sent la *corde du pédicule tordu* horriblement douloureuse.

Mais bien souvent le tableau est moins net. — On se trouve en présence d'un syndrome douloureux de l'abdomen, syndrome bâtard qui tient de la perforation et de l'occlusion.

PERFORATION? — Il y a eu, en effet, une douleur syncopale, mais il n'y a pas de contracture, il n'y a pas le ventre de bois qui signe la péritonite commençante ; le ventre est seulement tendu, *météorisé*.

OCCLUSION ALORS? — Et, en effet, il y a arrêt des matières et des gaz ; mais il n'est *pas absolu*.

Rien ne fait penser à un kyste de l'ovaire. On hésite à poser un diagnostic exact, mais l'heure n'est pas de tergiverser. ON SENT que la situation est grave, qu'il faut intervenir sans tarder. Le siège bas de la douleur localise le tracé de l'incision. On trouve un kyste violacé ou déjà sphacélé.

ÉVOLUTION

Opéré. — Guérison.

Non opéré. — La mort est presque fatale.

Par péritonite ou *shock péritonéal.*

Par occlusion intestinale si une anse adhérente a été entraînée dans la torsion.

Rares, en effet, sont les cas où les symptômes rétrocèdent.

Cette guérison spontanée est plus le fait des *torsions lentes* que nous allons maintenant étudier.

FORMES CLINIQUES

I. **La torsion lente** incomplète est très fréquente. Souvent *découverte d'intervention* au cours d'une ovariotomie pour kyste simple, elle a cependant assez fréquemment une expression clinique.

La femme subit des *crises douloureuses à répétition* de siège hypogastrique ou iliaque qui s'accompagnent parfois de vomissements, de ballonnement du ventre. Ces signes disparaissent en quelques heures ou quelques jours, mais chaque poussée de torsion laisse le kyste plus gros, plus douloureux.

Des adhérences se produisent (par *péritonite plastique périkystique*), fixent le kyste, aboutissent au *blocage*, créant des *difficultés opératoires* et *favorisant l'infection du kyste.*

Des complications sont chaque fois possibles : l'*hémorragie intrakystique* et la *rupture*.

L'hémorragie intrakystique est rarement assez considérable pour créer un syndrome d'inondation péritonéale. Le plus souvent on la découvre en intervenant sur un kyste qui vient de subir une poussée douloureuse que l'on a cru être une torsion.

La rupture donne lieu à une douleur brutale qui s'accompagne de signes de shock péritonéal et de contracture réflexe. Une ascite libre se produit en cas de gros kyste et la résorbtion de cet épanchement va être marquée par une polyurie transitoire, des sueurs abondantes.

Plus rarement la rupture se fera dans le rectum et cela en cas d'adhérences préalables. Dans l'un et l'autre cas l'*infection* est possible.

II. **Torsion et gestation.** — **La torsion** ne s'observe que dans les kystes abdominaux. Elle peut se produire à deux périodes :

a. *Du deuxième au quatrième mois de la gestation ;*

b. *Dans les suites de couches* surtout.

DIAGNOSTIC

Ne se pose que si le kyste est méconnu. Nous discuterons seulement :

La torsion aiguë. — Deux gros diagnostics : perforation, occlusion.

1° **Occlusion intestinale?** — Mais les vomissements ne sont pas très fréquents, l'*arrêt des gaz n'est pas absolu.*

2° **Perforation appendiculaire?** — Mais la *douleur a été plus basse* que le Mac Burney. Il n'y a pas à proprement parler de *contracture de l'abdomen*, le ventre est seulement tendu.

3° **Affaire génitale alors, mais laquelle?** — Il n'y a pas eu de retard de règles récent, il n'y a pas de signes d'hémorragie interne, pas d'anémie. Ce n'est donc pas une *inondation péritonéale.*

Rupture de pyosalpinx, torsion d'un kyste de l'ovaire, tels sont les deux diagnostics qui restent en présence. En faveur du pyosalpinx, viendront s'inscrire la fièvre, la réaction péritonéale, bien que la contracture ne soit *jamais très marquée dans ces cas*, tout au moins au début, alors que la péritonite est encore pelvienne.

Quant à la *torsion d'un fibrome*, ce n'est pas un diagnostic différentiel clinique. Si l'on arrive au diagnostic de torsion, on pense à celle d'nn kyste de l'ovaire et c'est après laparotomie que l'on s'assure s'il s'agit de l'une ou l'autre.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.

N° 103. — SAMEDI 26 DÉCEMBRE 1925. 98e ANNÉE. SAMEDI 26 DÉCEMBRE 1925. — N° 103.

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL
PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais
dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement
pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE.* . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

HÔPITAUX DE PARIS. — MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Boucicaut : MM. Trémolière et Courcoux; Hôtel-Dieu : MM. Rathery et Halbron; Salpêtrière : M. Crouzon; Bretonneau : M. Grenet; Ambroise Paré : MM. Abrami, J. de Jong et Lemaire; Andral : MM. Faure-Beaulieu et Monier-Vinard; Laënnec : M. Rivet; Dubois : M. N. Fiessinger; Broca : MM. Sézary et Tixier; Ménages : M. Chiray; Charité : M. Laederich; Bicêtre : M. Vallery-Radot et Gougerot; Sainte-Périne : M. Marcel Pinard; Debrousse : M. Ameuille; Ivry : M. Milhit.

— CONCOURS DE L'INTERNAT. — Séance du 21 décembre. — — Questions données : « Symptômes et diagnostic de la syphilis linguale. — Signes et diagnostic des rétrécissements non cancéreux de l'œsophage. »

MM. Dupuy (Raymond) et Georges (Maurice), 25; Veslat (Jacques), 21; Bureau (Robert), 27; Avril (Louis), 26; Mlle Rappoport (F.), 21; Segond (Robert), 20; Delhil (P.) et Richier (Jacques), 26; Saingery (Robert), 17.

Séance du 22 décembre. — Questions données : « Symptômes et diagnostic de l'hémorragie cérébrale. — Signes et pronostic de la fracture de Dupuytren. »

MM. Cohen-Deloro (Emile), 17; Quivy (Jacques), 22; Casaubon (André), 23; Zadoc-Kahn (Bertrand), 26; Mouchet (Alain), 23; van der Horst (Hébert), 21; Corman (Louis) et Servel (Maurice), 27; Faraut (Jean), 21; Deslandres (J.), 23.

— Le concours s'est terminé par les nominations suivantes :

1° *Internes titulaires.* — 1. MM. Pascal, Grinda, Thiébault, Ombrédanne, Bureau (Yves), Fleury, Cahen (Robert), Cournand, Luzuy, Funck,

11. Lyonnet, Mével, Bureau (R.), Petrignani, Lièvre, Nativelle, Puech, Mlle Zimmer, MM. Michel-Béchet, Duncombe,

21. Rivoire, Soulié, Baillis, Bidoire, Dulac, Derot, Cadilhac, Maximin, Mlles Maas, Desbrousses,

31. MM. Mouchet, Bompart, de Sèze, Augier, Louvel, Richier, Ragu, Sicard (André), Baron (Pierre), Barragué,

41. Weill (Jean), Paris (Pierre), Padovani, Mlle Laurent, MM. Sicard (Robert), Sébileau, Nédelec, Darfeuille, Coudrain, Mlle Wolff,

51. MM. Delage, Sigwald, Berdet, Poummeau-Delille Hurez, Frantz, Beaugeard, Tariel, Alibert, Zadoc-Kahn,

61. Moatti, Pinoche, Poumailloux, Rossert, Mlle Boegner, MM. Sourdille, Liège, Ganem, Mlle Rappoport, MM. Chaperon,

71. Bucquoy, Filliol, Dupuy, Imbert, Gorostidi, Polliasson, Bergouignan, Mlles Maldan, Scherrer, MM. Ducas,

81. Willemin, Mayer, Levaxellaire, Stéhelin, Servel.

2° *Internes provisoires.* — 1. MM. Corman, Dublineau, Darré, Beaux, Triau, Minot, Rollet, Ravier, Cordier, Saint-Pierre,

11. Mlle Lefilliâtre, MM. Duménil, Périn, Pellé, Fouquet, Merklen, Mlles Bardy, Houzeau, MM. Georges (Maurice), André (Georges),

21. Vincent, Mlle Lequin, MM. Calmels, Massot, Abd el Nour, Lejeune, Davioud, Lemoyne, Canonne, Avril,

31. Chureau, Rudolf, Priollet, Lereboullet, Sée, Guillot, Guillot, Delthil, Gomet, Vuillième, Mlle Lacan,

41. MM. Bachelier, Qnerneau, Gallais, Degos, Lenègre-Thourin, Mlle Lévy (Françoise), MM. Guérin (Philippe), Berton, Saingery, Segond,

51. Guillon, Mlles Buscan, Abricossoff, MM. Chadourne, Loeb, de Langenhagen, Mlles Dartin, Papaionnon, Wertheimer, MM. Lapiné,

61. Rault, Roy, Robin, Renard, Guédé, Wolff (André), Gaulier, Thoyer, Odinet, Hébert,

71. Quivy, Gaucher, Even, Gerson, Bartes, Mlle Bastien, MM. Deslandres, Lançon (Joseph), Mlle Choquart, M. Racine,

81. Mlle Landowski.

HÔPITAUX DE PROVINCE. — BORDEAUX. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes : MM. Mathey-Cornat, Dervillée, Barde, Donnadieu, Mondain, Cloup, Ducaud, Lecoulant, Delas, Grangé, Auché, Bouc.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG. — CLINIQUE NEUROLOGIQUE. — Le docteur Draganesco (de Bucarest) est nommé chef de clinique, pour une année, en remplacement du docteur Morin.

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — M. le professeur Gustave Roussy est chargé de mission au cabinet du ministre de l'Instruction publique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — Le bureau pour 1926 est ainsi composé : président M. Auvray; vice-président M. Michon; secrétaire général M. Lenormant; secrétaire annuel M. Proust.

HOMMAGE AU PROFESSEUR HAUSHALTER. — Un groupe d'amis du regretté professeur de clinique médicale infantile P. Haushalter s'est réuni dans le but de lui rendre hommage par un médaillon commémoratif dont une réplique pourra être offerte aux souscripteurs.

La souscription d'au moins 50 francs donnera droit à une réplique en bronze, celle d'au moins 200 francs à une réplique en argent.

Prière d'adresser les adhésions et les souscriptions à M. le docteur Goepfert, 58, faubourg Saint-Jean (Chèques postaux, Nancy 124-12).

JOURNÉES MÉDICALES DE PARIS. — Les Journées médicales de Paris auront lieu en 1926 sous la présidence de M. le professeur Widal les 15, 16, 17 et 18 juillet.

La séance d'inauguration se tiendra uu Grand Palais le jeudi 15 juillet à 10 heures du matin; elle comportera une conférence de M. le professeur Calmette sur la vaccination antituberculeuse.

Au cours de ces journées, dans les matinées des 16, 17 et 18 juillet, des démonstrations d'ordre essentiellement pratique seront faites dans les hôpitaux publics et privés sur les nouvelles méthodes de diagnostic et de traitement.

L'après-midi, quelques questions à l'ordre du jour, en petit nombre, seront traitées au Grand Palais, par des conférenciers français et étrangers.

Une exposition organisée au Grand Palais englobera tout ce qui est de nature à intéresser le médecin. Chaque après-midi aura lieu une séance récréative, musique, cinéma, etc. Il est également prévu des soirées théâtrales.

Des voyages aux stations hydro-minérales seront organisés ainsi que diverses excursions, particulièrement une excursion à Reims. Le programme détaillé des conférences, démonstrations, réceptions et excursions sera publié sous peu.

MÉDECINS PARISIENS DE PARIS. — Le dîner des médecins parisiens de Paris a eu lieu le 15 décembre sous la présidence du docteur Dartigues.

Etaient présents : MM. Barry, Blondel, Bollack, Bongrand (Jules), Cachera, Chauvelot, Dartigues, Descoust, Devraigne, Didsbury, Fège, Galliot, Gillet, Gréder, Lenormant, Le Roy des Barres, Lotte, Loubier, Mock, de Monchy, Piot, Prost, Quiserne, Sauvez, Schaeffer, Sée, Signoret, Viguerie, Vimont, Vitry, Wallon.

Y prirent entre autres la parole : MM. Vimont, Dartigues, de Monchy, Piot, Blondel, Devraigne, Bongrand (Jules), Sée et Prost.

Il fut aussi question du dîner annuel qui aura lieu en février et d'un dîner inter-Sociétés médico-régionales dont la date n'est pas encore fixée.

On évoqua le souvenir du docteur Desnos, membre récemment décédé et unanimement regretté.

Des félicitations furent adressées au professeur P. Duval, nommé membre de l'Académie de médecine, et au docteur Lobligeois, victime de la science, des vœux de prompt rétablissement.

MM. Faure-Beaulieu, Dubois-Roquebert et Astruc furent élus membres de la Société.

BUREAU MUNICIPAL D'HYGIÈNE DE GRASSE. — La place de directeur du bureau d'hygiène de Grasse est déclarée vacante. (*J. O.*, 22 déc. 1925.)

CHRONIQUE

LEÇON INAUGURALE DU PROFESSEUR VINCENT AU COLLÈGE DE FRANCE

Une leçon inaugurale au Collège de France n'a rien de la pompe officielle d'une première à la Faculté de médecine. Mais la simplicité voulue de la cérémonie à laquelle nous avons assisté mardi, empruntait aux souvenirs de l'illustre maison, à la personnalité aussi du nouveau professeur d'épidémiologie une véritable grandeur.

Autour de M. Vincent avaient pris place M. Maurice Croiset, administrateur du Collège de France, MM. d'Arsonval, Nattan-Larrier, Capitan, ses nouveaux collègues. Dans la salle, le Val-de-Grâce, l'Académie des Sciences, l'Académie de Médecine étaient brillamment représentés. Les élèves et les amis de M. Vincent étaient venus en foule. Parmi eux nous devons citer particulièrement ses anciens camarades d'internat des hôpitaux de Bordeaux.

M. Vincent ne pouvait se défendre d'une sincère émotion en prenant la parole dans une maison où il a eu comme prédécesseurs Corvisart, Laennec, Magendie, Claude Bernard, Brown-Séquard, Ranvier et Marey.

Après avoir salué ces noms illustres le nouveau professeur envoie un souvenir ému à ses maîtres du Val-de-Grâce : Villemin, Laveran, Kelsch.

La *Gazette des hôpitaux* devant avoir le grand honneur de publier très prochainement cette admirable leçon, nous nous garderons de la déflorer en tentant de l'analyser.

Nous sommes cependant bien obligés de constater que l'exposé magistral fait par M. Vincent de l'évolution de l'épidémiologie est très incomplet, le professeur ayant passé sous silence ses propres travaux.

Cette modestie ne saurait surprendre de la part du grand savant.

Les applaudissements chaleureux de l'assistance lui ont d'ailleurs montré que personne n'oublie cette suite admirable de découvertes qui ont fait de leur auteur une des gloires de la science française et un des bienfaiteurs de l'humanité.

F. L. S.

RENSEIGNEMENTS

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — LES SPORTS D'HIVER AU MONT-REVARD ET A CHAMONIX-MONT BLANC (train rapide de nuit avec places de luxe 1re et 2e classes). — Pour faciliter l'accès aux stations de sports d'hiver de la Savoie un train rapide de nuit avec couchettes, lits-salon, 1re et 2e classes, wagon-restaurant est mis en circulation entre Paris, Aix-les-Bains, Saint-Gervais et Chamonix, à partir du 18 décembre au départ de Paris et du 19 décembre au départ de Chamonix.

Aller : Paris, départ, 20 h. 55; Aix-les-Bains-Mont Revard, arrivée, 6 h. 28; Sallanches-Combloux (Mégève-Mont d'Arbois), arrivée, 10 h. 21; Saint-Gervais, arrivée, 10 h. 34; Chamonix-Mont Blanc, arrivée, 11 h. 50.

Retour : Chamonix-Mont Blanc, départ, 17 h. 23; Saint-Gervais, départ, 18 h. 58; Sallanches-Combloux (Mégève-Mont d'Arbois), départ, 19 h. 09; Aix-les-Bains-Mont Revard, départ, 22 h. 49; Paris, arrivée, 9 h. 10.

REVUE GÉNÉRALE

LES LOCALISATIONS CÉRÉBRALES [1]

Par M. ANTOINE RAYBAUD,
Interne des hôpitaux de Marseille.

2° LOCALISATIONS SENSORIELLES OPTIQUES. — La zone de projection corticale des fibres optiques occupe la face interne et l'extrémité postérieure du lobe occipital. Elle correspond aux aires 17 et 18 de Brodmann. Les anatomistes ne sont pas d'accord sur les limites exactes de cette zone. Chez l'homme elle est manifestement très voisine de la scissure calcarine (Henschen) et déborde plus ou moins cette scissure au-dessus ou dessous. Son siège principal est la scissure calcarine; ses sièges secondaires paraissent être les 5e et 6e circonvolutions occipitales.

La *scissure calcarine*, *K*, sillon du petit hippocampe ou 5e sillon occipital o5 doit son nom à sa pénétration dans la corne occipitale du ventricule latéral où elle va former le « calcar avis » ou ergot de Morand. Elle naît en arrière sur la partie interne de l'hémisphère à 4 centimètres du pôle occipital par deux branches; elle se porte horizontalement en avant, au-dessus du bord inférieur interne de l'hémisphère, reçoit la scissure occipitale, s'infléchit en bas et en avant, et se termine sur le bord externe de la circonvolution du corps calleux. En s'unissant à la scissure occipitale interne, elle forme un Y dont la tige, qui paraît appartenir à la scissure occipitale, appartient en réalité à la scissure calcarine comme le montrent l'anatomie comparée et la présence d'un pli de passage, cunéolimbique. Entre les deux branches de l'Y, le cunéus ou 6e circonvolution occipitale. La scissure calcarine est longue de 2 centimètres, très profonde, elle est bi- ou tri-furquée dans la profondeur.

Au-dessus de la scissure, la 6e circonvolution occipitale, triangulaire, tout entière à la face interne de l'hémisphère; appelée aussi « cunéus » (Burdach), coin ou lobule cunéiforme.

Au-dessous de la scissure, la 5e circonvolution occipitale.

Conti a montré que dans la sphère occipitale l'épaisseur du manteau est moindre qu'au niveau des circonvolutions centrales et du lobe pariétal. C'est dans l'épaisseur du manteau de la face interne du lobe occipital que Baillarger a pu distinguer à l'œil nu 6 couches blanches et grises alternées. L'une de ces stries, la strie externe, caractéristique par son grand développement, a reçu le nom de raie de Gennari ou ruban de Vicq d'Azyr.

Microscopiquement, les 3 couches superficielles ne se distinguent pas des mêmes couches dans le reste de l'écorce. Dans la 4e couche apparaissent les cellules caractéristiques du centre visuel « les cellules étoilées géantes ». Elles sont surtout abondantes à la partie supérieure de cette couche, mêlées à des cellules pyramidales moyennes. Leurs dendrites sont très gros et naissent latéralement pour se porter dans toutes les directions. Ces dendrites ne se ramifient jamais dans la couche plexiforme. Le cylindraxe est épais, se détache de la face inférieure du neurone et se rend au centre ovale. A la place des 5e et 6e couches, nous trouvons 3 couches différenciées : la moyenne est formée de cellules pyramidales géantes, l'externe et l'interne de cellules à cylindraxe arqué ascendant se terminant probablement dans la 2e et la 3e couches, peut-être dans la couche plexiforme. Les fibres afférentes, caractérisées par leur gros calibre, montent obliquement dans l'épaisseur du manteau jusqu'à la couche des cellules étoilées géantes; là elles deviennent horizontales et constituent un plexus : la raie de Gennari. Elles s'articulent avec des cellules à cylindraxes courts ou longs de la deuxième couche. Les cellules à cylindraxes courts servent de relais entre les fibres optiques et les cellules pyramidales.

Les premières connaissances physiologiques sur cette zone datent des travaux de Flourens (1842) et de Munk (1877).

Depuis, les travaux de Steiner, de V. Monakow, de Henschen surtout, éclairent la question. La guerre permet par le grand nombre des blessures cérébrales de compléter nos connaissances et de confirmer cette « extraordinaire systématisation du lobe occipital » (Chatelin) que l'on peut actuellement considérer comme classique.

Plusieurs arguments peuvent être invoqués en faveur de la conception classique qui fait du lobe occipital le centre seusoriel optique.

Les expériences d'excitation sur l'animal sont peu démonstratives; sur l'homme elles sont rares; mais les troubles de la pathologie civile et surtout de la pathologie de guerre ont sur ce point la valeur de l'expérience. En effet les sensations perçues par les malades atteints de troubles circulatoires du lobe occipital ou des blessés de ce lobe sont toujours, au moment où survient le trouble circulatoire ou la blessure, des sensations lumineuses : flammes ou éclairs, points brillants mobiles ou immobiles, en général de couleur rouge. Ces flammes traversent le champ visuel avec grande rapidité et s'éteignent rapidement. Si la vision, perdue d'abord dans tout le champ visuel, se rétablit en partie, ces mêmes sensations lumineuses sont de nouveau perçues, de plus en plus nettement à mesure que se rétablit la vision dans les portions non atteintes.

Les expériences d'ablation ou de destruction pathologiques sont plus nombreuses. Flourens observe en 1842 que l'ablation des parties supérieures du cortex du pigeon détermine de la cécité. Munck détermine par ce procédé la sphère visuelle en 1877. Depuis les expériences ont montré que chez les animaux à décussation partielle (chien, singe) l'ablation unilatérale de l'écorce occipitale détermine l'hémianopsie bilatérale homonyme; l'ablation des parties limitées donne des lacunes dans le champ visuel de l'œil opposé; l'ablation bilatérale complète produit une cécité complète irrégressible. Cependant la cécité ainsi obtenue n'est pas la même que si la lésion porte sur les organes périphériques : l'animal se dirige bien, c'est-à-dire voit le monde extérieur, mais ne peut rien reconnaître. Il y a cécité psychique. Il en est de même chez l'homme, qui perçoit les sensations lumineuses mais non les images ou les représentations optiques. L'homme peut perdre la vision des mots : c'est la cécité verbale, le malade est alors comme un individu ne sachant pas lire. Cette affection serait produite par une lésion du lobule pariétal supérieur avec ou sans participation du pli courbe, et appartient à l'aphasie avec laquelle nous l'étudierons. Depuis, de nombreux travaux, vérifient et com-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 101, p. 1645.

plètent ces notions, et l'on peut actuellement résumer ainsi nos connaissances sur la physiologie du centre sensoriel optique cortical :

La projection optique se fait principalement sur la scissure calcarine, débordant légèrement en haut sur O_5 et en bas sur O_6.

Chaque région calcarine reçoit des fibres des deux rétines. Chaque rétine se projette point par point à la surface de l'écorce du lobe occipital, principalement de la scissure calcarine que Henschen appelle « la rétine corticale ». De chacune des deux lèvres de la scissure calcarine, K, la supérieure correspondrait au cadran temporal supérieur de la rétine du même côté et au cadran nasal supérieur de la rétine du côté opposé, l'inférieure au cadran temporal inférieur du même côté, nasal inférieur du côté opposé (Henschen). La macula se projetterait différemment suivant les auteurs. Pour certains, elle se projetterait à la partie antérieure de K, pour d'autres (Wildbrand-Sanger, Inoye, la majorité des auteurs contemporains) elle se projetterait au contraire sur la partie toute postérieure de K. Une lésion limitée de la sphère visuelle corticale d'un côté se traduit par un scotome hémianopsique dans la moitié opposée du champ visuel de chaque côté, c'est-à-dire qu'une lésion du lobe occipital gauche par exemple, déterminera une hémianopsie bilatérale droite (P. Marie et Chatelin). La cécité corticale ne serait alors qu'une hémianopsie cérébrale double.

Il restait à débattre les questions de notion de distance et de couleurs. Les idées d'espace paraissaient dépendre de l'intégrité du lobe occipital. Quant aux notions de couleurs la question est très débattue. On sait que dans certaines lésions du lobe occipital la cécité peut porter sur la lumière ou sur les couleurs, l'un pouvant disparaître avant l'autre. Forster semble montrer que la perte de la vision des couleurs nécessite des lésions étendues. Landolt, Wildbrand admettent un centre spécial et une couche de cellules spéciales pour la vision des couleurs. Wildbrand en particulier explique la dissociation symptomatique des notions de couleurs, de lumière et de forme, en supposant qu'il existe dans la couche corticale trois couches superposés :

1° Une couche superficielle, centre de la vision des couleurs;

2° Une couche moyenne, centre de l'acuité visuelle en rapport avec la vision des formes, et le sens de l'espace;

3° Une couche profonde, la plus proche des radiations optiques, centre du sens de la lumière.

Ces conclusions ne sont pas admises par tout le monde et Henschen admet que la lumière et les couleurs coïncident. De plus récentes recherches ont paru confirmer cette dernière opinion.

L'irrigation de la zone optique appartient à la branche occipitale postérieure de la cérébrale postérieure. Cette branche est cachée au fond de la scissure calcarine. Elle se dirige vers le pôle occipital et fournit à tout le lobe occipital ainsi qu'à l'ergot de Morand. C'est l'artère de la sphère visuelle. Elle abandonne des rameaux importants, les artères calcarines, à l'écorce calcarine et à la partie inférieure des radiations optiques.

La projection du lobe occipital se fait tout entière au-dessus d'une ligne allant de la base de l'apophyse mastoïde à l'inion. On a cherché à marquer sur le crâne la projection de la scissure calcarine. On doit rappeler les essais intéressants et fructueux de Chatelin qui jalonna sur un cerveau durci « in situ » cette scissure par un fil et des grains de plomb, et fit radiographier le cerveau en place. La comparaison d'un tel cliché avec les clichés obtenus chez les blessés du crâne atteints de troubles oculaires a permis de localiser avec fruit les projectiles causes de ces troubles.

3. Localisations sensorielles cocléaires. — Le centre cortical de projection des fibres auditives occupe le tiers moyen de la première circonvolution temporale, principalement la lèvre supérieure de cette circonvolution, au voisinage de l'insula (Probst) et, en partie, d'après Cajal, l'écorce du lobe de l'insula. Il correspond aux aires 41 et 42 de Brodmann. Il reçoit les fibres appartenant au neurone de terminaison d'une voie centrale dont l'origine se trouve dans le corps genouillé interne, où se termine la majeure partie du ruban de Reil latéral.

La première circonvolution temporale T_1 ou temporale supérieure, grêle et flexueuse, constitue la lèvre inférieure de la scissure de Sylvius. Elle se soude à la pariétale inférieure entre le lobule antérieur et le lobule postérieur.

Le lobe ou *lobule de l'insula* occupe le fond de la scissure de Sylvius entre le lobe frontal et le lobe temporal. Pyramidal, ayant la forme d'une coquille bivalve, d'un poing fermé, il comprend cinq circonvolutions, où Eberstaller et Nelidoff distinguent deux groupes : le groupe antérieur (I_1, I_2, I_3) et le groupe postérieur (I_4, I_5). Le lobe droit est en général plus développé que le lobe gauche (Nelidoff).

Cette zone est caractérisée histologiquement comme elle l'est physiologiquement. Son autonomie est due à la présence de cellules particulières qui se rencontrent dans toutes ses couches sauf dans la première (Cajal). Elles sont volumineuses (40 à 50) à dentrites multiples, trois au moins, s'échappent latéralement de la cellule et cheminant horizontalement avec une légère tendance à gagner les couches supérieures sans jamais atteindre la couche plexiforme. Leur cylindraxe, plus épais que celui des cellules pyramidales géantes ne plonge dans le centre ovale qu'après avoir parcouru un certain trajet horizontal. Cajal a montré que l'écorce de l'insula était semblable à l'écorce de T_1. Ce caractère lui permet de rattacher le lobe de l'insula à la zone acoustique.

On ne connaît pas assez la structure de l'avant-mur, émanation de l'écorce insulaire, pour pouvoir le rattacher aux centres auditifs ou l'en séparer.

Les cylindraxes afférents à l'écorce auditive forment un lacis surtout marqué au niveau de la couche des grains, où ils se mettent en rapport avec les neurones corticaux, et où ils constituent la strie externe de Baillarger.

La démonstration du rôle du centre auditif est due à Meynert et à Wernicke. C'est au cours de recherches sur la zone auditive que celui-ci découvrit l'aphasie sensorielle qui porte son nom.

Munck avait admis qu'une large destruction de l'écorce temporale chez le singe ou le chien entraînait une surdité temporaire du côté opposé à la lésion, si celle-ci est unilatérale, permanente et bilatérale si on enlève les deux lobes temporaux, L'ablation de l'oreille chez les nouveau-nés de chien ou de lapin paraît suivie d'atrophie du lobe temporal, et chez les sourds-muets les lobes temporaux, le gauche surtout, semblent peu développés. Ces expériences paraissent ne devoir être acceptées

qu'avec réserve depuis que Kallischer, opérant des chiens dressés a montré que les animaux réagissent encore aux sons déjà connus d'eux, après ablation des lobes temporaux. Munck décrivait aussi une localisation des sons suivant leur hauteur. Certains sont revenus sur cette idée, et pensent qu'il existerait au niveau de l'écorce temporale un arrangement régulier correspondant à la position réciproque de l'origine des voies auditives dans l'organe de Corti. Si l'on admet une spécialisation dans les qualités physiques de réception des fibres du limaçon, on peut admettre qu'à des voies différentes conduisant des impressions différentes de hauteur, de timbre ou d'intensité, correspondraient des régions corticales différentes. On a d'ailleurs observé des surdités tonales lors de lésions corticales très localisées chez l'homme au niveau de la sphère auditive.

Chez l'homme, la destruction limitée de la zone temporale n'empêche pas la réaction aux bruits et aux sons, mais entraîne la surdité psychique : le malade ne rattache plus les sons à leur cause, les sons ne lui rappellent rien. Dans certains cas, seule la reconnaissance des mots parlés est détruite ; nous y reviendrons au sujet du centre de mémoire auditive.

Nous verrons au sujet des centres réflexes le rôle moteur de la zone auditive.

La zone auditive est irriguée par l'artère cérébrale moyenne qui par sa branche de la première temporale irrigue T_1 et par des rameaux issus de son tronc irrigue le lobe de l'insula.

La première temporale se projette le long de la ligne sylvienne, au-dessous de celle-ci. La pointe du lobe temporal qui marque l'extrémité de T_1 et le sommet du lobe de l'insula est situé à 1 cm. 5 en arrière de l'apophyse orbitaire externe de l'os frontal, à 2 centimètres au-dessus de l'apophyse zygomatique.

4. Localisations sensorielles vestibulaires. — Le centre cortical des sensations vestibulaires se trouverait sur l'écorce des deux circonvolutions pariétales P_1 et P_2 (Mme Bénisty). Nous ne reviendrons pas sur leur description, déjà faite.

Le rôle de l'écorce cérébrale du lobe pariétal comme centre kinétique ressort d'observation de lésions chez l'homme de P_1 et de P_2. On constate des troubles kinétiques sans troubles cutanés. Les études neurologiques de guerre ont permis de mettre en évidence dans les lésions de cette zone l'abolition de la sensibilité profonde, des troubles dans la notion de position, des troubles dans la reconnaissance des objets [astéréognosie] (Mme Bénisty, Chatelin).

Cependant, de ses expériences, H. Cushing conclut au rapprochement étroit des neurones de diverses formes de sensibilité et récuse une localisation topographique distincte des sensibilités profondes.

5. Localisations sensorielles gustatives. — On a décrit un centre gustatif. Celui-ci est mal connu, à cause de la confusion fréquente entre les sensations de goût et d'odorat, et de la rareté des observations cliniques d'agusie de cause centrale. Il paraît être localisé à la région postérieure de la circonvolution de l'hippocampe et confinerait au territoire sensoriel olfactif.

On ne connaît pas le mode de terminaison des fibres à ce niveau. Il semble que ce soient des fibres thalamo-corticales.

Il se peut d'ailleurs que le centre gustatif ne soit qu'une partie du centre olfactif.

6. Nous pouvons rapprocher des localisations sensorielles gustatives, quoique les excitations ainsi créées ne soient pas de fait sensorielles, les perceptions de soif et de faim. On a récemment tenté de les localiser à la face basale du lobe temporal. (Tournay, in *Traité de Psychologie*, de G. Dumas, t. I, p. 25.)

IV. **Localisations réflexes.** — Les centres réflexes sont les centres où va se faire l'articulation schématique entre le neurone sensitif ou sensoriel et le neurone moteur. Les arcs réflexes corticaux ne sont pas formés en général par l'articulation directe entre une fibre ascendante et la cellule motrice. Cependant le fait paraît possible pour les centres auditif, visuel et olfactif. Le plus souvent existe entre le centre de projection des fibres afférentes et le centre des fibres efférentes un ou plusieurs neurones d'association. On ne peut plus alors parler de centre réflexe.

1. Tel est le cas pour les réflexes sensitivo-moteurs corticaux. Ces réflexes qui empreuntent la voie pyramidale (réflexe cutané plantaire, réflexe crémastérien, réflexes cutanés abdominaux) nous sont bien connus. Chacun est dû à la réaction prérolandique à une excitation postrolandiqne transmise par les fibres d'association longues ou courtes.

2. Centre cortical réflexe olfactif :

La voie motrice réflexe est très complexe et donne l'impression de formations vestigiales sans rôle bien actif. L'arc réflexe se fait probablement au niveau de la sphère olfactive. La voie descendante qui en part passe par la bandelette semi-circulaire, le pilier antérieur du trigone, le faisceau moteur olfactif frontal.

3. Centre cortical réflexe visuel :

Il siège au niveau de la sphère visuelle. Les neurones qui donnent naissance à la voie optique réflexe corticale paraissent être les cellules pyramidales volumineuses situées au niveau du plexus sensitivo-sensoriel ou raie de Gennari (Cajal). Les fibres qui en émanent passeraient : 1° par les radiations optiques pour se terminer dans les T. Q. A ; 2° par le faisceau temporo-protubérantiel ou de Meynert pour se terminer dans les noyaux du pont ; 3° par le faisceau pyramidal, tout au moins chez le singe, allant ainsi jusqu'à la moelle (Bonnet).

L'excitation électrique de l'écorce visuelle provoque des mouvements associés des deux yeux et des deux pupilles. Si l'excitation porte sur la partie antérieure de la sphère optique, l'animal porte ses yeux en bas du côté opposé à l'hémisphère excité, et dilate ses deux pupilles. Si l'excitation porte sur la partie postérieure de la sphère visuelle l'animal porte les yeux en haut et du côté opposé à l'hémisphère excité, dilate ses deux pupilles, et soulève ses deux paupières supérieures. Il existe dans la zone rolandique un centre pour les mouvements des yeux : on peut se rendre compte que ce n'est pas lui qu'on excite indirectement en excitant l'écorce occipitale. Les mouvements ainsi provoqués par excitation de la sphère visuelle sont ceux que ferait un animal, qui recevrait une impression visuelle sur le point de la rétine qui se projette sur le cortex au point où a porté l'excitation. Le centre cortical des mouvements de l'iris serait sur la fron-

tière occipito-pariétale. Bianchi trouve un centre mydriatique sur le lobe frontal.

Certains font du centre réflexe visuel un centre infracortical, se basant sur la persistance du réflexe de clignement ou du réflexe d'éblouissement après destruction pathologique ou expérimentale du lobe occipital (Lipman, D. de Barennes).

4. Centre cortical réflexe acoustique :

Il siège au niveau de la sphère auditive, particulièrement sur T_1. On sait qu'en excitant chez les animaux la partie moyenne de T_1 on provoque des mouvements du pavillon de l'oreille. Ce centre semble peu actif chez l'homme, qui a perdu la mobilité de son pavillon auriculaire. Les fibres motrices mises en jeu sont les cylindraxes des cellules pyramidales du centre auditif. Le trajet ultérieur de ces fibres n'est pas connu exactement.

Il pourrait être intéressant de rechercher si l'excitation de la sphère auditive provoque des mouvements des muscles de l'oreille, muscle du marteau, muscle de l'étrier.

5. Centre cortical réflexe vestibulaire :

Ne paraît pas pouvoir être décrit au niveau du cortex cérébral.

6. Le centre cortical réflexe gustatif est inconnu.

Les réflexes corticaux possèdent certains caractères généraux qui les distinguent des réflexes médullaires. Ils sont moins constants, moins réguliers, moins stables, et plus influençables par la volonté.

Ces centres réflexes reçoivent l'excitation qui conditionne le réflexe. Ce centre la choisit parmi d'autres. Il joue le rôle « d'analyseur ». Il dirige ensuite l'excitation choisie et épurée de ses parasites (si l'on peut nous permettre cette comparaison) vers le centre émetteur de la réponse, « l'effecteur ».

Autour de l'analyseur se développe une zone d'inhibition qui bloque tous les influx diffusants, sauf ceux qui circulent entre l'analyseur et l'effecteur (Pavlow, Beritoff).

V. **Localisations psychiques.** (Centres de mémoire, de l'écriture et du langage.) — Il paraît osé de vouloir décrire des zones anatomiquement définies chargées de conserver et d'accumuler nos impressions motrices sensitives et sensorielles. Mais il est puéril, semble-t-il de décrire des centres de mémoire des mots parlés ou des mots écrits. Suivant une remarque de Bergson « l'idée d'un mot ne peut correspondre ni à une cellule, ni à une fibre, ni à un influx nerveux parcourant toujours un trajet défini et toujours identique à lui-même ». Il semble en effet que l'activité nerveuse nécessaire aux phénomènes psychiques se produise d'une manière diffuse dans tout le cortex. Van Gehuchten attire l'attention sur l'importance de la couche plexiforme de l'écorce cérébrale dans la vie psychique. Il considère cette couche comme le véritable substratum anatomique de l'activité psychique et consciente. Quoique souvent la destruction physiologique ou pathologique des zones d'association ou sphères psychique de Flechsig ne soit suivie d'aucun trouble, on a pu localiser sur le cortex certains points dont la destruction paraît conditionner l'impossibilité d'accumuler les images d'ordre olfactif, visuel ou auditif, ou de faire certains actes coordonnés tels que l'écriture ou la parole. Ces centres sont déjà, à priori, de valeur différente, les premiers étant les points où viennent se terminer les cylindraxes des cellules spécifiques du centre sensoriel conjugué, les seconds ne paraissant pouvoir fonctionner que synergiquement avec d'autres centres. Il semble donc plutôt que pour eux, on ne puisse parler de centres vrais, mais de nœuds de fibres, de points de passage, de croisement, de carrefour de fibres, comme Nothnagel, Bernheim et d'autres tendent à les considérer. Ces points de croisement seraient le lieu d'interaction de fibres venant de territoires très divers ou s'y rendant et où s'enregistrerait la mémoire de toutes les sensations correspondant à la transformation en mouvements du phénomène psychique de l'écriture et du langage.

Cajal distingue d'ailleurs d'une part les centres olfactif, optique, visuel, qu'il nomme les centres de premier ordre, et d'autre part les centres de l'écriture et du langage, centres de second ordre, ou de coordination des sensations perçues dans les centres de premier ordre. Ils sont les uns et les autres unilatéraux et situés à gauche chez les droitiers.

Faut-il placer au-dessus de cette construction dont les fondations sont si peu stables un centre psychique supérieur et admettre le centre O de Grasset ? Sa valeur didactique est certaine ; quant à sa localisation Grasset n'a pu la mettre en évidence. Son opinion était qu'on pourrait le découvrir un jour dans la région préfrontale.

Centre de premier ordre. — 1° Les centres de mémoire olfactive adjoints au centre cortical paraissent étendus et se trouveraient sur l'écorce de la partie moyenne de la circonvolution de l'hippocampe, de la corne d'Ammon, de la circonvolution du corps calleux, de l'espace perforé antérieur, de l'indusium. Il semble que ces centres soient en rapport par les commissures avec la voie olfactive de chaque côté. Les centres de mémoire olfactive seraient bilatéraux.

2° Le centre de mémoire visuelle paraît occuper toute l'étendue de l'écorce de la face externe du lobe occipital.

La lésion d'une partie de la zone correspondant au pli courbe abolit la mémoire des images graphiques. La vision persiste intacte mais l'écriture devient incompréhensible et apparaît à ceux qui savent lire comme une succession de signes inconnus. Cette zone est appelée centre de la vision verbale. Les sensations visuelles se rendraient au centre de mémoire visuelle principalement par les cylindraxes des cellules étoilées géantes et en partie par deux voies d'association longues propres au lobe occipital : le faisceau transverse du cunéus, de la lèvre supérieure calcarine à la face externe du lobe occipital et le faisceau transverse du lobe lingual, de la lèvre inférieure calcarine à cette même face externe du lobe occipital.

Ce centre est unilatéral et n'existe que dans l'hémisphère gauche chez les droitiers. Ce fait est actuellement inexplicable, mais il semble bien que tous les cylindraxes des cellules caractéristiques du lobe visuel se rendent au côté gauche par l'intermédiaire du corps calleux.

3° Le centre de mémoire auditive occupe une zone mal déterminée à gauche chez les droitiers. Son siège se trouverait à la partie postérieure de T_1, face externe du lobe temporal (Ballet). Les fibres venant de l'hémisphère droit passeraient à gauche par le corps calleux.

La lésion de cette zone entraîne la perte de la compréhension des mots ou perte de l'audition verbale. Le malade atteint de la destruction de ce centre entend mais ne comprend pas les mots prononcés. Le langage devient pour lui une succession de mots sans valeur.

Pour Déjerine et Sérieux centre auditif et centre de mémoire verbale ne feraient qu'un.

Centres de deuxième ordre. — 1° Le *centre de l'écriture* serait localisé dans le pied de la deuxième frontale gauche, aux confins de la frontale ascendante. Il n'est pas unanimement admis. Déjerine le nie formellement « l'écriture n'étant qu'une des formes de motilité de la main ». Wernicke ajoute même. « On peut écrire avec la main, avec le pied, en patinant, en un mot avec un point quelconque du corps pourvu qu'il soit suffisamment mobile. Si l'écriture avec la main est plus facile, question d'habitude et d'éducation. »

La destruction de cette zone entraînerait l'agraphie, qui apparaît d'ailleurs chaque fois qu'un centre d'images est détruit.

2° *Centre de la lecture.* — Il serait placé dans le pli courbe dont la lésion déterminerait l'alexie. L'étude des lésions dues à l'oblitération des branches de l'artère cérébrale postérieure montre plutôt qu'il s'agit dans ces cas de lésions simultanées des radiations optiques et du faisceau longitudinal inférieur.

3° *Centre du langage.* — Il n'est pas de région qui ait attiré autant de recherches, que cette zone du langage que découvrit en 1861 Broca. Déjà Gall et Bouillaud avaient tenté de situer cette zone dans les lobes antérieurs du cerveau. Dax le place à gauche, enfin Broca en 1861 le localise dans le pied de la troisième frontale gauche. Cela servit de base à toute une série d'hypothèses sur la fonction du langage et sur le mécanisme de ses troubles, que Broca désignait sous le nom d'aphémie, mot que Trousseau remplace bientôt par celui d'aphasie. La question se compliqua après les recherches de Wernicke, qui imposèrent dans la fonction du langage un élément sensoriel et un élément moteur, d'où dériva bientôt une conception plus complexe et en même temps plus complète du langage et de l'aphasie. Cette notion devint et est encore classique. P. Marie en 1906 s'éleva contre une telle conception anatomique, physiologique et physiopathologique. Il récuse, en se basant sur des arguments très forts d'ordre phylogénique, ontogénique, anatomopathologique et pathologique, la théorie actuelle de l'aphasie et de la localisation du centre du langage dans la troisième frontale. Sa conception, quoique non encore classique, ne peut être passée sous silence.

La théorie classique place le centre du langage dans les zones suivantes :

1° *Le pied de la troisième frontale gauche* (aires 44 et 45 de Brodman). F_3 ne se forme qu'un mois avant la naissance et ne commence à fonctionner qu'un an plus tard. Elle est constituée par une tête, un cap, et le pied, partie operculaire des auteurs étrangers, compris entre la branche postérieure de la scissure de Sylvius et sa branche ascendante. Il est divisé en deux parties par le sillon diagonal de l'opercule d'Eberstaller. Sa forme est triangulaire. La F_3 manque chez le singe inférieur, chez le singe anthropoïde elle revêt un type particulièrement simple qui se retrouverait chez les dégénérés ou les sourds-muets. Elle serait plus simple chez la femme que chez l'homme, plus développée chez les individus ayant des facultés oratoires. On connaît l'exception célèbre à cette règle que constitue Gambetta (Hervé).

D'après Betz à chacune des trois portions de F*a* correspond une structure spéciale et probablement des fonctions spéciales. Nous savons déjà que sa portion orbitaire appartient aux centres olfactifs. Elle est irriguée par l'artère de la troisième frontale ou frontale externe et inférieure de Duret, branche de la cérébrale moyenne. Charcot l'a vue oblitérée plusieurs fois dans l'aphasie.

2° La *région de Wernicke* ou centre des images auditives des mots qui correspond à la partie postérieure de T_2 et de T_3 gauches.

3° Une partie postérieure, le centre des images visuelles des mots, dans *le pli courbe gauche.* Le pli courbe partage l'irrigation de P_2.

4° *Les circonvolutions profondes qui forment les parois du sillon de Sylvius* (face supérieure du lobe temporal, face inférieure du lobe pariétal).

Le pied de F_3 se projette sur le crâne à 6 ou 7 centimètres au-dessus de l'arcade zygomatique. Sur la ligne sylvienne en partant du lambda, on trouve à 7 centimètres de celui-ci le pli courbe.

L'importance vitale de cette zone, empêche toute expérimentation directe à son niveau, le langage étant fonction particulière à l'homme. Les hypothèses physiologiques émises sont le résultat d'observations anatomopathologiques et cliniques.

La zone du langage est située à gauche chez les droitiers. On considère le pied de F_3, ou centre moteur du langage et la partie postérieure, région temporale et pli courbe gauche ou centre sensoriel du langage. Les troubles observés varient avec la région atteinte. Si la région antérieure seule est atteinte, c'est l'aphémie de Broca. On observe la perte plus ou moins complète de la parole, des troubles latents de lecture mentale, et de l'incompréhension des mots liés en phrases, avec conservation de la compréhension des mots isolés. L'intelligence est toujours plus ou moins atteinte.

Lorsque la partie postérieure est lésée — aphasie de Wernicke — on observe des troubles de la parole spontanée, le malade loquace employant des mots pour d'autres ou des mots qui n'ont aucun sens, des troubles de l'écriture, des troubles de la compréhension du langage parlé, surdité verbale, et du langage écrit, cécité verbale.

Telles sont les aphasies motrices ou d'expression et sensorielles ou de compréhension. Dans certains cas, les lésions n'atteignent pas la zone du langage, et isolent une partie de cette zone de la corticalité voisine, c'est-à-dire des autres centres. Seul un centre d'images est séparé et ne peut plus donner de marque de son existence. Mais le langage intérieur est conservé et l'intelligence intacte. On a alors les aphasies pures. Telle l'aphasie motrice pure ou aphémie, constituée uniquement par les troubles de la parole avec conservation des images motrices d'articulation; la cécité verbale pure avec perte seulement de la compréhension de la lecture, la surdité verbale pure avec perte seulement de la compréhension de la parole parlée et de l'écriture sous dictée.

Telle est la conception classique de la zone du langage et du mécanisme de son jeu. A cette con-

ception P. Marie oppose une conception très différente :

Pour lui et ses élèves, l'aphasie n'est pas due à un déficit sensoriel mais à un déficit intellectuel, surtout marqué dans la compréhension du langage parlé. Il n'y a qu'une seule sorte d'aphasie, c'est l'aphasie de Wernicke. L'aphasie dite de Broca n'est pas autre chose que l'aphasie de Wernicke avec la parole en moins. C'est ce trouble de la parole que P. Marie appelle l'anarthrie, qui doit être soigneusement distinguée de l'aphasie.

L'anarthrie implique toujours une lésion de la « zone lenticulaire » de P. Marie, zone comprenant les noyaux centraux, la capsule interne et externe, l'insula, F*a* et P*a* et limitée en avant par un plan frontal passant par le sillon marginal antérieur de l'insula, en arrière par un autre plan frontal passant par le sillon marginal postérieur de l'insula. En dedans, cette zone atteint l'épendyme ventriculaire. En haut elle se prolonge vers les circonvolutions sus-jacentes, en bas elle se perd dans la région sus-talamique.

La troisième frontale est rigoureusement exclue de cette zone et n'appartient pas à la zone du langage. L'anarthrie ne serait pas une propriété exclusive du cerveau gauche.

Quant à l'aphasie puisqu'elle est une, sa localisation doit être une — et il en est réellement ainsi. Le seul territoire cérébral dont la lésion produise l'aphasie est le territoire dit de Wernicke, c'est-à-dire pli courbe, lobule du pli courbe, pied de T_1 et T_2 et la substance blanche sous-jacente (isthme temporo-pariétal de P. Marie).

La zone de Wernicke est dépossédée de son rôle sensoriel; elle doit être considérée comme un centre intellectuel. « Toute lésion de ce centre détermine, proportionnellement à son étendue même, outre des troubles de la parole, un déficit de la compréhension pour le langage parlé et de la capacité pour la lecture et pour l'écriture, ainsi que la disparition de certaines qualités d'ordre didactique. »

La guerre a montré la possibililé de troubles de la parole dans diverses blessures du cerveau. On a observé de tels troubles dans les blessures de F*a* et de P*a*. La blessure de la région moyenne de ces circonvolutions donnait lieu à des troubles de la parole légers et inconstants, les blessures de la région inférieure à de l'anarthrie et de la dysarthrie; les blessures de la région temporo-pariétale, surtout temporale moyenne, à l'aphasie type Wernicke; les blessures de la région du lobule du pli courbe à de l'aphasie globale, et de la partie très postérieure de T_1 et de T_2 et du pli courbe, à de l'alexie, cécité verbale pure des classiques (Chatelin).

Calori a constaté la présence de la troisième frontale normale chez des sourds-muets et des idiots qui ne pouvaient pas parler. P. Marie a noté de nombreux cas de lésions du pied de F_3 sans aphasie.

*
* *

Le cerveau paraît avoir aussi un rôle non négligeable dans les fonctions de la vie de relation. Les centres en sont mal connus. Il paraît difficile d'en donner une description anatomique. Cependant la physiologie a isolé quelques faits.

Les centres respiratoires sont mal délimités.

Bechterew et Mislawsky en excitant chez le chien l'aire motrice notent de la tachycardie et l'action vaso-motrice du cortex. Le centre de vaso-dilatation et de vaso-constriction est étendue par Ott aux régions périsylviennes et périrolandiques.

Eulemburg et Landois distinguent dans la région motrice des centres de température et de régulation thermique distincts des centres moteurs. Leur excitation donne lieu à l'hypothermie, leur ablation à l'hyperthermie. Villaret et Faure-Beaulieu observant de nombreux blessés du crâne ne notent pas de troubles de la régulation thermique.

Les faits les plus nombreux intéressent les localisations des fonctions digestives. Au point de vue moteur Openchowsky détermine dans chaque hémisphère au voisinage du sulcus cruciatus un centre de dilatation du cardia ; Bechterew et Mislawsky trouvent au niveau du gyrus sygmoïde et de la deuxième circonvolution adjacente un centre moteur gastrique et intestinal; Wertheimer excitant les lèvres du gyrus sygmoïde du chien détermine une inhibition du tonus et des mouvements de l'intestin grêle. Mann et Sherrington localisent le centre de dilatation du sphincter anal à la partie postérieure du lobule paracentral dont l'excitation détermine la contraction du sphincter!

Le cerveau possède des centres sécrétoires. Bechterew montre que la sécrétion salivaire a son centre au niveau du gyrus suprasylvien antérieur, en dehors de la zone motrice. Bochefontaine et Lépine excitant chez le chien le gyrus sygmoïde y déterminent un centre de sécrétion salivaire ; Bechterew localise les centres de sécrétion gastrique, pancréatique et biliaire dans le gyrus precruciatus. Bechterew et Mislawsky trouvent un centre sécrétoire des larmes à la partie interne des circonvolutions antérieure et postérieure du gyrus sygmoïde.

La contraction vésicale a lieu par excitation du gyrus sygmoïde.

Enfin les fonctions de reproduction sont sous le contrôle cérébral. Les centres génétiques supérieurs sont disséminés sur toute la superficie de l'écorce cérébrale (Ceni). Cet auteur trouve d'autre part dans certaines lésions du cerveau des altérations du parenchyme ovarien, qui sont d'ailleurs sans rapport avec la lésion d'une zone particulière.

Peut-on déterminer après cela, des centres du sympathique sur le cortex? Ni anatomiquement, ni physiologiquement cela ne paraît possible. « On ne sait comment se localisent et se distribuent, à la surface du cerveau, les divers centres des divers territoires du sympathique. Il est probable que chaque centre sympathique se superpose aux centres sensitifs et moteurs du même segment du corps. » (Grasset).

BIBLIOGRAPHIE RÉCENTE

POIRIER, CHARPY, NICOLAS. *Traité d'anatomie*, art. SYSTÈME NERVEUX CENTRAL, Charpy revu par Soulié, 1922, Paris, Masson.

ARTHUS. *Précis de physiologie*.

GLEY. *Précis de physiologie*.

HÉDON. *Précis de physiologie*.

MORAT et DOYON. *Traité de physiologie*.

RICHET (Ch. père et fils). *Traité de physiologie médico-chirurgicale*, 2 volumes.

1. ANGLADE (D. et R.). Les territoires intellectuels du cerveau, *Gaz. hebd. des sc. méd. de Bordeaux*, 1923, p. 139.
2. ANGLADE (D.). Territoires intellectuels du cerveau, *Congrès des aliénistes et des neurol.*, Strasbourg 1920; *Encéphale*, 1921.
3. BAGLIONI. Excitation chimique des centres corticaux, *Quart. Journ. of exp. med.*, déc. 1924, p. 169.
4. BECHTEREW. Etude des réflexes moteurs d'association dans

les diverses zones, préfrontales et autres, des circonvolutions cérébrales, *Schw. Arch. f. Neurol. und Psych.*, Zurich 1923, p. 61.

5. BERRY. Cerveau et pensée, *Brit. med. Journ.*, London 1924, p. 707.

6. BESTA. Troubles de la capacité de maintien des attitudes volontaires des membres, les yeux bandés, dans les lésions du lobe pariétal, *Riv. frén.*, juillet 1920, t. XLIV, p. 388; — Sur la fonction du lobe pariétal de l'homme, *Riv. di patol. nerv.*, Florence 1922, p. 531.

7. BIANCHI. Lobe frontal et pupille, *Arch. ital. de biol.*, nov. 1917.

8. BONNE. L'écorce cérébrale, développement, morphologie et connexions des cellules nerveuses, *Revue gén. d'histologie*, 1907.

9. CATALANO. L'architectomie du pied de F3 à droite et à gauche dans ses variétés, *Rev. sper. d. fren.*, Reggio-Emilia, 1922-1923, p. 547.

10. CENI. Reproduction et cerveau, *Arch. ital. de biol.*, nov. 1917, p. 245; — Cerveau et fonction ovarienne, *Arch. d. fisiol.*, nov. 1917, janv. 1918.

11. CESTAN, DESCOMPS, EUZIÈRE et SAUVAGE. *Soc. de neurol.*, 5 avril 1917.

12. CHATELIN. *Les Blessures du cerveau*, 2e édition, t. I, Coll. Horizon, Paris 1918, Masson.

13. CHOROSCKO. Le lobe frontal du cerveau et ses relations fonctionnelles, *Zeit. f. d. Ges. neurol. und Psych.*, Berlin 1923.

14. CLINTIC (M.). Relations fonctionnelles et anatomiques entre l'appareil de la vision et le système nerveux central, *Cincinnati med. Journ.*, 1924-1925, p. 61.

15. DA CONCINI. Action des hypnotiques sur les centres sensitivo-moteurs, *Arch. d. farm. sper. et sc. affini.*, juin 1920, p. 204; — Contribution à l'étude des centres corticaux sensitivo-moteurs chez le cobaye, *Arch. di fisiol.*, juillet-août 1923, p. 355.

16. DEBIERRE. L'ophtalmocéphale. Trajets optiques, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, 1904.

17. DÉJERINE. *Anatomie du système nerveux central*; — *Sémiologie nerveuse*.

18. DETWILER. *Hyperplasie des centres nerveux*.

19. DE VILLAVERDE. Recherches sur la connaissance des relations cortico-thalamiques dans la zone motrice chez le cobaye, *Schw. Arch. f. Neur. und Psych.*, Zurich 1923, p. 665.

20. DONATH. La signification du lobe frontal au sujet des efforts psychiques supérieurs, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, Leipzig 1923.

21. DUMAS. *Traité de psychologie*, 2 vol., Paris 1923-1924, Alcan. — A. TOURNAY, art. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DU SYSTÈME NERVEUX, t. I, p. 127. — H. PIERON, art. RÉFLEXES SUS-ÉLÉMENTAIRES, t. I, p. 255. — BARAT, revu par Meyerson, art. LES IMAGES, t. I, p. 502; revu par Chaslin, art. LE LANGAGE, t. I, p. 733.

22. DUSSER DE BARENNES. *Arch. néerl. de physiol. de l'homme et des animaux*, 1er déc. 1916.

23. FANO. *Cerveau et cœur*, Bologne 1923, 1 volume, Zanichelli.

24. FEUCHTEWANGER. *Les Fonctions du lobe frontal. Sa pathologie et sa psychologie*, Berlin 1923, 1 volume, Springer.

24 *bis*. FOIX et MASSON. Le syndrome de l'artère cérébrale postérieure, *Presse méd.*, 1923, p. 361.

24 *ter*. FOIX. *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, Coll. Sergent, Ribadeau-Dumas et Babonneix, art. NEUROLOGIE, t. I, p. 18-19, Paris, Maloine; — Conception de l'aphasie temporo-pariétale dite aphasie de Wernicke, *Presse méd.*, 1925, p. 1457.

25. FOIX et Mme WERTHEIMER. *Soc. de neurol.*, mars 1925.

26. FRANZ. Conceptions sur les fonctions cérébrales, *Psych. Revue*, Princeton, New-Jersey 1923, p. 438.

27. FUNCKHOUSER. Le cortex visuel, sa localisation, son histologie, sa structure et sa fonction physiologique, *Journ. of exp. med.*, Revue générale, juin 1917, t. XXI, p. 617.

28. GANS. Le centre manuel dans la circonvolution postcentrale chez le Japard, *Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, Berlin 1923, p. 66.

29. GORDON. Troubles des fonctions élevées du cortex, *Bristol med. surg. Journ.*, 1923, p. 139.

30. GOSLINE. Contribution à la théorie de la localisation de la fonction mentale, *Boston med. surg. Journ.*, 1922, p. 570.

31. GRASSET. *Anatomie clinique des centres nerveux*, 1 volume des Actualités médicales, Paris, Baillière.

32. GRAY et TURNER. Le cortex moteur de l'opposum, *Journ. Corresp. neurol.*, Philadelphie 1923-1924.

33. GRÉVING. Siège et fonction des centres végétatifs du lobe pariétal, *Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, Berlin 1923.

34. HASKOVEC. A propos de la localisation de la conscience centrale, *Revue neurol.*, 1924, p. 277.

35. HEAD. Le discours et sa localisation cérébrale, *Brain*, Londres 1923, p. 355, et *West. London med. Journ.*, 1923, p. 99.

36. KARPLUS et KREIDL. Cerveau et sympathique, *Arch. f. d. ges. Phys.*, sept. 1918, t. CLXXI, p. 192.

37. KRASNOJORSKY. Du processus de concentration dans l'écorce des grands hémisphères, *Revue de méd.*, 1923, p. 294.

38. LADAME. La structure architectonique de l'écorce cérébrale, *Revue neurol.*, 1911.

39. LAIGNEL-LAVASTINE. Eléments sympathiques de l'encéphale et centres encéphaliques des fonctions de nutrition, *Revue neurol.*, 1923.

40. LASHLEY. Variations temporales dans les fonctions du gyrus précentral chez les primates, *Amer. Journ. of physiol.*, Baltimore 1923, p. 585; — Fonctions des circonvolutions centrales antérieures chez les primates, *Proc. Soc. exp. biol. and med.*, New-York 1922-1923, p. 121.

40 *bis*. LHERMITTE. *Les Fondements biologiques de la psychologie*, Paris 1925, Gauthier-Villars.

41. LEVINSON. Récentes études sur les fonctions cérébrales, *Bull. de la Soc. de méd. hist.*, Chicago 1923, p. 116.

42. LORTAT-JACOB et SÉZARY. *Soc. de neurol.*, 4 nov. 1915.

43. LONG et BALLIVET. *Soc. de neurol.*, 12 oct. 1916.

44. LUNA. Recherches morpho-histogénétiques des centres nerveux des cheiroptères, *Folia neurob.*, 1922, p. 231.

45. MANNINI. Les localisations fonctionnelles dans le cortex cérébral et ses centres de la parole, *Gaz. degli osped.*, Milano 1922, p. 693.

46. MARIE (Pierre). Revision de la notion de l'aphasie, *Semaine méd.*, 1906, et *Presse méd.*, 1922, p. 177.

47. MARINESCO. Note sur la cyto-architectonie des circonvolutions rolandiques, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1909; — Rapports des cellules de Betz avec les mouvements volontaires, *Nouv. Iconographie de la Salpêtrière*, 1910; — Recherches sur la cyto-architectonie de l'écorce cérébrale, *Revue gén. des sciences*, 1910; — Sur les fonctions du lobe frontal, à propos d'un livre récent, *Revue gén. des sciences pures et appliquées*, 1922, p. 604.

48. MAYENDORF (VON). Le problème des localisations corticales à la lumière des plus récents travaux, *Deut. Zeit. f. Nerven.*, Leipzig 1923.

49. MILLER. *Voies corticales pour la mastication et la déglutition*.

50. NAGEOTTE. L'écorce cérébrale et la carte du cerveau, *Cours d'ouverture au Collège de France*, et *Biologica*, 1914.

51. NICATI. *C. R. de la Soc. de biol.*, 19 nov. 1923, t. CLXXVII, p. 1073.

52. NICOLAÏ. *Riv. univers. nacional de Cordoba*, 1923, t. X, nos 7 et 9.

53. NOÏCA. Aphasie sensorielle, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, t. LXXXV, p. 553; — Aphasie motrice, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, t. LXXXV, p. 552; — Aphasie motrice et anarthrie, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1921, t. LXXXVI, p. 642.

54. PAWLOW. Réflexes conditionnels, *Skand. Arch. Physiol.*, 1923, p. 32; — La caractéristique des circonvolutions cérébrales au point de vue du changement d'excitabilité de leurs points isolés, *Schw. Arch. f. Neurol. und Psych.*, Zurich 1923, p. 665.

55. PFEIFER. L'hémisphère droit, etc., *Zeit. f. d. ges. Neurol. und Psych.*, Berlin 1922, p. 471.

56. PIERON. *Le Cerveau et la pensée*, 1 volume, Nouv. Coll. scient., Paris 1923, F. Alcan; — Des degrés de l'hémianopsie corticale, l'hémiastéréopsie, *Soc. de biol.*, 2 déc. 1916.

57. PRIESEL. Le lobe olfactif chez l'homme, *Virch. Arch. f. pathol. Anat.*, Berlin 1923, p. 303.

58. Roger et Reboul-Lachaux. *Encéphale*, 1921.
59. Roger et Aymes. *Marseille méd.*, 1er avril et 15 sept. 1919.
60. Rose. Localisations histologiques du cerveau antérieur des reptiles, *Zeit. f. Physiol. und Neurol.*, Leipzig 1922.
61. Rosenfeld. La localisation des fonctions cérébrales, *Klin. Woch.*, Berlin 1923.
62. Sénise. Pensée et cerveau, *Studium*, Naples 1923, p. 249.
63. Simkovicz. Sur la signification des plaques séniles et sur la formule sénile de l'écorce cérébrale, *Revue neurol.*, 1924, p. 221.
64. Smith. Le cerveau humain, *Nature* (Angleterre), 1924, p. 390.
65. Spiller. Le centre cortical sensoriel de la main, *Prog. med.*, Philadelphie 1923, p. 317; — Le lobe pariétal, centre sensoriel, *Prog. med.*, Philadelphie 1923, p. 317.
66. Stern et Gautier. Action directe des substances sur les centres nerveux, *C. R. de la Soc. de biol.*, 1922, t. LXXXVI, p. 648.
67. Ten Cate. Essai d'études des fonctions de l'écorce cérébrale des pigeons par la méthode des réflexes conditionnels, *Arch. néerl. de physiol.*, La Haye 1923, p. 234.
68. Torrigiani. L'action du cortex frontal dans la détermination du signe de l'index et du nystagmus vestibulaire, *Monitore zool. ital.*, Florence 1922, p. 135.
69. Vignoli (Jules). Evolution ontogénique des circonvolutions cérébrales, *Marseille méd.*, 1923, p. 225.
70. Villaret et Faure-Beaulieu. Syndromes atopiques des traumatismes cérébraux. Régulation thermique des anciens trépanés, *C. R. de la Soc. de biol.*, mai 1918, t. LXXXI, p. 515; — Syndromes atopiques des traumatismes cérébraux. Action sur le champ visuel, *C. R. de la Soc. de biol.*, nov. 1918, t. LXXXI, p. 942.
71. Wertheimer. Excitation corticale, anémie et mouvements de l'intestin, *Arch. intern. de physiol.*, sept. 1921, t. XVII, p. 193.
72. Wetzel. Relations des circonvolutions cérébrales et des champs de Brodmann-Vogt, *Journ. f. Physiol. und Neurol.*, Leipzig 1922-1923, p. 434.
73. Wilson. Discussion sur un centre cortical pour le rectum, la vessie et les fonctions sexuelles, *Arch. of neurol. and psych.*, Chicago 1923.

SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES

(Séance publique annuelle du 14 décembre 1925)

M. Bouvier, président, prononce l'allocution d'usage. Il rappelle le souvenir des membres disparus au cours de l'année : le chimiste Léon Maquenne, l'ingénieur Rabut, le professeur Albin Haller, l'explorateur Gentil, le professeur Kilian (de Grenoble), M. Tisserand, l'illustre agronome, le professeur Jean Bergonié, martyr de la science, le chirurgien Antoine Depage (de Bruxelles), le botaniste belge Jean Massart et le météorologiste suédois Hildebrand Hildebrandsson.

M. le Secrétaire perpétuel donne ensuite lecture du palmarès. (Voir *Gaz. des hôpit.*, p. 1651.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

(Séance du 22 décembre 1925)

Sur les vraies causes de la recrudescence de l'alcoolisme. — M. Cazeneuve insiste sur le rôle des apéritifs anisés dans la recrudescence de l'alcoolisme. Il demande à l'Académie d'émettre des vœux à ce sujet.

M. Chauffard s'associe aux déclarations de M. Cazeneuve.

La Médecine de demain, science de la vie, par le docteur E. LAPLANCHE. Un volume in-16 de 160 pages, Prix : 6 fr. — Paris, G. Doin et Cie

Les vœux déposés par celui-ci sont renvoyés à l'examen de la Commission spéciale.

Le traitement du kératocome. — M. LAGRANGE apporte une étude sur le traitement opératoire de cette affection.

Scorbut sporadique. — MM. DELAMARE et SAÏD DJEMIL ont observé à Constantinople un cas de scorbut remarquable par sa symptomatologie (présence d'un ulcère lingual) et par les conditions dans lesquelles il s'est développé chez un sujet soumis à un régime à base de riz et de viande fraîche.

Atteinte des poumons et des ganglions thoraciques par des injections faites dans les parois gastriques et intestinales. — MM. BINET et LOUBRY.

Les sténoses inflammatoires de l'œsophage chez les gens âgés. — M. GUISEZ a pu réunir une cinquantaine de cas de sténoses inflammatoires de l'œsophage s'accompagnant de symptômes analogues à ceux d'un cancer à évolution lente.

L'œsophagoscopie permet le diagnostic. Le traitement est celui des rétrécissements cicatriciels traumatiques (dilatation bougiraire simple et électrolytique).

Election. — On procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section des membres libres.

Au premier tour, M. Marchoux est élu par 64 voix contre 8 à M. Valude, 5 à M. de Rothschild, 2 à M. Cabanès, 2 à M. Trillat, 1 à M. Blondel, 1 à M. Küss et 1 à M. Laurens.

Renouvellement du bureau. — Il est ensuite procédé au renouvellement du bureau pour 1926. M. Bar, vice-président pour 1925, passe à la présidence.

M. Gley est élu vice-président par 71 voix contre 1 à M. Béclère et 1 à M. Roux.

Le nouveau vice-président remercie ses collègues dans les termes les plus heureux. Il est vivement applaudi.

M. Souques est réélu, par acclamation, secrétaire annuel.

MM. de Lapersonne et Letulle sont élus, à l'unanimité, membres du conseil.

On procède, enfin, au renouvellement partiel des commissions.

NOTES DE PRATIQUE

AZOTÉMIE DES BRIGHTIQUES

Chez les malades atteints de néphrite chronique avec gros cœur, bruit de galop, rétention azotée, etc., l'adonis agit surtout en soutenant le cœur en l'aidant à lutter contre l'obstacle artériel (sclérose vasculaire, vasoconstriction toxique) et contre le barrage rénal. L'Adonis agit comme diurétique azoturique et dans cette médication, il est indiqué de prescrire la scille en alternant avec le Diurène, extrait total d'adonis vernalis, le véritable médicament de l'azotémie.

COURS ET CONFÉRENCES

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHAIRE DE CLINIQUE MÉDICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Fernand WIDAL). — *Cours de perfectionnement*, sous la direction de MM. Lemierre, Abrami et Brulé, agrégés.

PREMIER COURS. — *Maladies du rein* (6 leçons). — 1° Rétention chlorurée. Dosage des chlorures dans l'urine et le sang. Seuil d'excrétion des chlorures. Rythme en échelons de l'élimination chlorurée. Réfractométrie du sérum sanguin.

2° Rétention azotée. Dosage de l'urée dans l'urine et le sang. Constante d'Ambard. Epreuve de la phénolsulfonephtaléine. Valeur de l'azote résiduel.

3° Hypertension artérielle et oscillométrie : Procédés de mesure et interprétation.

Procédés d'examen d'un diabétique (2 leçons). — Principes généraux du traitement. Dosage du glucose. Le seuil de la glycémie. Recherche de l'acétone et des corps acétoniques. Leur importance dans l'établissement du régime.

Examen du liquide céphalo-rachidien (2 leçons). — Examen chimique : sucre, albumine, urée. Examen cytologique : tuberculose, syphilis, états méningés, hémorragies méningées. Examen bactériologique : les méningocoques. Réaction du benjoin colloïdal.

DEUXIÈME COURS. — *Maladies du foie* (4 leçons). — 1° Etude des ictères : recherche de la bilirubine, de l'urobiline, de la stercobiline. Valeur de ces recherches. — Ictères dissociés. Recherche des sels biliaires. Epreuve des hémoconies. — Tubage duodénal. — Ictères hémolytiques. Recherche de la résistance globulaire, des hématies granuleuses, de l'autoagglutination des hématies.

2° Insuffisance hépatique; rapport azoturique et azote résiduel dans les maladies du foie. Acide glycuronique. Insuffisance hépatique et rétention biliaire. Insuffisance protéopéxique du foie et recherche de l'hémoclasie digestive.

L'hémoclasie et sa valeur clinique (1 leçon).

Diagnostic des maladies typhoïdes (1 leçon). — Hémoculture et séro-diagnostic.

Réactions de fixation et de floculation (1 leçon).

Les cuti-réactions (1 leçon). — Asthme, rhume des foins, urticaire, etc.

Cyto-diagnostic des épanchements pleuraux (1 leçon). — Pleuro-tuberculose, pleurésies septiques, mécaniques, cancéreuses. Epanchements puriformes. Eosinophilie pleurale.

Etude du métabolisme basal (1 leçon). — Technique et résultats.

Les deux cours ont lieu chaque jour, à 14 heures, à la clinique médicale de l'hôpital Cochin. Ils se suivent sans interruption et la durée totale en est de trois semaines environ.

Les cours commenceront le lundi 11 janvier et seront terminés le 3 février 1926.

Le droit d'inscription est fixé à 100 francs pour chacun des deux cours.

Prière de retirer les bulletins de versements relatifs à ces cours au Secrétariat de la Faculté (Guichet n° 4) les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

— CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HÔPITAL COCHIN. (Professeur : M. Pierre DELBET.) — *Cours complémentaire*. Durée du cours : du 12 au 22 janvier 1926, de 5 à 7 heures, à l'amphithéâtre de la Clinique. — TRAITEMENT DE FRACTURES ET LUXATIONS DES MEMBRES. — Cours sous la direction de M. le professeur Pierre Delbet, par MM. Raoul Monod, Lascombe et Godart, chefs de clinique.

Le nombre des auditeurs est limité à vingt.

Chaque leçon comportera : 1° de 5 à 6 heures, une leçon théorique avec présentation de malades, de radiographies et d'appareils; 2° de 6 à 7 heures, des exercices pratiques au cours desquels les auditeurs appliqueront eux-mêmes les appareils.

La dixième leçon aura lieu à l'Ecole pratique de la Faculté.

Le droit de laboratoire à verser est de 150 francs.

Sont admis les médecins français et étrangers ainsi que les étudiants immatriculés à la Faculté, sur la présentation de la quittance de versement du droit. Les bulletins de versement relatifs à ce cours seront délivrés à la Faculté (guichet n° 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures.

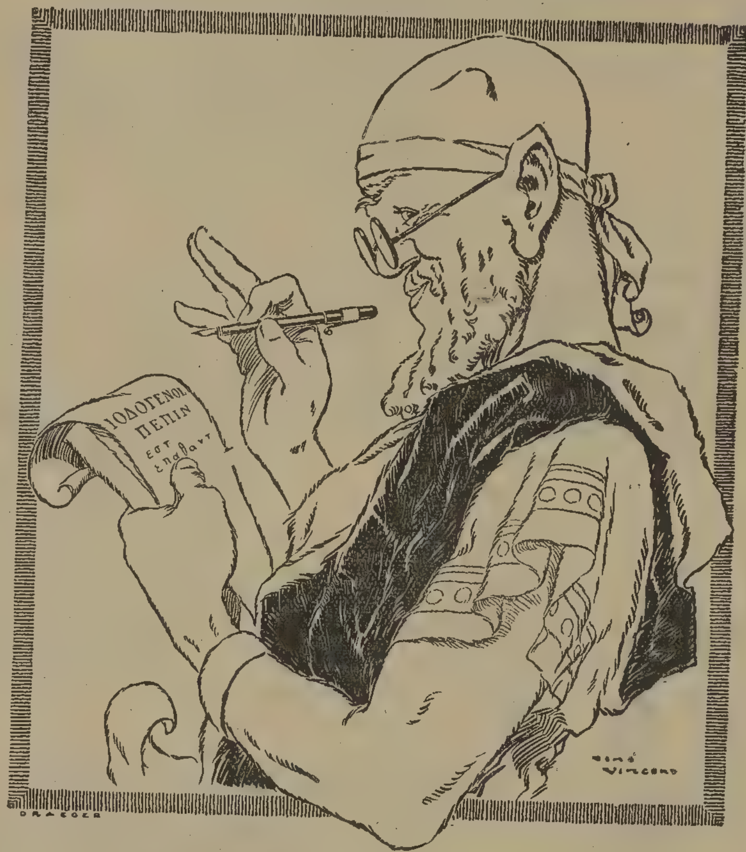
ACTES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

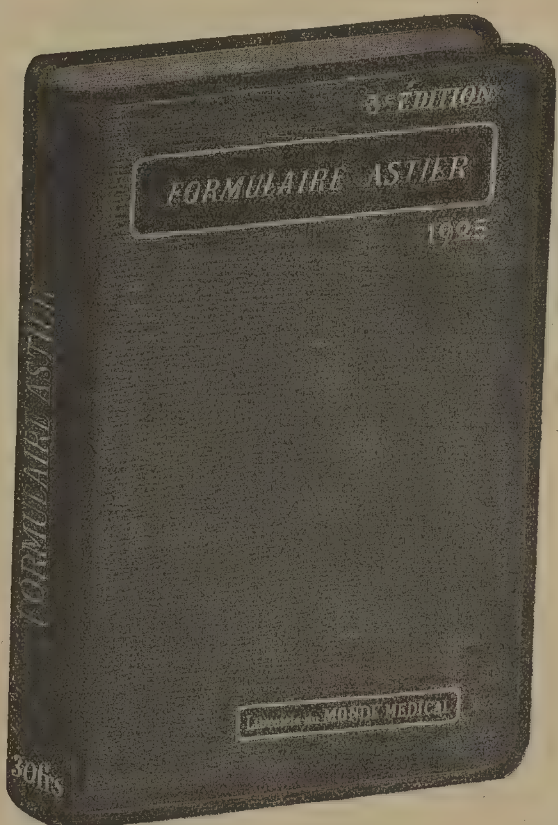
THESES

Jeudi 24 décembre. — (Thèses vétérinaires.) Jury : MM. Gilbert, président; Guillain, Vallée, Nicolas, Robin, Coquot et Bourdelle. — M. CANIVET. Notes de médecine vétérinaire. — M. CORNIC. Traitement chirurgical. — M. CHALIER. Des affections du système nerveux du cheval.

Le Directeur-gérant : Dr François LE SOURD.

PARIS. — SOC. GÉN. D'IMP. ET D'ÉDIT., 17, RUE CASSETTE.




3e ÉDITION
FORMULAIRE ASTIER
1925
FORMULAIRE ASTIER
MONDE MÉDICAL
30frs

N° 104. — MERCREDI 30 DÉCEMBRE 1925. 98e ANNÉE. MERCREDI 30 DÉCEMBRE 1925. — N° 104.

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

CE JOURNAL PARAIT LE MERCREDI ET LE SAMEDI

GAZETTE DES HOPITAUX

On s'abonne sans frais dans tous les bureaux de poste de France.

CIVILS ET MILITAIRES

Prix de l'abonnement pour les Etudiants français, 20 francs par an.

ADMINISTRATION
49, rue St-André-des-Arts,
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE
PARIS, 6e

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . 3 mois : 9 fr. 50. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
POUR L'ÉTRANGER, VOIR LA NOTE CI-DESSOUS
Prix du Numéro : 40 c.

LES BUREAUX
sont ouverts tous les jours,
DE 9 H. A 11 H. ET DE 2 H. A 5 H.
TÉL. : *Fleurus* 48-31

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL A PARTIR DU 1er OCTOBRE 1925
FRANCE ET COLONIES. . . . 35 *fr.* — *BELGIQUE ET ITALIE*. . . . 45 *fr.*

Tarif extérieur n° 1, 55 *fr.*, valable pour les pays ayant accepté une réduction de 50 p. 100 sur les affranchissements des périodiques : Allemagne, Argentine, Autriche, Bulgarie, Canada, Cuba, Ethiopie, Grèce, Hongrie, Lettonie, Luxembourg, Paraguay, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, Russie (U. R. S. S.), Serbie—Croatie—Slovénie, Tchécoslovaquie, Uruguay.
Tarif extérieur n° 2, 65 *fr.*, valable pour tous les autres pays.
Ces listes arrêtées au 25 septembre 1925, suivant les conventions internationales ratifiées à cette date, sont sujettes à variations.

SOMMAIRE

INFORMATIONS

CONCOURS D'AGRÉGATION. — La date d'ouverture de la session pour la deuxième épreuve de l'examen d'agrégation des facultés de médecine et des facultés mixtes de médecine et de pharmacie, prévue pour le 16 mars 1926 par l'arrêté du 18 décembre 1925, est fixée au 3 mars 1926.

Les dates d'ouverture des épreuves pour les différentes catégories sont modifiées ainsi qu'il suit :

3 mars. — Histoire naturelle médicale et parasitologie.

12 avril. — Pharmacologie et matière médicale. [Le reste sans changement.] (*J. O.*, 24 déc. 1925.)

FACULTÉS DE MÉDECINE. — Paris. — La remise des diplômes aux élèves de l'Institut de médecine coloniale a eu lieu mardi sous la présidence de M. Léon Perrier, ministre des Colonies, assisté de M. le professeur de Lapersonne remplaçant le doyen empêché. Le professeur Brumpt dans un discours a rappelé que la XIXe session de l'Institut a réuni cette année 65 élèves dont 30 français et 4 dames.

Depuis la fondation de l'Institut, 576 diplômes ont été délivrés, pour une moitié à des Français et pour l'autre à des étrangers.

— Toulouse. — La chaire de pathologie interne à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Toulouse est déclarée vacante. (*J. O.*, 24 déc. 1925.)

ÉCOLES DE MÉDECINE. — Limoges. — Un concours s'ouvrira le 25 juin 1926, devant la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de l'université de Bordeaux, pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Limoges.

— Angers. — Un concours s'ouvrira le 25 juin 1926, au siège de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, pour l'emploi de chef de travaux physiques et chimiques à ladite Ecole.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Jolly, directeur de laboratoire à l'Ecole des hautes études, est nommé professeur titulaire de la chaire d'hystophysiologie. (*J. O.*, 25 déc. 1925.)

HÔPITAL ROTHSCHILD. — Un concours pour deux places d'interne à l'hôpital de Rothschild, rue Santerre, 15, aura lieu le mercredi 20 janvier 1926.

Les inscriptions seront reçues jusqu'au 19 janvier inclusivement, tous les jours de 8 h. à 12 h., à la Direction de l'hôpital, où les candidats pourront prendre connaissance du règlement.

ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE. — M. le docteur Henri Colin, atteint par la limite d'âge et admis à la retraite, est nommé médecin en chef honoraire des Asiles d'aliénés de la Seine.

CENTRE ANTICANCÉREUX DE MARSEILLE. — Sont nommés :

Directeur du centre de lutte contre le cancer de Marseille : M. le professeur Henri Reynès, chirurgien chef des hôpitaux civils.

Chirurgien : M. Imbert, professeur de clinique chirurgicale.

Chef de laboratoire : M. Peyron, professeur d'anatomie pathologique.

Adjoint au chef de laboratoire : M. le docteur Rouslacroix.

Radiologiste : M. le docteur Tramier.

GUERRE. — A été promu :

Au grade de médecin inspecteur. — M. le médecin principal de 1re classe Job, en remplacement de M. le médecin inspecteur Pichon, placé dans la section de réserve.

LÉGION D'HONNEUR. — Sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

GUERRE. (Active). — *A la dignité de grand officier.* — M. le médecin inspecteur général des troupes coloniales Lasnet.

Au grade de commandeur. — MM. les médecins inspecteurs Friant et Cauvet; le médecin inspecteur des troupes coloniales Bonneau.

Au grade d'officier. — MM. Genevrier, Brice, Lafforgue (B.-J.-M.), Michel, Pirsche, Melliès, Lévy, Dircks-Dilly, Duguet, Ducluzaux, Gay-Bonnet, Theron.

(Troupes coloniales.) MM. Trautmann, Cachin, Jarland, Salabert-Strauss, Léger.

Au grade de chevalier. — MM. Gabrielle, Brau, Ruzie, Riss, Prost, Genet, Pilod, Sorrel, Plonquet, Bureau, Sarrelabout, Tersen, Loiseau, Grandclaude, Hassler, Lormeau.

(Troupes coloniales.) MM. Puncet, Petit, Marliangeas, Le Vilain, Girard, Gorjux, Crozat, Ponsan, Mercier, Mury, Delfini, Madelaine, Morin, Cartron, Lanrency, Puel, Martin, Calandreau, Colibœuf, Daude.

(Réserve.) *Au grade de commandeur.* — M. le médecin principal Farganel.

Au grade d'officier. — MM. Legras, Schwartz (Anselme), Moinson, Fulconis, Soubies.

(Troupes coloniales.) M. Vallet.

Au grade de chevalier. — MM. Portes, Riquez, Cavailles, Binet, L'Hôte, Lafon, Danjean, Gazagnaire, Gadreau, Clavel, Troussard, Delaunay, Delanoe, Franck, Moundlie, Muller, Servant, Roger, Tournay, Pallegoix, Verdeaux, Merle, Dufaur, Richard, Martignon, Cambornac, Stevenin, Massip, Legrand, Berry, Arquembourg, Halphen, Bolte, Guimbelot, Vasselin, Monod, Guichard, Portret, Perron, Coudray, Logre, Quesnel.

GRANDE CHANCELLERIE. — *Au grade d'officier.* — M. le docteur Lannelongue, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Tissier, médecin honoraire de l'hôpital de Remiremont.

LE SERVICE MILITAIRE DES ÉTUDIANTS EN MÉDECINE. — Le *Journal officiel* du 27 décembre 1925 publie une circulaire interministérielle autorisant les étudiants ou anciens étudiants en médecine volontaires à accomplir leur service légal en Afrique occidentale française et en Afrique équatoriale française.

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES. — M. le docteur Dequidt, inspecteur général des services administratifs au ministère de l'Intérieur, est nommé membre de la Commission de répartition du produit de la taxe des cercles.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DES CHIRURGIENS DE PARIS. — La Société des chirurgiens de Paris décide de reporter au 28 février 1926 la date de clôture des envois de travaux pour les prix de la Société qui seront décernés dans la dernière séance de mars.

Le secrétaire général rappelle que ces prix ouverts au chirurgiens ne faisant pas partie de la Société comportent l'envoi en cinq exemplaires d'un travail original et inédit.

Ces prix pour 1925 sont les suivants :
Prix de chirurgie générale (*prix Dartigues*);
Prix de chirurgie urologique (*prix Catelin*);
Prix de chirurgie gastro-intestinale (*prix Pauchet*);
Prix de chirurgie gynécologique (*prix Delbet*).

Prière d'envoyer les ouvrages dactylographiés de préférence en cinq exemplaires, à M. le secrétaire général de la Société des dhirurgiens de Paris, 44, rue de Rennes.

SOCIÉTÉ DE STOMATOLOGIE DE PARIS. — Bureau pour 1926 :
MM. les docteurs Herpin, président; Nespoulous et Millon, vice-présidents; Lacronique, secrétaire général; Gornouec, trésorier; Raison et Merville, secrétaires des séances; Puig, archiviste.

CHRONIQUE

HOMMAGE A M. MAUCLAIRE

La limite d'âge qui vient d'atteindre M. Mauclaire a été l'occasion jeudi dernier d'une manifestation de sympathie très touchante. Ses élèves et ses amis s'étaient réunis pour lui offrir une plaquette de bronze, due au grand sculpteur Bouchard, et pour lui exprimer les sentiments de gratitude, d'affection et d'estime qu'ils lui ont voués pour sa belle carrière toute de travail, de droiture et d'honneur.

M. Pierre Bazy, membre de l'Institut, présidait la séance. Il ouvrit la séance avec sa simplicité et sa bonté habituelles.

« Vous avez eu, dit-il, pour maîtres, dans l'Internat MM. Paul Berger, Simon Duplay, Lannelongue, Le Dentu. On pourrait dire, en entendant ces noms, que vous avez eu de la chance d'avoir choisi de tels maîtres, ou, si vous voulez d'avoir été choisi par eux. Moi, je dis que ce n'est pas de la chance, mais une affinité naturelle qui vous a uni à eux.

« Ils représentent le travail, la conscience professionnelle et intellectuelle, la droiture scientifique. Et n'est-ce pas là les qualités que l'on peut vous appliquer?... »

Rappelant ensuite les travaux de M. Mauclaire, sur la chirurgie osseuse et articulaire, les greffes osseuses, les corps étrangers du poumon, M. Bazy insiste sur l'œuvre capitale de Mauclaire, la chirurgie orthopédique, la chirurgie de redressement et de réparation chez l'adulte.

En terminant il exprime le désir de voir M. Mauclaire continuer à prodiguer aux malades son dévouement et son activité.

M. Küss, assistant de M. Mauclaire, qui fut l'animateur de cette cérémonie, apporte en termes vibrants l'hommage de son affection. Puis M. Sorel, dans une improvisation spirituelle et émue rappelle des souvenirs de la salle de garde de Necker où il fut le collègue de M. Mauclaire.

M. Métivet au nom des anciens internes, M. Jubé, au nom des internes en exercice, M. Roger, directeur de la Pitié viennent à leur tour exprimer au Maître qui s'en va leurs sentiments d'affection et d'estime.

Mme Moratile, surveillante de M. Mauclaire pendant près de vingt ans, exprime en termes émus les sentiments de gratitude du personnel de son service.

M. Mauclaire dans une charmante causerie où il dissimulait mal son émotion remercia les orateurs et les organisateurs de cette touchante cérémonie. Rappelant les souvenirs de sa brillante carrière, si unie parce que si droite, il nous dit ses débuts : l'externat, l'internat chez Paul Berger, où le service commençait à sept heures. Son année à l'Hôtel-Dieu chez Duplay où les internes n'opéraient pas comme maintenant. En un an il n'aurait ouvert qu'un panaris, si le hasard des remplacements n'avait pas amené à l'Hôtel-Dieu M. Pierre Bazy qui lui confia quelques opérations.

Puis c'est l'année si fructueuse chez Lannelongue, enfin il est l'interne de notre cher maitre M. Le Dentu. Ici M. Mauclaire s'interrompt pour saluer Mme Boivin, l'ancienne surveillante du service, qui pendant tant d'années se dévoua aux malades.

La médaille d'or, le prosectorat, les hôpitaux, l'agrégation marquèrent les étapes brillantes d'une carrière que l'Académie de médecine vient de couronner, il y a quelques mois, en recevant M. Mauclaire parmi ses membres.

Au moment où M. Mauclaire terminait en adressant encore ses remerciements à ses amis, une infirmière remit à Mme Mauclaire une gerbe de fleurs exprimant ainsi la respectueuse gratitude que gardent les malades pour celle qui par sa bonté et sa charité s'associa à l'œuvre bienfaisante du chirurgien.

F. L. S.



A PROPOS DE LA PROSTATECTOMIE

(SUS-PUBIENNE OU PÉRINÉALE? — ANESTHÉSIE? TAMPONNEMENT?)

Par R. DE BUTLER D'ORMOND (d'Amiens),
Professeur suppléant de clinique chirurgicale à l'École de medecine, Chirurgien des hôpitaux.

La plupart des chirurgiens ont une préférence pour la « transvésicale » (Freyer) parce qu'elle les dispense d'une technique délicate et de complications possibles : perforation du rectum, fistules recto-urétrales, etc.

Il faut reconnaître toutefois que la périnéale est plus bénigne; c'est pourquoi un certain nombre de chirurgiens, comme Young (de Baltimore), Wildbolz (de Berne), Victor Pauchet, etc., continuent à la défendre et à la conserver au moins pour un certain nombre de cas.

Fraysse (de Nice) vient de rompre une lance nouvelle en faveur de la « périnéale », en s'appuyant sur des faits personnels et sur les observations des trois auteurs précédents que je viens de citer.

Fraysse accuse la prostatectomie transvésicale d'être en contradiction avec toutes les règles de la chirurgie, « intervention brutale et aveugle, s'effectuant dans une cavité saignante, anfractueuse, vouée à devenir un foyer infectieux, cavité qui se vide par en haut « par la margelle », c'est-à-dire par un tunnel vertical formant un drainage ascendant. Une riche culture microbienne reste au fond du puits et les lavages faits par en haut, à l'aide du tube de Freyer, sont incapables de la déloger. »

Théoriquement, ses objections contre le Freyer sont justes, mais dans la pratique *l'opération de Freyer est une des plus belles conquêtes de la chirurgie*; elle permet, entre les mains de *tous* les chirurgiens, de sauver un grand nombre de malades qui, autrefois, seraient morts d'urémie ou d'infection urineuse.

Il faut donc pardonner à cette méthode primitive les défauts qu'elle présente; actuellement encore c'est pour nos collègues l'opération omnibus, pourvue d'énormes qualités, ce qui ne saurait réduire les avantages de la « périnéale » dans les cas où il y a des risques.

Le danger opératoire du Freyer existe. L'un accuse 4 p. 100 de morts et l'autre 40 p. 100. Cette différence tient aux différences d'habileté et de tempérament du chirurgien. A ce sujet, Fraysse fait ressortir, avec raison, l'importance capitale de la personnalité de l'opérateur. « La vie du malade se joue sur le tempérament du chirurgien. Il y a deux classes d'opérateurs : les *audacieux* qui se fient à leur étoile, les *prudents* ou « entrepreneurs de ménagements ». Or, maints prostatiques qui nous tombent entre les mains apportent avec eux un redoutable problème. Faut-il leur faire courir leur chance? Faut-il ou non opérer? Le chirurgien audacieux verra une chance à tenter et une vie à sauver. Tant pis si la mort annihile son geste. Il aura obéi à son génie. Il aura fait son devoir. Ce chirurgien, une élite l'admire, mais faute d'habileté commerciale il n'a pas la faveur du public. Tel autre choisira minutieusement, craintivement ses cas et ne s'engagera qu'à coup sûr. C'est l'homme aux statistiques blanches. Il a la vogue. Certes, bien des malades auraient pu être sauvés s'il avait tenté le coup, mais que lui importe cette considération en regard de sa propre quiétude. Du reste, le montant de ses recettes lui indique qu'il est dans la vraie voie. Pour les masses, seule la réussite a du génie. »

En cas de prostatectomie sus-pubienne, de grands chirurgiens, comme Legueu et Marion, ont adopté, l'un le tamponnement, l'autre l'irrigation continue, ce qui montre qu'ils ne sont pas complètement satisfaits des résultats et qu'ils craignent toujours l'hémorragie et l'infection.

Le « Freyerisé » *doit traverser trois obstacles successifs : l'hémorragie, l'urémie, l'infection.*

« Le premier danger du Freyer est l'hémorragie : cavité lointaine creusée au doigt, sans y voir, dans un territoire compact et vasculaire. Cette cavité n'a aucune tendance à la rétraction, c'est la règle qu'elle saigne abondamment. »

Fraysse insiste sur le tamponnement; il en décrit les inconvénients : brutal, douloureux, risque d'infection, possibilité d'hémorragie secondaire, infection locale; tout cela est vrai, mais dans l'ensemble la plupart des opérateurs tamponnent parce que c'est moins mauvais de tamponner que de ne pas tamponner, surtout dans les cas où la plaie saigne. Le tamponnement ne vaut pas grand'chose, mais il vaut mieux que l'hémorragie. En attendant que nous trouvions mieux, ce qui arrivera, employons-le sans enthousiasme. Après avoir exposé ses craintes pour l'hémorragie postopératoire et son horreur pour le tamponnement, Fraysse vante les bons effets de l'*anesthésie épidurale,* et sur ce point nous sommes d'accord. Fraysse veut bien d'ailleurs m'honorer d'une citation dans son article et rappeler la lance que j'ai rompue en faveur de l'anesthésie épidurale et transsacrée [sujet de ma thèse] (1).

Fraysse indique que j'ai signalé, dans l'épidurale, 25 p. 100 d'échecs; il accuse un défaut de technique. Il a raison. Mais je fais mieux maintenant; à cette époque, j'employais des doses trop faibles; il faut employer 75 centigr. de syncaïne dans 50 gr. de solution de bicarbonate de soude et pousser le liquide très lentement dans l'espace épidural. Un premier tiers est donné dans la position de côté et les deux autres tiers dans la position déclive à 30 degrés. La solution est préparée au moment même, avec du carbonate de soude qui se transforme en carbonate de syncaïne plus actif sans que la nocivité soit augmentée.

Pour être certain du succès complet, il est bon d'injecter ensuite, par la région transsacrée, de la syncaïne dans un ou deux trous sacrés supérieurs. Alors l'anesthésie est constante. Il faut employer environ 1 gramme de syncaïne et attendre vingt minutes avant d'opérer. L'avantage de cette anesthésie, non seulement est de supprimer la douleur, mais en même temps de relâcher les muscles du périnée et les muscles releveurs de l'anus. Elle mobilise, pour ainsi dire, le globe prostatique et cela favorise l'énucléation.

Fraysse conseille de profiter de la résolution musculaire apportée par « l'épidurale » pour tamponner la loge prostatique par le rectum. L'opérateur comprimera ainsi la cavité prostatique, d'arrière en avant, avec de la gaze, sans pénétrer dans la vessie. Les inconvénients et les craintes d'infection n'existent pas de ce fait. Laisser ce tamponnement deux ou trois jours.

---

(1) R. DE BUTLER D'ORMOND. *Anesthésie en chirurgie urinaire,* Paris, Doin.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

L'IMBROGLIO DENTAIRE

Le déplorable oubli de la loi de Ventôse a engendré l'équivoque dont nous avons parlé, équivoque soigneusement entretenue et développée pour mieux maintenir la fâcheuse autonomie actuelle; elle tend à éloigner les médecins d'une spécialité qu'on leur représente comme tellement manuelle qu'on espère bien qu'elle répugnera à leur culture et à leur esprit scientifique. Cet oubli a eu une autre conséquence qui ne contribue pas à éclaircir la situation : c'est la multiplicité des titres permettant d'exercer l'art dentaire.

Le législateur de 1892, en présence de la situation chaotique antérieure, a tenté d'y remédier en créant l'obligation du diplôme de chirurgien-dentiste. Il ressort nettement des débats sur ce sujet qu'il n'admit la chose que comme un pis-aller et comme une mesure transitoire destinée à préparer les voies à l'obligation du doctorat en médecine. Mais, comme il arrive trop souvent, le provisoire dura et tout naturellement s'organisèrent des situations dont les titulaires actuels voudraient bien, pour les conserver, le rendre définitif. C'est évidemment ce désir qui a provoqué la campagne actuelle contre le doctorat en médecine par le moyen de la création du doctorat en chirurgie dentaire.

Ce législateur dut bien respecter les situations acquises, antérieures à la loi, et même organiser des mesures transitoires pour les praticiens déjà installés désireux d'acquérir le titre qu'il instituait.

Par la suite, on ne tarda pas à se rendre compte que le régime de trois ans d'études imposé ne pouvait donner que des ouvriers dentistes, d'un niveau par trop inférieur, et on institua un nouveau régime qui en comprenait cinq.

Il est juste de dire que ce nouveau régime, basé sur les mêmes erreurs fondamentales que l'ancien, ne pouvait donner et ne donna en fait que des résultats aussi déplorables que lui. On pourrait même dire plus déplorables, car, enfin, les premiers, pendant trois années d'études, qui n'étaient toujours qu'un apprentissage, avaient acquis, au moins, une pratique manuelle suffisante. Tandis que, comme avec le même recrutement, on avait surchargé les programmes de données théoriques hors de la portée des élèves, le résultat général, bien connu de ceux qui font passer les examens, fut que l'on n'obtint, dans l'ensemble, que des praticiens également inaptes à la théorie et à la technique.

Lors du retour de l'Alsace-Lorraine à la France, on dut bien accepter les dentistes qui y exerçaient sous la loi allemande. Il y en avait deux catégories : les zahnärzte qui possédaient un diplôme analogue à celui de leurs collègues français et les zahntechniker qui correspondaient aux patentés d'avant la loi de 1892.

Enfin, les docteurs en médecine peuvent encore pratiquer cette spécialité, bien que cette licence leur soit discutée par les chirurgiens dentistes, en particulier dans leur projet actuel.

Peuvent donc exercer, actuellement en France, les catégories suivantes de praticiens :

1° Les dentistes patentés antérieurement à la loi de 1892;
2° Ceux d'entre eux qui ont profité des mesures transitoires pour devenir chirurgiens dentistes;
3° Les chirurgiens dentistes de l'ancien régime;
4° Les chirurgiens dentistes du nouveau régime;
5° Les zahnärzte d'Alsace-Lorraine;
6° Les zahntechniker;
7° Les docteurs en médecine.

C'est probablement parce que ce chiffre a été jugé insuffisant que l'on a imaginé la création du doctorat en chirurgie dentaire qui ferait une huitième catégorie.

Nous ne parlons que pour mémoire des innombrables équivalences données à des étrangers munis de titres quelconques.

Cette simple énumération montre mieux que toute discussion la valeur relative de tous ces titres de dentistes, et, en même temps, combien une telle complication peut favoriser les usurpations de titres, les équivalences et l'exercice illégal.

Et ceci se passe dans le pays où Pasteur ne pouvait faire lui-même la moindre piqûre parce qu'il n'était pas docteur en médecine!

Il semble qu'il n'y ait pas lieu de développer d'autres conclusions.

A. HERPIN.

JURISPRUDENCE ET LÉGISLATION

LA LOI DU 6 JUILLET 1925 SUR LA RÉVISION DES BAUX A LOYER

DEUX JUGEMENTS DU 19 NOVEMBRE 1925

Le but de la loi du 6 juillet 1925 est d'autoriser les bailleurs qui ont consenti des baux de longue durée à demander la révision des baux, pour mettre le prix en harmonie avec la situation économique actuelle; la loi a voulu porter remède à la situation du propriétaire qui, au moment où il a consenti un bail de longue durée, ne pouvait prévoir le bouleversement actuel des conditions économiques de l'existence, ni les profondes modifications de la valeur des choses. Mais la majoration de loyer doit se limiter au redressement de cette imprévision; d'où résulte cette conséquence que, chaque fois que le propriétaire demandera un relèvement du prix du bail, le tribunal aura à examiner les éléments de fait pour chaque affaire. Le tribunal civil de la Seine, statuant en Chambre du Conseil, a, à ce sujet, rendu deux décisions intéressantes portant toutes deux la date du 19 novembre 1925, la première décision s'appliquant à des locaux commerciaux, la deuxième à des locaux d'habitation.

1° *Locaux commerciaux.* — Le 29 décembre 1908, il a été donné à bail avec jouissance du 1er avril 1909 à X..., pour neuf, douze, quinze, dix-huit ou vingt et une années à la volonté du preneur seul, moyennant un loyer annuel de 5000 francs jusqu'au 1er avril 1918, de 5.500 francs du 1er avril 1918 au 1er avril 1921, de 6.000 francs du 1er avril 1921 au 1er avril 1924, de 7.000 francs du 1er avril 1924 au 1er avril 1930, une propriété sise à Paris rue du Mont-Dore, n° 12, comprenant deux corps de bâtiment séparés par un jardin, le premier situé sur la rue composé d'un rez-de-chaussée avec sous-sol, le second au fond du jardin composé d'un rez-de-chaussée, de deux étages et de combles.

La propriétaire estimant que le loyer porté au bail était inférieur de plus d'un quart à la valeur locative actuelle avait demandé à son locataire à partir d'octobre 1925 une augmentation portant le loyer à 25.000.

Mais le locataire fit valoir que la plus-value de la propriété résultait des transformations et des réparations effectuées par lui : dès lors les dépenses faites à ce sujet ne pouvaient, ajoutait-il, être un élément de majoration; et il concluait que le loyer actuel correspondait à la valeur des lieux loués.

En effet, il a été justifié, dans l'espèce, que, lors de la prise de possession, les lieux étaient en mauvais état et que le locataire qui devait y transférer un gymnase qu'il exploitait rue de Rome, devait procéder à des travaux importants. Il avait été convenu au bail que le locataire paierait tous les impôts, y compris l'impôt foncier, qu'il prendrait à sa charge toutes les dépenses quelles qu'elles fussent, relatives à la propriété (réparations grosses et petites, installations de l'eau du gaz, paiement des assurances contractées par le propriétaire), qu'il ferait installer à ses frais le tout à l'égout, qu'il aurait le droit de faire élever sur le jardin toute construction nécessaire à son industrie, qu'il pourrait transformer la disposition intérieure du bâtiment situé au fond du jardin, conserver, transformer, surélever à ses risques et périls ou démolir le bâtiment en façade sous le réserve qu'au cas de démolition, ce bâtiment serait remplacé par une autre construction. Usant de la faculté qui lui avait été donnée, le locataire avait en 1909 démoli le bâtiment vétuste en façade et reconstruit un nouveau bâtiment avec eau, gaz, électricité, chauffage, et avait dépensé, pour ce faire, une somme de 50.000 francs, somme très importante, à la vérité, pour l'époque; car pour en apprécier l'importance il faut se placer en 1909 où le franc valait son plein. Le locataire avait en outre consolidé le bâtiment du fond, fait toutes

les réparations et transformé en hall de gymnastique le jardin.

Faisant application du principe que nous avons indiqué plus haut, le tribunal a dit avec raison :

« Attendu que toutes les réparations, tous les impôts, y compris l'impôt foncier, toutes les charges étant dus par X..., l'imprévision ne peut s'appliquer qu'à la plus-value du terrain et du bâtiment loués en 1908.

Attendu que la construction neuve élevée aux lieu et place d'un bâtiment vétuste et la transformation effectuée en 1909, compensent cette plus-value; qu'il apparaît dès lors que le loyer fixé au bail n'est pas inférieur de plus d'un quart à la valeur locative des lieux loués ».

La propriétaire a, en conséquence, été déclaré irrecevable en sa demande en révision du prix du bail.

2° *Locaux d'habitation*. — En 1917, la dame A... donne à bail à M. R... pour trois, six, neuf, douze ou dix-huit années à compter de juillet 1917 à la volonté du preneur seul un appartement au cinquième étage 49 boulevard de Courcelles comprenant : antichambre, galerie avec jardin d'hiver, deux salons, salle à manger, cuisine, office, salle des gens, cinq chambres à coucher, cinq cabinets de toilette, dont deux salles de bains, lingerie, vestiaire-brosserie, etc., moyennant un loyer annuel, outre les charges, de 12.000 francs pour la première période, 14.000 francs par la seconde, 16.000 francs la troisième et 18.000 francs pour la dernière.

La propriétaire, s'appuyant sur l'article 1er de la loi du 6 juillet 1925, demandait que le loyer fût porté à 38.500, en principal, c'est-à-dire au prix de 1914, majoré de 75 p. 100, les prestations et les impôts locatifs étant acquittés en sus sur justifications.

Le locataire n'offrait aucune augmentation.

Il avait été justifié que l'immeuble avait été achevé au commencement de 1914 et que le prix demandé, en avril 1914, pour ledit appartement, était de 22.000 francs plus 5 p. 100 pour les charges; mais il n'avait pas été loué.

Le Tribunal a décidé que la valeur locative équitable de l'appartement devait être établie, conformément aux articles 2 et suivants de la loi du 29 décembre 1923 : il déclare :

« Attendu, d'une part, que tous les loyers, d'un montant total de 130.000 francs, avaient été établis avec 5 p. 100 pour les charges; que ce forfait devait représenter pour l'ensemble des locations envisagées 5 p. 100 sur 130.000 francs, soit 6.500 francs, que le montant des charges de 1914 étant de 35.000 francs, il faut en conclure que partie de ces charges était incorporée dans le montant du loyer en principal ;

Attendu, d'autre part, que tenant compte de la valeur locative, en 1914, des appartements de même catégorie, le prix demandé, en avril 1914, pour l'appartement de R.... apparaît comme trop élevé, ce qui explique qu'aucun appartement n'avait été loué au début des hostilités;

Attendu que la Chambre du Conseil a, dans les pièces produites, les éléments lui permettant de fixer, conformément à l'article 2 de la loi du 29 décembre 1923 la valeur locative de l'appartement, en principal, en 1914, à 15.000 francs;

Attendu qu'il est tenu compte des éléments de majoration prévus à l'article 3 en portant le loyer annuel, jouissance du 1er octobre 1925 jusqu'à la fin du bail, à 26.250 francs;

Attendu que R... doit acquitter, en sus de ce loyer et contre justifications, les prestations et les impôts locatifs (art. 6) ».

Ainsi donc, et le Tribunal l'a justement décidé, le prix-limite fixé par la loi du 29 décembre 1923 doit être pris en considération pour la révision des baux de longue durée. Dès lors, il faut, avant tout, fixer le prix de base, c'est-à-dire la valeur locative des lieux en 1914, après avoir déduit les prestations en nature; et on applique la majoration prévue par l'article 3 et suivants de la loi de 1923. On sait que, pour les locaux non encore loués en 1914, la valeur locative s'obtient, aux termes de l'article 2, paragraphe 4, par analogie avec les prix payés pour les logements similaires.

Le prix du loyer principal ayant été fixé avec sa majoration légale, on y ajoute le paiement des taxes et impôts remboursables et les prestations en nature lesquelles prestations, à défaut du forfait prévu par la loi, sont payées sur justifications.

Ces deux décisions intéresseront tous ceux qui peuvent être soumis aux dispositions de la loi du 6 juillet 1925; elles intéresseront les médecins et les chirurgiens aussi bien pour leurs appartements que pour leurs cliniques ou maisons de santé, lorsque les baux dont ils sont titulaires auront une durée contractuelle de plus de neuf années. Elles leur permettront d'envisager l'interprétation que donnent les tribunaux aux dispositions de la loi nouvelle. Nous aurons certainement l'occasion d'avoir sous les yeux, ultérieurement, d'autres décisions concernant la révision des baux à longue durée; nous ne manquerons pas de les faire connaître lorsqu'elles seront susceptibles de présenter un intérêt pour nos lecteurs.

H. RIBADEAU DUMAS,
Docteur en droit,
Avocat à la Cour d'appel.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

THÈSES SOUTENUES PENDANT L'ANNÉE 1924-1925 (1)

32. REBUFFEL. — A propos d'un cas de rétention chlorurée sèche au cours d'une méningite aiguë primitive à bacilles de Pfeiffer.

4. RICORDI. — Etude pratique de la méthode d'ozonation des eaux destinées à l'alimentation.

89. ROCHE. — Contribution à la biochimie de la méthémoglobine.

74. ROQUE. — Contribution à l'étude de la syphilis hépatique.

91. ROUX (Mlle). — Dystrophies vertébrales acquises.

33. SALAVERT. — A propos des hémorragies gastro-intestinales du nouveau-né et de leur traitement par la transfusion sanguine.

50. SALEN. — De la fixation osseuse après la résection du genou.

77. SARDINOUX. — Contribution à l'étude du chlorure d'éthyle comme anesthésique général. Technique de M. le professeur agrégé Etienne.

16. SCHÜCK (Mlle). — Les risques professionnels du corps médical des hôpitaux.

76. SILBER-FARB (Mme), née KOP. — Contribution à l'étude du traitement de l'épilepsie par le gardénal.

34. SOULIÉ. — Le somnifène anesthésique général en chirurgie.

55. TARROU. — Lait humanisé et allaitement artificiel.

2. TAVIANI. — Troubles psychiques de la puberté liés à des troubles endocriniens thyro-ovariens.

22. VALETTE. — Sur un cas de tabes à marche rapide.

1. VALLET. — Etude comparative des résultats fournis par les diverses méthodes d'exploration clinique de la tension artérielle.

61. VIALLEFONT. — L'Ecole des aveugles de guerre de Montpellier.

20. VIETTE. — Contribution à l'étude du traitement des urticaires par l'auto-hémothérapie (injection de sang frais total prélevé sur le malade même).

35. VOULMIER. — Contribution à l'étude du traitement des eaux de la source du Lez par les hypochlorites alcalins.

48. XARDEL. — Essai sur la prophylaxie des maladies vénériennes. Fonctionnement de la consultation d'Aix-en-Provence.

92. ZOUITEN. — De l'utérus hystérotomisé. Avenir anatomo-clinique. Conduite à tenir.

41. ZUCCARELLI. — Contribution à l'étude des éléments du pronostic des ostéosarcomes.

II. DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ. (*Mention médecine.*) — 11. APOLINARIO. — Contribution à l'étude du redressement de la griffe dans le syndrome de Volkmann par les tractions non élastiques.

1. BERZINE. — La cure opératoire de l'hypospadias par la méthode de Duplay-Marion.

3. CHEWKETT EL CHATTI. — Contribution à l'étude histopathologique des néphrites hématuriques et douloureuses.

7. DAVIDOVITCH. — Contribution à l'étude de l'azote rési-

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1925, n° 100, p. 1635.

duel du sérum sanguin. La signification actuelle de ses variations, en particulier dans les néphrites.

8. GAMMAL (Mlle). — Contribution à l'étude des états anxieux et leur traitement.

4. ILITCH. — Contribution à l'étude du volvulus postopératoire précoce de l'intestin grêle.

12. KLINGHOFFER. — Le dispensaire départemental antituberculeux de Béziers (Hérault).

2. LOUKOVITCH. — Contribution à l'étude des troubles cardiaques de la diphtérie.

10. MILITCHEVITCH (Mlle). — L'essor de la médecine sociale dans le Royaume des Serbes, Croates et Slovènes.

6. MILOIÉVITCH. — Contribution à l'étude des colonies de vacances. Résultats obtenus par l'Œuvre des enfants à la montagne.

5. RADOVANOVITCH. — Quelques cas de cancer traités par l'auto-hémothérapie.

9. ZICHER. — Etude sur Trencanské-Téplice, station thermo-sulfureuse et radio-active (Tchéco-Slovaquie).

LIVRES NOUVEAUX

La Curiethérapie des cancers (1), par Mme le docteur Simone LABORDE.

Voici un beau livre et un bon livre. Il sera particulièrement utile aux praticiens bien souvent embarrassés pour formuler les règles d'une thérapeutique sans cesse en évolution comme celle des radiations.

Mme Simone Laborde, dont la collaboration a été si souvent appréciée par les lecteurs de la *Gazette des hôpitaux*, est chef du laboratoire de radiumlogie du centre anticancéreux de Villejuif.

Elle possède de ce fait, et du fait aussi de ses remarquables travaux antérieurs, une expérience que bien de ses aînés peuvent lui envier. Nous devons lui savoir gré d'en faire profiter aujourd'hui ses confrères.

Le livre qu'elle vient d'écrire est un guide avant tout pratique et d'une clarté véritablement lumineuse. Limité volontairement au traitement des cancers par les substances radioactives, il indique cependant en passant tout le bénéfice que l'on peut tirer de leur association avec les rayons X et avec la chirurgie.

Le livre débute par un exposé des notions générales de radio-activité où sont étudiés les corps radio-actifs et leurs propriétés générales, le passage des rayons à travers la matière et le rayonnement secondaire, les transformations radio-actives et les unités.

Les deux parties qui suivent sont consacrées à des notions générales sur le cancer et à des notions générales sur la radiosensibilité des tissus.

Mme Laborde en vient enfin aux appareils, aux procédés d'application et aux méthodes de traitement des cancers.

Ce n'est pas la partie la moins attachante pour le clinicien. Son intérêt est encore accru par le fait que Mme S. Laborde nous fait profiter de ses observations personnelles en indiquant les méthodes qui lui ont paru les meilleures. Il y a là des éléments précieux qui rendront les plus grands services aux médecins et aux malades. F. L. S.

L'Anatomie en poche (2), par Victor PAUCHET et S. DUPRET.

Victor Pauchet, qui fut jadis un prestigieux chef de conférence d'internat avant d'enseigner l'anatomie à l'Ecole d'Amiens, vient de publier un livre qui est appelé au plus légitime succès auprès des étudiants.

Grâce au beau talent de dessinateur de M. Dupret, il présente aux chirurgiens un petit volume qui, en 297 planches claires, nettes, schématiques leur rappellera l'anatomie. Ils pourront repasser en cinq minutes, à la veille d'une opération inhabituelle, les rapports des organes de la région où ils vont opérer.

Ce petit livre, d'un prix abordable, sera également d'une incontestable utilité aux étudiants qui voudront se remémorer en quelques instants les matières d'une répétition, d'un examen ou d'un concours. L. G.

(1) Un volume in-8. — Prix : 27 fr. — Paris, Masson et Cie.

(2) Un volume (11 × 18) contenant 297 planches en noir et en couleurs. — Prix : 25 fr. — Paris, G. Doin.

La Haute fréquence en oto-rhino-laryngologie [diathermie, haute tension, effluvation, diathermo-coagulation, étincelage chirurgical] (1), par LEROUX-ROBERT. Préface du professeur d'Arsonval.

L'accès de la haute fréquence en oto-rhino-laryngologie est tout nouveau.

La haute fréquence, née des travaux de d'Arsonval, est une des plus remarquables découvertes de la physiothérapie. Collaboratrice médicale et chirurgicale, elle trouve en oto-rhino-laryngologie à se manifester sous toutes ses formes; médicale, parce qu'elle opère sur un secteur sensoriel richement innervé, abondamment vascularisé, pourvu de muqueuses à surfaces multipliées, mais surtout parce qu'elle en rapport avec les systèmes sympathique et endocrinien; chirurgicale, parce qu'elle rayonne sur un territoire accidenté pourvu de défilés étroits ou difficiles d'accès, de cavités closes. Aussi était-il facile de prévoir les intéressantes et multiples applications qu'on pouvait faire de la haute fréquence.

Dans le domaine médical, Leroux-Robert expose les résultats de ses recherches depuis six ans en diathermie (laryngites chroniques, catarrhe tubaire, otite exsudative), en haute tension (eczéma, rinorrhées, céphalées des sinus, algies amygdaliennes ou laryngées, spasmes de l'œsophage, otites sèches, bourdonnements, vertiges, otospongiose, ozène).

Sur le terrain chirurgical, à côté de ses observations personnelles, il résume synthétiquement les travaux de Bourgeois, Poyet, Dutheillet de Lamothe, Portmann, sur la diathermo-coagulation (hypertrophie amygdalienne, fibromes naso-pharyngiens, sténoses et synéchies nasales et vélo-pharyngées, rétrécissement du conduit auditif, affection de la trompe, etc.).

L'étincelage chirurgical met en parallèles les résultats de cette méthode avec ceux de la diathermo-coagulation en ce qui concerne la thérapeutique des tumeurs bénignes, du cancer, de la tuberculose et du lupus. Quelques pages sont réservées au diathermo-diagnostic d'après Kubo, aux emplois accessoires ou associés de la haute fréquence.

Leroux-Robert s'adresse aux spécialistes oto-rhino-laryngologistes et aux non spécialistes intéressés à juste titre par les résultats de la haute fréquence. A une époque où le temps pour la lecture fait souvent défaut, tout doit sauter aux yeux. La clarté de disposition du texte qui permet de trouver un renseignement immédiatement, l'abondance des schémas et des figures, un tableau synoptique font de ce livre un document très objectif. Le style est forcément concis, l'indication se résume parfois au mot qu'on attend. Les appareils et tout un choix d'instruments qui sont pour la plupart inventés par l'auteur sont exposés dans des planches d'une netteté parfaite. Les méthodes sont, par contre, longuement décrites dans le moindre détail, illustrées de photographies qui donnent l'impression vivante d'une démonstration. Des courbes schématisent enfin les résultats obtenus.

C'est le premier livre sur la haute fréquence en oto-rhino-laryngologie, mais les recherches de Leroux-Robert (diathermométrie, répartition thermique, valeur thérapeutique de l'effet « Joule » et de l'effet « fréquence », la thermo-résorption, l'action kinésique de tension, etc.) intéresseront tous les adeptes de la haute fréquence.

Nul doute que par sa documentation ce livre ne soit recherché en médecine générale et pour toutes les autres branches médicales.

Le professeur d'Arsonval, qui anima de son génie toutes les recherches sur la haute fréquence médicale qu'il a créée, a fait à ce livre l'honneur d'une préface. Placé sous une telle égide, souhaitons que, comme l'idée qui l'inspira, il suive son chemin. L. G.

(1) Un volume de 166 pages, 74 figures. — Prix : 15 fr. — Paris, Masson et Cie.

TABLE DES MATIÈRES

1925

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

X

Z

TABLE DES AUTEURS

1925

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

Le Directeur-gérant : Dr François Le Sourd.

PARIS. — SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION, 17, RUE CASSETTE